

FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AOOAUSLPR
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0020441
DATA: 26/03/2019
OGGETTO: INVIO RENDICONTAZIONE DI FINE ANNO – BUDGET 2018

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Giuseppina Rossi

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-12]

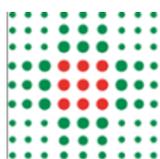
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0020441_2019_Lettera_firmata.pdf:	Rossi Giuseppina	68C73E01761DDBB00B9DC14A3761D6E3 4A72323C2D7986D315E06F6C161F8AA4
PG0020441_2019_Allegato11.pdf:		8F0119E707EBF878F30E14FEEC746890F 83971C0EA61A1F9D71062BA92C3F9F0
PG0020441_2019_Allegato1.pdf:		63F02EB11A8F440904C6072F1CB0E5A0E 91A15B4592CAEA4AF4E7CBAA1735543
PG0020441_2019_Allegato3.pdf:		CB71E4CD2254244E81AE684E6528B0C5 EE2CEF560FDD3CF96CAE697CFE16E384
PG0020441_2019_Allegato4.pdf:		C314B364348293AB7A4E76838ED25B1E7 AE5068478EC17AAF2D2D76C0B47D0BA
PG0020441_2019_Allegato8.pdf:		E30A209061A77B006B9B060416CFD3741 4A17DB18D0EBF3EF6FB50C88FEC8546
PG0020441_2019_Allegato9.pdf:		9C6096008ED2C8F94DBD3539B4886D8D 87B84ADFC09548524691FC0764BDE930
PG0020441_2019_Allegato10.pdf:		9A99008C668AEB0D4A53DC233EAB3412 FC127B147B99BD440422558FFD6FE3E9
PG0020441_2019_Allegato2.pdf:		C5CF1DAB7E389DDB4FB6CE541420FB4 2F048E0B0D762CC9A727FB53A0D30B3C C
PG0020441_2019_Allegato6.pdf:		C013BD4D31CAEC76A62ECF7C4FB5E32 FF89ABF7E91125956A049F60763A38AA0
PG0020441_2019_Allegato7.pdf:		75EBD24D324DD0BD84E7DA8977184685 405D74F594D6E991957F35A096EE5503
PG0020441_2019_Allegato5.pdf:		C08F1F39068FBF8F8C1D57B8E908E4771 16D35A6D4810B93EB4166867D30ED36



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.



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

Dipartimento Valutazione e Controllo
Servizio Sviluppo ed Integrazione dei Servizi Sanitari

Il Direttore
Dr.ssa Giuseppina Rossi

Al Direttore Generale
Al Direttore Sanitario
Al Direttore Amministrativo
Al Direttore delle Attività Socio-Sanitarie

Ai Direttori di Distretto
Al Direttore del P.O. Aziendale
Al Direttore del DAISM-DP
Al Direttore del DSP
Ai Direttori dei DCP
Ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri
Ai Direttori dei Dipartimenti
Interaziendali Amm.vi e Tecnici
Al Direttore del Dipartimento
Interaziendale Assistenza Farmaceutica

Al Direttore della S.C. Interaziendale
S.E.F.
Al Direttore del Programma
Interaziendale Trasparenza e
Prevenzione della Corruzione
Alla Responsabile Ufficio Qualità

OGGETTO: INVIO RENDICONTAZIONE DI FINE ANNO – BUDGET 2018

Si trasmette, in allegato, la Rendicontazione di Fine Anno – Budget 2018, che riassume l'andamento degli obiettivi di budget assegnati nel 2018. Il documento è stato redatto in conformità al Regolamento di Budget (PG.04.DIR.GEN.DVC) e contiene, oltre alla sintesi dei Budget Economici assegnati alle articolazioni, le relazioni finali predisposte dai Direttori dei Centri di Responsabilità titolari di budget operativo, illustrate durante gli incontri di negoziazione che si sono svolti nei mesi di febbraio e marzo 2019.

E' stata aggiunta la Scheda Qualità che sintetizza l'andamento degli obiettivi riferiti all'Area Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico dell'albero della Performance Aziendale.

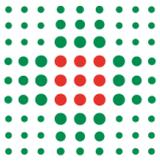
Nel precisare che la presente documentazione è utile ai fini del riesame della Direzione, si ricorda che la Rendicontazione di Fine Anno sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (Sezione Amministrazione Trasparente) e sarà messa a disposizione anche sulla Intranet Aziendale e nel Repository del Dipartimento Valutazione e Controllo (portale Myda).

Distinti saluti

- *Giuseppina Rossi* -

Marika Tamani
Dipartimento Valutazione e Controllo

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI PARMA
Sede legale: Strada del Quartiere n. 2/A 43125 Parma
Tel: +39 0521.393111 - Fax: +39 0521.282393
Codice Fiscale e Partita IVA: 01874230343



GR/gr

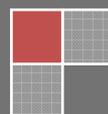
Responsabile procedimento:
Giuseppina Rossi

Firmato digitalmente da:
Giuseppina Rossi

2018

RENDICONTAZIONE DI FINE ANNO: Relazione sull'andamento Budget anno 2018

Il Documento rappresenta una sintesi dei risultati degli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità Aziendali



Sommario

Premessa	3
Il quadro di riferimento	4
Sintesi risultati di Budget assegnati alle articolazioni nel 2018.....	5
Tabella di sintesi risultati di Budget economici assegnati alle articolazioni nel 2018.....	6
Risultati Obiettivi di Budget Operativo assegnati ai Dipartimenti nel 2018.....	7
Relazioni di fine anno	9

Premessa

Con riferimento all'anno 2018 gli obiettivi strategici che l'Azienda USL di Parma si è posta, e su cui si è basata la definizione del Piano delle Azioni, sono evidenziati nelle apposite schede e costituiscono il punto di riferimento per la definizione e la contrattazione degli obiettivi specifici con Centri di Responsabilità da riportare nelle schede di budget.

Il presente documento evidenzia i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il quadro di riferimento

Il presente documento si integra con gli obiettivi e le azioni contenute nel “Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2016-2018”, aggiornato con il “Piano integrato Azienda USL e Azienda Ospedaliera di Parma per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018-2020” approvato con delibera n. 56 del 30/01/2018.

Sono stati recepiti inoltre gli indirizzi introdotti con Delibere n.2/2015 (paragrafo 3.1) e n.4/2016 (paragrafi 3 e 4.1) dell’Organismo Indipendente di Valutazione.

Il documento di Budget 2018 è stato predisposto sulla base del Regolamento Aziendale di Budget (e relativa procedura: PG.04.DIR.GEN.DVC del 23 marzo 2016), redatto secondo le indicazioni metodologiche presenti nelle linee guida regionali del 20/12/2013, e nella DGR 150/2015 (nell’ambito dl Percorso Attuativo della Certificabilità)

Sintesi risultati di Budget assegnati alle articolazioni nel 2018

In allegato al presente documento si presentano sinteticamente i risultati conseguiti dalle Articolazioni Aziendali relativamente agli obiettivi di Budget sia economici che di attività assegnati per l'anno 2018.

Relativamente al budget economico si evidenzia, alla data della stesura del documento, un sostanziale raggiungimento degli obiettivi assegnati.

E' stato inserito inoltre il risultato della "Scheda Qualità" quale sintesi aziendale degli obiettivi inseriti nell'area "Appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico" dell'albero della Performance Aziendale, discussi con i Dipartimenti Sanitari Aziendali.

Per quanto riguarda gli obiettivi dipartimentali territoriali assegnati per l'anno 2018 questi presentano un raggiungimento superiore all'87% con un range che va dall'81% del Dipartimento Cure Primarie di Valli Taro/Ceno al 91% del Dipartimento Cure Primarie di Sud-Est.

Per quanto riguarda i DCP si denota una percentuale minore nel raggiungimento dei risultati relativamente ai Dipartimenti che si estendono su un territorio comprendente anche la zona collinare e di montagna che comporta una maggiore distanza e difficoltà all'accesso ai servizi.

Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero il punteggio raggiunto dai Dipartimenti è superiore al 95%, partendo dal 90% del Dipartimento Chirurgico al 99%,(limitatamente alle UU.OO: del Presidio Aziendale) del Dipartimento Interaziendale Emergenza Urgenza.

La performance per il DSM è di poco inferiore la 90% mentre il DSP ha raggiunto tutti gli obiettivi assegnati con una performance del 100%, anche a fronte di obiettivi consistenti per la maggior parte in avvio o messa a regime di azioni.

Tabella di sintesi risultati di Budget economici assegnati alle articolazioni nel 2018

Si riporta di seguito la sintesi dell'andamento dei budget economici dell'anno 2018.

L'anno si caratterizza per la messa a regime della gestione diretta del Centro Cure Progressive di Langhirano, trasferimenti di risorse tra le macro-articolazioni per l'area Salute Mentale Adulti e Neuropsichiatria Infantile a fronte della gestione dipartimentale dei pazienti sul territorio aziendale; l'apertura della Casa del Bambino e dell'Adolescente presso il distretto di Parma, i lavori di ristrutturazione dei comparti operatori dell'Ospedale di Fidenza.

Relativamente alle somme stanziare a livello aziendale per budget di salute, area Salute Mentale, si rimanda alla scheda obiettivi del Dipartimento.

Macroarticolazione	Master Budget 2018	Consuntivo Budget 2018	% utilizzo Budget
DISTRETTO PARMA CITTA'	90.139.776	92.217.681	102,31
DISTRETTO FIDENZA	40.806.214	41.124.274	100,78
DISTRETTO VALLI TARO E CENO	20.651.673	20.797.637	100,71
DISTRETTO SUD-EST	32.640.917	32.490.920	99,54
OSPEDALE FIDENZA	22.179.971	21.564.229	97,22
OSPEDALE BORGOTARO	5.545.001	5.530.692	99,74
DAISM DP rette area Sert	1.543.300	1.561.979	101,08
BUDGET TRASVERSALI e non assegnato	554.862.150	551.583.590	99,41
TOTALE	768.371.002	766.871.002	99,80

Risultati Obiettivi di Budget Operativo assegnati ai Dipartimenti nel 2018

Sono di seguito riportati i risultati sintetici degli Obiettivi Dipartimentali che hanno raggiunto un indice di Performance sempre superiore all'80%.

Sono allegate le relazioni finali sull'andamento della gestione predisposte dai Direttori di Dipartimento secondo quanto previsto dal Regolamento di Budget Aziendale.

Riepilogo andamento performance schede di budget

Situazione al 31/12/2018

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico 2018 del P.O. Aziendale



90%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018



97%

Scheda di budget Dipartimento Interaziendale Emergenza-Urgenza 2018
(valutazione della performance limitata alle UU:OO. del Presidio Aziendale)



99%

Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Parma 2018



90%

Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Fidenza 2018



89%

Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Valli Taro e Ceno 2018



81%

Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Sud Est 2018



92%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018



100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018



89%

Scheda Qualità 2018 Aziendale



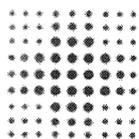
92%

Relazioni di fine anno

Nel presente paragrafo sono raccolte le relazioni di fine anno, a commento dell'andamento degli obiettivi di budget assegnati, redatte dai Direttori dei Centri di Responsabilità, titolari di budget operativo.

Le relazioni sono costruite su un format omogeneo a livello Aziendale, impostato sulla metodologia dell'analisi SWOT, dove, dopo una valutazione complessiva dell'andamento degli obiettivi assegnati, vengono messi in evidenza i punti di forza ed i punti di debolezza riscontrati nell'andamento complessivo.

Le relazioni si concludono con una proposta di azioni di miglioramento sulla base di cui viene poi reimpostata la programmazione dell'anno successivo, congiuntamente alla comparazione dei risultati prodotti dagli altri strumenti di monitoraggio (secondo lo schema PDCA).



Relazione finale andamento anno 2018 compresi obiettivi di budget

Valutazione complessiva

Nel corso del 2018 si evidenzia che, con delibera n. 229 del 04.04.2018, è stata ratificata la modifica dell'atto aziendale con l'istituzione del nuovo Dipartimento di Emergenza Urgenza provinciale interaziendale, di cui all'atto n. 52 del 30.01.2018, e conseguentemente si è provveduto a ridefinire l'assetto organizzativo dei Dipartimenti afferenti al Presidio Ospedaliero aziendale che, da tre passano a due e vengono ridefiniti come Dipartimento Medico e della Diagnostica e Dipartimento Chirurgico. Quest'ultimo risulta così composto:

Dipartimento Chirurgico del Presidio Ospedaliero Aziendale

CHIRURGIA GENERALE OSPEDALE DI BORGOTARO

CHIRURGIA GENERALE OSPEDALE DI FIDENZA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA OSPEDALE DI FIDENZA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA OSPEDALE DI BORGOTARO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA OSPEDALE DI FIDENZA

UROLOGIA OSPEDALE DI FIDENZA

OTORINOLARINGOIATRIA OSPEDALE DI FIDENZA

ANESTESIA, RIANIMAZIONE E OTI OSPEDALE DI FIDENZA

ANESTESIA OSPEDALE DI BORGOTARO

OSTETRICIA E GINECOLOGIA OSPEDALI DI FIDENZA E BORGOTARO

PEDIATRIA OSPEDALE DI FIDENZA

- L'obiettivo di applicazione del regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale è stato raggiunto mediante la convocazione di 6 Comitati di Dipartimento.
- In uno dei Comitati è stato presentato dal Responsabile Aziendale il Piano in materia di Trasparenza ed Anticorruzione.
- Per quanto riguarda l'obiettivo della compilazione delle SDO entro il termine temporale mensile stabilito, è stato raggiunto al 99% (dato a novembre), fatte salve le schede che necessitano del referto istologico per la loro compilazione.
- Nell'ambito dell'accesso e della domanda di prestazioni, l'incremento complessivo delle attività ambulatoriali del dipartimento, ha consentito il governo dei tempi d'attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio.
- Attraverso l'attività del Responsabile Unico Aziendale delle Liste di Attesa dei ricoveri programmati è stata effettuata una pulizia delle liste di attesa, in particolare sulle patologie sottoposte a controllo regionale nelle UU.OO. di Chirurgia Generale ed Ortopedia e Traumatologia con un importante lavoro svolto sia a livello amministrativo che clinico, in entrambe le sedi ospedaliere, con il conseguimento dei risultati sotto evidenziati:

	TUMORI		PROTESI D'ANCA		ALTRI INTERVENTI	
	ANNO 2017	NOVEMBRE 2018	ANNO 2017	NOVEMBRE 2018	ANNO 2017	NOVEMBRE 2018
Presidio Osp.	84,1%	90,4%	84,1%	91,0%	76,6%	84,0%

- Complessivamente nel Dipartimento Chirurgico si evidenzia una contrazione sia nel numero dei pazienti ricoverati che delle giornate di degenza in regime ordinario, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, del -6,43%, pari a -479 ricoveri e del -6,89%, pari a - 2.817 giornate di degenza.

Tale risultato si è verificato a causa di alcune criticità di seguito evidenziate:

- chiusura per ristrutturazione dei Comparti Operatori della sede ospedaliera di Fidenza;
- carenza di organico, per diversi mesi, in alcuni settori particolarmente nevralgici quali l'anestesia e rianimazione.

La convergenza delle due criticità sopra illustrate ha determinato una contrazione delle sedute operatorie utili pari a: - 24 sedute operatorie per l'U.O. di Chirurgia Generale (-8,4%), -55 sedute per l'U.O. di Urologia (-17%) e - 30 sedute per l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia (-10,5%).

Dalla situazione sopra descritta si è evidenziato, in particolare, un calo dei ricoveri presso l'U.O. di Urologia - 102 ricoverati, pari a -9,69%, l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia di Fidenza - 82 ricoveri, pari a -5,89%, l'U.O. di Chirurgia Generale di Vaio - 35, pari a -2,53% e l'U.O. di ORL - 28, pari a -14,51%. Anche presso l'Ospedale di Borgotaro si è evidenziato un calo sia presso l'U.O. di Chirurgia Generale - 65 ricoveri, pari al -6,12% che presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia di Borgotaro - 158 ricoveri, - 95,18% dovuto all'interruzione del servizio del punto nascita, con relativa chiusura di 6 posti letto e contestuale riorganizzazione delle modalità di gestione delle gravide del territorio del Distretto Valli Taro e Ceno.

- Complessivamente tutte le attività ambulatoriali del Dipartimento hanno registrato significativi incrementi: in particolare per le prestazioni di endoscopia digestiva e gastroenterologia (dato da POLARIS) sia nella sede di Vaio (7000= +9,6%) che in quella di Borgo Val di Taro (1310=+ 1,2%).

Si evidenzia altresì il consolidamento dell'attività svolta in tutte le altre Unità Operative componenti il Dipartimento con particolare riferimento all'attività dei Day Service Ambulatoriali, tra cui si evidenzia un aumento delle prestazioni erogate del 9,01% nel DSA di Endoscopia e il consolidamento dell'attività nel DSA delle Malattie Croniche intestinali. Il DSA della Gravidanza a Rischio ha rilevato 157 accessi, mentre il DSA dei pazienti per il controllo delle protesi metallo metallo situato nella sede di Fidenza, ma al quale afferiscono anche pazienti di Borgotaro, ha raggiunto i 190 accessi nell'anno 2018.

Per rispettare i tempi di attesa nelle patologie oncologiche per i pazienti in classe A si è consolidato il DSA oncologico di stadiazione e di definizione diagnostica per le patologie oncologiche gastro-intestinali presso la sede di Fidenza.

In complesso gli obiettivi generali dipartimentali e delle singole Unità Operative sono stati raggiunti.

I dati sopra richiamati sono riferiti al movimento al 31.12.2018 nelle singole Unità Operative non essendo attualmente disponibili i dati di attività (SDO).

- La gestione integrata dei comparti operatori del Presidio Ospedaliero Aziendale è per ora caratterizzata dall'effettuazione degli interventi a maggior complessità e rischio anestesiológico nella sede di Fidenza dove sono presenti i posti letto di terapia intensiva.

Punti di forza

- I punti di forza dipartimentali sono legati al mantenimento dell'attività di ricovero in regime ordinario, di day surgery ed ambulatoriale, nonché all'implementazione di progetti innovativi

riguardanti:

- l'attività chirurgica colon rettale, nella quale è stato implementato l'utilizzo della tecnica di avanguardia del verde di indocianina, aderendo al registro europeo, per il controllo della vascolarizzazione e per la biopsia del linfonodo sentinella;
- l'asportazione mininvasiva di tumori gastrointestinali in fase precoce mediante la tecnica di ESD (Dissezione sottomucosa) nella specialità di Endoscopia Digestiva.
- Nel corso del 2018 si è proceduto all'avvio della gestione informatizzata della terapia farmacologica in tutte le UU. OO. con identificazione farmaco/paziente. E' stato avviato il progetto della cartella clinica informatizzata secondo il crono programma definito.
- E' stato possibile realizzare l'obiettivo della chirurgia ernioplastica ambulatoriale presso lo stabilimento di Fidenza ed è stata avviata dall'U.O. di Chirurgia di Borgotaro la nuova metodologia di tecnica laser per il trattamento delle varici agli arti inferiori.
- L'U.O. di Urologia ha attivato il Percorso Interaziendale del Tumore della prostata, incrementando le biopsie mirate con ecografo eco fusion in associazione alla RMN multi-parametrica.
- L'U.O. di Endoscopia Digestiva ha attivato l'ambulatorio delle visite gastroenterologiche presso il Poliambulatorio di Fornovo di Taro ed ha garantito l'attività gastroenterologica di Borgotaro.
- L'U.O. di Ostetricia e Ginecologia ha consolidato il percorso della procreazione medicalmente assistita con l'esecuzione di 272 prestazioni ed ha attivato l'ambulatorio dell'Endometriosi a Fidenza e l'ambulatorio del Pavimento pelvico a Borgotaro.
- L'U.O. di ORL ha raggiunto l'obiettivo prefissato dell'attivazione dell'ambulatorio di rinologia con citologia nasale a Fidenza.
- Sulla protesica di anca di classe A è partito un programma per la riduzione dei tempi di attesa attraverso la rivalutazione e la corretta individuazione delle priorità oltre che un aumento numerico degli interventi di protesi e in particolare di quelli con tecnica mini-invasiva
- E' stata avviata la tecnica di anestesia spinale - toracica per gli interventi di chirurgia maggiore ed è stata realizzata la riorganizzazione dell'accessibilità serale per le visite ai pazienti ricoverati nell'U.O. di Anestesia e Rianimazione per una maggiore umanizzazione dell'attività.

Punti di debolezza

- Rimane una criticità legata ai tempi per la colonscopia in regime di urgenza differibile, nonostante l'incremento dell'offerta erogativa su tutte le sedi aziendali (+ 9,6% nella sede di Vaio e + 1,2% nella sede di Borgotaro). Il fenomeno è stato oggetto di un'approfondita valutazione che ha portato ad identificare tra le possibili cause sia l'incremento del potere di attrazione del servizio (aumento della domanda extra-distrettuale) che la persistenza di significativa inappropriata prescrizione (~ 20%).
- Una criticità è rappresentata dal ritardo nella consegna dei referti degli esami istologici che si ripercuotono negativamente sia sul percorso dell'utente che sulle successive decisioni terapeutiche in ambito oncologico che per lo screening del colon retto.
- Nell'ambito dell'appropriatezza dell'utilizzo della TPN si evince uno scostamento da quelli che sono i criteri regionali stabiliti. Tale scostamento ha riguardato i primi 6 mesi che hanno portato, durante un audit con il servizio di Farmacia Aziendale a ribadire, con i professionisti coinvolti, gli estremi per l'utilizzo di tale terapia. Nel secondo semestre siamo completamente rientrati nello standard previsto.

Nonostante il numero esiguo di utilizzo di tale dispositivo (12 pz. nel 2018) si è verificato uno scostamento dai valore attesi, a causa anche del verificarsi su 2 pazienti estremamente

complessi un impiego eccezionale del dispositivo.

- Il mancato raggiungimento dell'obiettivo della riduzione del 5% dei ricoveri secondo l'appropriatezza per i DRG 158, 503 e 538 da regime ordinario in una delle due sedi è attribuibile a vari fattori:

tipologie di intervento effettuate sempre con intento curativo definitivo radicale che hanno richiesto una copertura antalgica nelle successive 24h realizzabile in modo ottimale solo a livello ospedaliero;

distanza abitativa del paziente > a 60 Km;

introduzione di innovative tecniche ortopediche di riparazione delle lesioni legamentose del ginocchio che prevedono una osservazione ospedaliera per periodi > 12 h .

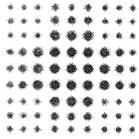
Ambiti e proposte di miglioramento

- Si mantengono gli obiettivi di miglioramento degli aspetti di integrazione delle due sedi ospedaliere del Presidio Ospedaliero Aziendale, soprattutto per quanto attiene le attività delle U.O. di Chirurgia Generale, Ortopedia e Anestesia e Rianimazione, in relazione all'utilizzo ottimale delle sale operatorie
- La riorganizzazione delle attività che deve prevedere un corretto smaltimento delle liste di attesa in base alle classi di priorità.
- La creazione di un pre-ricovero unico centralizzato per una migliore gestione delle attività operatorie, in relazione al punto di cui sopra, non appena saranno disponibili i locali individuati nella nuova ala.
- Aumento dell'offerta per esami endoscopici attraverso una riapertura della sede erogativa di Fornovo e di un giorno in più a Vaio (il venerdì). Corsi distrettuali obbligatori per i MMG al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva alla colonscopia.
- Distribuzione degli interventi di cui al DRG 158,503 e 538 sulla base della residenza del paziente al fine di aumentare la possibilità di riduzione del ricovero in base alla distanza abitativa.
- La creazione e l'attuazione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali "trasversali" con il Dipartimento Medico e i DPC (es applicazione di sonde per nutrizione enterale, progetto Fast Track-ERAS) e il consolidamento dei PDTA già in essere (colon-retto, prostata).
- Progetti per migliorare l'adesione della popolazione ai diversi livelli del programma di screening del colon-retto.

Fidenza, 31 gennaio 2019

Il Direttore Dipartimento Chirurgico





Dipartimento Medico e della Diagnostica

Il Direttore di Dipartimento

Relazione finale andamento anno 2018 compresi obiettivi di budget

Valutazione complessiva

Gli obiettivi generali del Dipartimento Medico e della Diagnostica sono stati sostanzialmente raggiunti e si evidenzia che, nel corso del 2018 con delibera n. 229 del 04.04.2018, è stata ratificata la modifica dell'atto aziendale con l'istituzione del nuovo Dipartimento di Emergenza Urgenza provinciale interaziendale, di cui all'atto n. 52 del 30.01.2018, e conseguentemente si è provveduto a ridefinire l'assetto organizzativo dei Dipartimenti afferenti al Presidio Ospedaliero aziendale che, da tre passano a due e vengono ridefiniti come Dipartimento Chirurgico e Dipartimento Medico e della Diagnostica. Quest'ultimo risulta così composto:

Dipartimento Medico e della Diagnostica del Presidio Ospedaliero Aziendale

MEDICINA INTERNA OSPEDALE DI FIDENZA
NEUROLOGIA OSPEDALE DI FIDENZA
CURE PALLIATIVE OSPEDALE DI FIDENZA
CARDIOLOGIA/UTIC OSPEDALE DI FIDENZA
DEGENZA POST ACUTI OSPEDALE DI FIDENZA
MEDICINA INTERNA OSPEDALE DI BORGOTARO
LUNGODEGENZA OSPEDALE DI BORGOTARO
RADIOLOGIA OSPEDALE DI FIDENZA
RADIOLOGIA OSPEDALE DI BORGOTARO
PATOLOGIA CLINICA OSPEDALE DI FIDENZA
PATOLOGIA CLINICA OSPEDALE DI BORGOTARO

L'obiettivo di applicazione del regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale è stato raggiunto mediante la convocazione di 6 Comitati di Dipartimento.

In una delle sedute del Comitato di Dipartimento è stata illustrata la relazione in materia di Trasparenza ed Anticorruzione del Presidio Ospedaliero Aziendale.

Per quanto riguarda l'obiettivo della compilazione delle SDO entro il termine temporale mensile stabilito, è stato raggiunto al 99,28 %.

Al 31.12.2018 il Dipartimento Medico e della Diagnostica nella nuova configurazione fa rilevare, complessivamente, un sostanziale consolidamento del numero di pazienti ricoverati in regime di degenza ordinaria pari a 4.428 pazienti, con un aumento nelle giornate di degenza che si attestano a 38.101 giornate, + 710 giornate rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente, pari a +1,90%. A questo buon risultato di performance fa seguito un aumento dell'indice di occupazione dei posti letto pari a + 1,53% e della presenza media giornaliera del +1,95%. La durata media della degenza si consolida sul dato medio di 8,64 giorni di degenza, nel rispetto dei parametri regionali, mentre l'indice di rotazione è stabile.

Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital, nella nuova configurazione dipartimentale, si rileva, per quanto concerne il DH Cardiologico, una lieve riduzione sia nel numero degli accessi, -13,21%, che dei pazienti ricoverati -51, pari a -17,59%. Questo dato è ampiamente compensato dall'aumento dell'attività di Day Service Ambulatoriale, con particolare riferimento al Day Service dello Scompensato Cardiaco che rileva un aumento di 221 accessi, pari + 29,62% rispetto al medesimo periodo del 2017. Per quanto concerne la realtà del Day Hospital Cure Palliative di Fidenza e del DH Oncologico di Borgotaro, a seguito della riconversione dell'attività dal regime di DH a quello ambulatoriale, con la riduzione dei relativi posti letto, si riscontra un lieve calo degli accessi in regime di Day Service Ambulatoriale pari a -3,70% a Fidenza, dovuto in particolare

all'introduzione di nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutici interaziendali per il trattamento di alcune patologie tumorali, es. Breast Unit.

L'attività ambulatoriale complessiva del Dipartimento ha registrato un incremento dell'1,4% pari a + 25.954 prestazioni rispetto allo stesso periodo del 2017, confermando il buon andamento delle prestazioni per esterni svolta sia presso le UU.OO. di Radiologia di Borgotaro e Fidenza che rispettivamente riscontrano un +5,6% e +1,8% che presso le UU.OO. di Patologia Clinica del Presidio che rilevano un trend in aumento rispettivamente pari a +3,9% a Fidenza e +1,8% a Borgotaro (i dati attualmente disponibili sono riferiti al 3° trimestre 2018).

Per quanto riguarda le UU.OO. di Medicina Interna di Fidenza e Borgotaro i dati al 31.12.2018 confermano il buon andamento già riscontrato nel 2017, con un aumento a Fidenza sia dei pazienti ricoverati del 2,10%, pari a + 35 ricoveri, che delle giornate di degenza + 415, pari a +2,49%. A Borgotaro si evidenzia il sostanziale consolidamento dei dati relativi all'attività di degenza ordinaria sia nel reparto di Medicina Interna che in quello di Alta Valenza, mentre i posti letto afferenti al reparto di Osservazione Breve dal mese di luglio, per motivi organizzativi, sono stati reintegrati in quelli dell'U.O. di Medicina Interna. Si evidenzia, altresì, l'aumento dell'attività dei Day Service Ambulatoriali con particolare riferimento a quello dello Scopenso Cardiaco con +33 accessi rispetto all'anno precedente.

Il modulo di Degenza Post Acuti di Fidenza ha conseguito nel corso del 2018 un consolidamento dell'attività di ricovero ed un aumento delle giornate di degenza pari a +347 (+13,61%).

L'U.O. di Neurologia, che ha scontato il cambio del Direttore avvenuto nel mese di marzo, ha sostanzialmente consolidato il numero dei pazienti ricoverati, mentre sono aumentate le giornate di degenza del 1,08%.

Per quanto concerne l'U.O. di Cardiologia/UTIC di Fidenza, che nel mese di settembre ha visto l'insediamento di un nuovo Direttore, si riscontra la sostanziale tenuta dell'attività di ricovero in degenza ordinaria con un aumento del 2,16% nel reparto di Cardiologia, mentre si riscontra una flessione nelle giornate di degenza del -4,74% nel reparto di Cardiologia e del -7,35% in quello di UTIC rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente. Prosegue il buon andamento dell'attività svolta nei Day Service Ambulatoriali, con un aumento in quello dello Scopenso Cardiaco del 29,62%, pari a +221 prestazioni. L'U.O. di Riabilitazione Cardiologica di Borgotaro ha consolidato l'andamento dell'attività in regime ordinario con un aumento dei ricoveri del +2,88% rispetto all'anno precedente.

Per quanto concerne gli indici di performance complessivi a livello Dipartimentale si rileva con l'aumento delle giornate di degenza al 31.12.2018, rispetto al medesimo periodo del 2017, sopra citato, un corrispondente aumento dell'indice di occupazione dei posti letto pari a + 1,53% e della presenza media giornaliera del 1,95%. La durata media della degenza si consolida a livello dipartimentale sul dato medio di 8,64 giorni di degenza, che rispetta i parametri regionali, con una diversa modulazione fra le varie UU.OO., mentre l'indice di rotazione è stabile.

I dati sopra richiamati sono riferiti al movimento nelle singole Unità Operative non essendo disponibili, alla data attuale, i dati di attività (SDO).

Punti di forza

Nella nuova configurazione del Dipartimento Medico e della Diagnostica i punti di forza sono di seguito rappresentati.

Avvio del programma di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia farmacologica con identificazione farmaco/paziente in tutte le UU.OO dipartimentali.

Nell'ottica dell'integrazione fra le due sedi ospedaliere ed a seguito del cambiamento delle modalità di accreditamento che hanno individuato quale riferimento i Dipartimenti integrati di Presidio ospedaliero aziendale, al posto degli stabilimenti ospedalieri, è stato costituito un gruppo di lavoro che ha proceduto a rivalutare i Percorsi Diagnostico Terapeutici e le procedure in essere nei due stabilimenti ospedalieri unificando le relative documentazioni. Un apprezzabile risultato è stato raggiunto con la presentazione del documento del PDTA della Sclerosi Multipla durante la visita per

il rinnovo dell'accreditamento dalla Commissione Regionale.

Nel corso del 2018 è stato avviato il progetto di sperimentazione della cartella clinica infermieristica informatizzata presso lo stabilimento di Fidenza.

Con il progetto "Risk ER" è in corso la collaborazione con i MMG per la realizzazione di percorsi unitari Ospedale/Territorio nell'ambito della cronicità al fine di assicurare la continuità delle cure ed evitare l'ospedalizzazione impropria e la riacutizzazione delle patologie croniche al domicilio.

Punti di debolezza

Il principale punto di debolezza anche per il 2018 risiede nella difficoltà per tutte le Unità Operative del Dipartimento nella dimissione di pazienti stabilizzati. Tale difficoltà multifattoriale raggiunge la maggiore dimensione presso l'U.O. di Medicina della sede di Fidenza per la numerosità dei pazienti che vi afferiscono, per l'età media elevata e la complessità patologica degli stessi e per le persistenti difficoltà di relazione con le Strutture di Cure Intermedie territoriali, nonostante siano state messe in atto durante l'anno 2018, alcuni importanti correttivi.

Ambiti e proposte di miglioramento

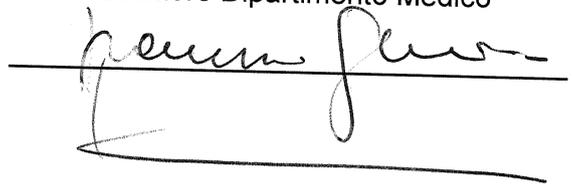
Prosecuzione del progetto "Risk ER" in collaborazione con i MMG per la realizzazione di percorsi unitari Ospedale/Territorio nell'ambito della cronicità al fine di assicurare la continuità delle cure ed evitare l'ospedalizzazione impropria e la riacutizzazione delle patologie croniche al domicilio.

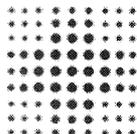
Avvio del percorso interaziendale con selezione dei pazienti compatibili da parte della Clinica Pneumologica di AOU di Parma per l'apertura dell'attività di Riabilitazione Pneumologica – Respiratoria presso la sede ospedaliera di Borgotaro.

Nuove proposte di miglioramento che possano portare ad un'ottimale gestione dei ricoveri si auspica possano derivare dalla sempre maggiore integrazione tra i due ospedali.

Fidenza, 31 gennaio 2019

Il Direttore Dipartimento Medico





Relazione finale andamento obiettivi di budget anno 2018

Valutazione complessiva

La delibera n. 229 del 04.04.2018 ha ratificato la modifica dell'atto aziendale con l'istituzione del nuovo Dipartimento di Emergenza Urgenza provinciale interaziendale, di cui all'atto n. 52 del 30.01.2018, che risulta così composto per la parte aziendale:

- U.O.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza AUSL;
- U.O.S.D. Emergenza Territoriale AUSL;
- U.O.S.D. Punto di Primo Intervento Ospedaliero AUSL.

In riferimento ai principali obiettivi di budget delineati per lo scorso anno, si precisa che sono stati realizzati i necessari adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione ed è stato raggiunto anche l'obiettivo della compilazione delle SDO entro il termine temporale mensile stabilito (100%).

Nelle articolazioni del Dipartimento di Emergenza Urgenza provinciale interaziendale, per quanto attiene il **mantenimento della produzione** e quindi delle attività ambulatoriali, si riscontra un costante aumento del numero degli accessi di Pronto Soccorso nello stabilimento di Fidenza con + 1.073 accessi e nel PPIO di Borgotaro con + 100 nuovi ingressi rispetto al 2017.

La tabella sottostante sintetizza i principali dati di attività di PS e MURG di Fidenza, evidenziando il miglioramento della funzione di filtro effettuato dall'ottimizzazione dell'attività svolta presso l'Osservazione Breve Intensiva. Per quanto attiene il reparto di Medicina d'Urgenza si registra una flessione del numero complessivo dei ricoveri, pari a -4,08%, a cui non corrisponde una diminuzione delle giornate di degenza, pari a +1,79%, il che riconferma il noto trend caratterizzato da un forzato allungamento della durata media della degenza ed una diminuzione dell'indice di turnover. Questo fenomeno rispecchia la difficoltà da parte della MURG a trasferire i pazienti nei reparti di degenza ordinaria (la percentuale dei trasferimenti si ricolloca al 19,8%, nettamente al di sotto della media regionale), a sua volta correlata alla difficoltà delle degenze ordinarie di dimettere al domicilio o nelle strutture intermedie. A documentare l'intensità del lavoro svolto in MURG c'è anche il crescente numero di sepsi severe trattate in reparto, come documentato da una recente verifica regionale ad hoc.

Anno	2017	2018	Anno	2017	2018
Ricoveri urgenti da PS	4.946	4.875			
Accessi di PS	32.621	33.694	Ricoveri MURG	710	681
% ricov/acc (funzione filtro)	15,16%	14,46%	Giornate di degenza	3.744	3.811

I dati sopra richiamati sono riferiti al movimento nelle singole Unità Operative ed al numero degli accessi estratti dalla procedura di PS non essendo disponibili, alla data attuale, i dati di attività (SDO) né quelli dell'attività ambulatoriale.

Nel corso del 2018 è stato avviato il progetto di co-gestione del Punto di Primo Intervento Ospedaliero in collaborazione con l'équipe medica dell'U.O. di Medicina Interna di Borgotaro ed il numero dei pazienti visitati dal medico internista e ricoverati da PPIO all'Unità Operativa di Medicina sono stati 38.

Per quanto concerne l'U.O. di Emergenza Territoriale si consolida l'attività svolta dal personale infermieristico nelle postazioni territoriali dove questa figura è prevista ed in particolare a: Fidenza, Salsomaggiore Terme, Parma, Busseto e Pontetaro. Nel corso del 2018 si consolida anche l'attività svolta dai medici MET 118 sia presso il PPIO di Borgotaro, che nel PS di Fidenza. Merita di essere sottolineato l'incrementato impiego dell'infermiere, segnatamente a Fidenza, quantificabile nella misura dell'8,5% annuo sui codici rossi, indice non solo dell'aumentata casistica generale locale, ma anche indicatore dell'appropriatezza dell'invio della risorsa in questione a salvaguardia della funzione del medico MET.

Per quanto si riferisce all'area dell'accesso e della domanda di prestazioni, l'obiettivo era costituito dall'**implementazione e adeguamento del documento di gestione dei picchi di afflusso in Pronto Soccorso**, sulla scorta della Deliberazione Regionale del 2017 che disciplina il fenomeno dell'iperafflusso. E' stato elaborato un documento, d'intesa con la Direzione Medica di Ospedale che, dopo aver analizzato i dati provenienti dalla reportistica degli anni precedenti, recepisce le principali indicazioni fornite dalla Regione per affrontare le diverse fasi che caratterizzano l'iperafflusso. Alcuni strumenti sono ancora in progress ma risultano tuttavia ben delineati, come l'attivazione dello score NEDOCS in PS per misurare l'entità dell'iperafflusso (commisurando conseguentemente gli interventi da mettere proporzionalmente in campo) e l'individuazione di una funzione di bed management per una gestione corretta della risorsa posto letto.

Altri due obiettivi significativi erano costituiti dall'**avvio gestione informatizzata della terapia farmacologica in MURG e dalla Sperimentazione del progetto cartella clinica infermieristica informatizzata**. Entrambi gli obiettivi sono stati realizzati e si ritiene che la gestione informatizzata della terapia possa considerarsi pienamente a regime con la fine del mese di gennaio di quest'anno.

Punti di forza

1) Attivazione del Dipartimento interaziendale dell'Emergenza-Urgenza. Con la deliberazione aziendale n. 227 del 04.4.2018 che conferiva l'incarico di direzione al dott. Gianfranco Cervellin del Dipartimento di Emergenza-Urgenza Provinciale Interaziendale, è formalmente iniziata l'attività del dipartimento, previamente istituito con atto deliberativo n. 52 del 30.01.2018. Nel corso del primo anno di attività si sono tenute cinque riunioni del Consiglio di dipartimento, nel corso delle quali si è iniziato ad affrontare le principali tematiche nell'ottica di sviluppare l'omogeneità dei percorsi di accoglienza e diagnostico-terapeutici in rete.

2) Collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza. Fin dall'attivazione della Scuola la struttura di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dello stabilimento ospedaliero di Fidenza è attiva la convenzione con la Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza dell'Università degli Studi di Parma, quale struttura della rete formativa complementare della scuola stessa. Nel corso degli anni la collaborazione si è sviluppata progressivamente e, durante il 2018, sei specializzandi hanno frequentato per almeno un bimestre o un trimestre, sia il reparto di MURG che i locali del PS. Il rapporto di collaborazione istituito con la Scuola permette agli specializzandi di applicare operativamente, in uno scenario assistenziale adeguato, le conoscenze apprese durante i corsi teorici.

3) Collaborazione con l'U.O. Semplice Dipartimentale di Emergenza Territoriale. In data 01/02/2018 è stata data piena attuazione all'I.O. "Integrazione attività assistenziale MET-118 in Pronto Soccorso", che disciplina l'attività assistenziale del MET 118 all'interno del PS. In questo modo è stata garantita la migliore assistenza possibile in sicurezza degli utenti, preservando al contempo le specifiche priorità connesse alla differente mission del MET-118. E' stata pertanto stabilizzata l'attività del MET all'interno del PS, precisando più congruamente la tipologia degli utenti da prendere in carico (codici a bassa intensità) ed ai quali garantire comunque l'assistenza in fase di uscita sul territorio del medico.

4) Potenziamento dell'attività assistenziale in area verde. Pur in situazione di carenza dell'organico medico, facendo ricorso al meccanismo contrattuale dell'aggiuntiva ed usufruendo di una sostanziale quota parte del monte ore di un MET-118, esonerato dall'attività di automedica per motivi di salute, è stata data maggior continuità all'attività assistenziale in area verdi rispetto all'anno precedente. Dal mese di novembre, tenendo conto del maggior afflusso di utenti nel periodo autunno-invernale, è stata estesa l'assistenza nella giornata di sabato nella fascia oraria

12-18. Dato significativo, attestante l'importante valenza organizzativa determinata dalla ormai pluriennale collaborazione tra le due équipes mediche di PS ed Emergenza Territoriale, sta nella rilevante quota oraria annua di copertura anche dell'area gialli da parte di medici MET, legata a contingente carenza di personale Dirigente Medico di PS. In totale i medici dell'UO Emergenza Territoriale hanno consentito la copertura di 2230 ore aggiuntive di accettazione ambulatoriale di PS a Fidenza e di 648 ore a Borgotaro, rispetto a quanto ordinariamente previsto.

5) Attivazione della pronta disponibilità infermieristica per la gestione del sovraccollamento in PS. Al fine di garantire un adeguato livello di assistenza agli utenti collocati in OBI nel periodo di maggior afflusso, in ottemperanza a quanto indicato nel documento di gestione del sovraccollamento in PS, è stato attivato il meccanismo della pronta disponibilità infermieristica, impiegato soprattutto in fascia notturna.

6) Fast-track per i percorsi specialistici. E' stato completato il percorso di fast-track ortopedico che permette l'invio direttamente da triage infermieristico dei pz che, avendo già effettuato la visita medica di PS e gli accertamenti radiologici, non avevano potuto fruire della consulenza specialistica e sono stati fatti tornare in PS in un momento successivo. Questo ha permesso di ridurre i tempi di attesa con soddisfazione sia degli utenti che degli operatori.

Punti di debolezza

I sottoelencati punti di debolezza (o criticità), sono in parte sostenuti da carenze riconducibili alla sola U.O. di PS-MURG (o comunque all'ambito dello stabilimento ospedaliero di Vaio) ed in parte correlati a realtà operative collocate al di fuori dell'ospedale di Vaio.

1) Completamento dell'organico medico. Durante il 2018 è persistita una situazione di forte criticità dell'organico medico, solamente in parte compensata dall'assegnazione al PS di due MET-118 (temporaneamente esonerati dall'attività di automedica) e che consiste nella presenza di otto medici in servizio, rispetto ai 10 previsti. Analogo problema si è verificato nel corso del 2018 anche per l'UO Emergenza Territoriale che ha registrato la rilevante carenza di organico di sei unità. Tale carenza, dovuta a trasferimenti ad altra sede ed a temporanee indisponibilità è stata compensata con il ricorso a contratti temporanei liberoprofessionali, non essendo disponibili altri medici nella graduatoria per l'assegnazione di contratti convenzionati.

2) Slittamento apertura della sezione radiologica dedicata all'urgenza. Nonostante sia già stata collocata negli appositi locali attigui al PS la nuova TC a 128 strati, non è ancora partita la sua attività e non sono ancora stati posizionati i previsti apparecchi per la diagnostica radiologica tradizionale ed ecografica. Questo non permette all'U.O. di Radiodiagnostica di separare l'attività programmata da quella svolta in urgenza, con conseguenti ritardi nell'espletamento della diagnostica per immagini a favore del PS. Per ovviare alla problematica è stato creato un apposito gruppo di lavoro per concordare le differenti modalità organizzative ed individuare una migliore appropriatezza nella richiesta degli esami.

3) Realizzazione del servizio di posta pneumatica per il trasporto automatico delle provette in Laboratorio e della teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico da PS a U.O. di Cardiologia per refertazione a distanza.

La realizzazione di queste due modalità organizzative, oltre a ridurre la tempistica della processazione degli esami, consentirebbe un miglior utilizzo della figura dell'OSS che potrebbe essere dedicato al supporto assistenziale degli utenti di PS.

4) Miglioramento dell'accoglienza degli utenti al fine di favorire la riduzione del rischio violenza nei confronti degli operatori. A seguito di ripetute aggressioni verbali ed alcune fisiche a danno degli operatori, è stata effettuata una verifica con il Direttore del Governo Clinico (dr. M. Lombardi) delle possibili misure da mettere in atto per agevolare l'accoglienza degli utenti ed al contempo mettere in sicurezza gli operatori. E' stato individuato un pacchetto di interventi da adottare (es. attivazione del video informativo in sala d'attesa, posizionamento di telecamera in ambulatorio triage...) che necessita del suo completamento.

5) Ampliamento della zona di accoglienza per i bambini. Tuttora esiste un problema di commistione dell'utenza pediatrica con l'utenza generale di PS, pur attenuato rispetto al passato a

seguito dell'ampliamento degli spazi conseguente alla ristrutturazione dei locali effettuata nel 2016.

6) Teletrasmissione delle immagini su centro Hub. Nelle patologie tempo-dipendenti che transitano dal nostro PS e che necessitano di urgente invio a Parma per la prosecuzione dell'iter terapeutico, quali: trombectomia meccanica in corso di stroke ischemico acuto, riparazione aortica o dei grossi vasi in corso di dissecazione o rottura di aneurisma, non esiste allo stato attuale la possibilità di visualizzazione on-line in tempo reale delle immagini da parte dello specialista del centro Hub. Emerge pertanto la necessità di implementare una modalità di condivisione delle immagini radiologiche fra l'AUSL e l'AOU di PR nell'ambito delle reti 'hub and spoke' dei processi di presa in carico dei pazienti in regime di emergenza. La realizzazione di questo collegamento deve essere effettuato nel più breve tempo possibile rappresentando un possibile obiettivo del Dipartimento interaziendale dell'Emergenza per il 2019.

Ambiti e proposte di miglioramento

Risulta implicito come le proposte di miglioramento derivino dalla necessità di prevedere soluzioni alle situazioni di criticità evidenziate nel precedente paragrafo.

a) completamento dell'organico attualmente formato da otto dirigenti medici, rispetto ai 10 previsti, mediante assunzione da una graduatoria in essere per affidamento di incarichi a tempo determinato. Tra l'altro il decreto semplificazione dovrebbe prevedere la possibilità di accedere ai concorsi per personale di ruolo a tempo indeterminato dei medici non in possesso del diploma di Specializzazione in Medicina d'Urgenza od equipollente, ma che stiano lavorando in Pronto Soccorso da almeno quattro anni. Qualora venisse confermato, si aprirebbe l'opportunità di indire un concorso per titoli ed esami aperto anche a quei colleghi che fruiscono di un contratto di lavoro libero-professionale o di tipo convenzionale e che prestano ormai da molti anni la loro attività in PS, sia continuativamente sia in ambito di Emergenza Territoriale.

b) Per quanto attiene alle problematiche inserite nei punti 2) e 4) del precedente paragrafo occorre addivenire al completamento di progettualità già in avanzata fase di completamento, come **l'attivazione della sezione radiologica dedicata all'urgenza o il completamento delle misure ricomprese nel pacchetto "sicurezza" degli operatori.**

c) Per quanto attiene al punto 3): **attivazione della posta pneumatica per l'invio delle provette in Laboratorio e della teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico dal PS alla Cardiologia**, esistono già i rispettivi progetti confezionati rispettivamente dal SAT e dall'Ingegneria Clinica, ai quali occorre dare corso e continuità.

d) Per quanto attiene infine alla criticità della **teletrasmissione delle immagini** è stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale, per la definizione di un percorso ad hoc finalizzato ad ottimizzare la tempistica della trombectomia meccanica in corso di stroke ischemico acuto.

e) la realizzazione della nuova ala dell'ospedale potrebbe rappresentare l'occasione per unificare in un unico piano in spazi contigui **le attività pediatriche**. In questo modo, mantenendo il triage pediatrico e la processazione dei soli casi in codice rosso e giallo all'interno del PS, si potrebbe ricollocare l'assistenza della restante utenza pediatrica ad un'attività ambulatoriale collocata in spazi diversi e più congrui per i bambini e i loro accompagnatori.

f) ripresa del progetto di co-gestione del Punto di Primo Intervento Ospedaliero da parte dell'U.O. di Medicina Interna di Borgotaro compatibilmente con il ripristino di un completamento dell'organico.

g) in considerazione della ristrutturazione in atto dei locali del PPIO prevedere l'estensione dell'I.O. che disciplina **l'attività del MET** già attiva a Fidenza.

h) per quanto attiene **all'U.O. Emergenza Territoriale** nel 2019 è prevista la frequenza per la formazione sul campo di tre medici iscritti al corso regionale MET organizzato all'AUSL di Piacenza, per i quali si auspica, una volta superato l'esame di idoneità, una loro stabilizzazione in regime di convezione nell'AUSL di Parma.

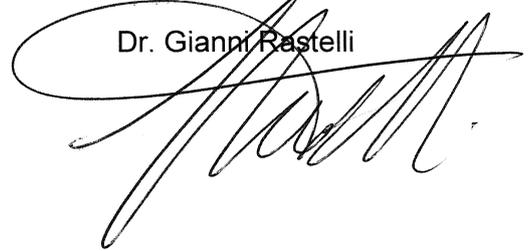
i) il reclutamento di Medici per Emergenza Territoriale sta diventando sempre più difficoltoso in Regione e, visto l'elevato numero di postazioni medicalizzate, in Provincia di Parma tale problema

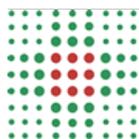
è particolarmente sentito. A tale scopo all'UO Emergenza Territoriale, in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Anestesia Rianimazione di Parma, Le Direzioni Generali delle AA.SS. provinciali hanno assegnato l'organizzazione di un Corso abilitante all'Emergenza Territoriale, e la cui richiesta di autorizzazione è già stata inviata in Regione.

Fidenza, 31 gennaio 2019

Il Vice Direttore Dipartimento
Emergenza Urgenza Interaziendale

Dr. Gianni Rastelli

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Gianni Rastelli', written over the printed name. The signature is fluid and cursive, with a large loop at the beginning.



Dipartimento Cure Primarie PARMA

Relazione finale andamento Obiettivi di Budget DCP anno 2018

Valutazione complessiva

Il quadro generale, in rapporto al raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno 2018, esprime il dato positivo del 90% di indice di performance. Sull'andamento della produttività del DCP insistono molteplici dinamiche, interne ed esterne all'Azienda: in primis, l'interlocuzione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, quale Soggetto Produttore ma anche quale Soggetto fortemente indirizzante la domanda di salute nell'ambito dei percorsi di salute la cui definizione costituisce elemento sostanziale di un nuovo modo integrato di costruire le reti sanitarie. In secondo luogo, l'andamento in questione è fortemente dipendente dal contesto ambientale complessivo in tema, soprattutto, di integrazione socio sanitaria che necessita anch'esso di nuovi percorsi e di nuove intese con Soggetti Pubblici, quali il Comune, al fine di dare concreta risposta ad una articolata gamma di bisogni socio sanitari nei confronti dei quali sono molteplici le Componenti Professionali interessate e/o coinvolte che aspirano ad avere percorsi sempre più chiari e netti di reciproca interfaccia cui poter fare riferimento.

Sul tema delle interfacce si gioca l'importante sfida dell'Assistenza Primaria e delle relazioni a monte e a valle della stessa. Le interfacce dell'Azienda Sanitaria con i MMG-PLS e Specialisti Ambulatoriali sono un aspetto importante ma ancora parziale del quadro. Gli obiettivi del DCP sono il riflesso di come essi vengono declinati ai vari interlocutori facendoli sentire Protagonisti, ciascuno di essi per lo specifico ruolo loro assegnato. E', pertanto, anche in tale ottica che si iscrivono gli impegni sostenuti nel 2018 e portati avanti nel 2019 per circoscrivere più puntualmente i rapporti di committenza Distretto-Ospedale nonché per definire in maniera sempre più circostanziata le relazioni con Soggetti Terzi, dalla Sanità Penitenziaria per le problematiche correlate alla popolazione detenuta alla Prefettura, agli Ordini Professionali ed alle Associazioni di Volontariato per quelle inerenti la tutela del soggetto fragile, cronico, anziano, minore ed immigrato. Un'ultima considerazione di ordine generale riguarda il diverso momento che stanno vivendo le Medicine di Gruppo che costituiscono perno fondamentale delle Case della Salute a fronte di problematiche di carattere gestionale interne a queste forme di Associazionismo e che comportano attese che spesso ritornano negli incontri di NCP relativamente a nuovi e diversi spunti di trattativa con l'Azienda rispetto agli obiettivi richiesti e/o perseguibili.

Entrando nello specifico si evidenzia quanto segue:

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: il dato positivo inerente l'indice di performance di bacino complessivo per le prestazioni a monitoraggio e per le prestazioni programmabili è frutto dello sforzo compiuto nel corso del 2018 al fine di mantenere i tempi di attesa entro lo standard. Va, altresì, registrato un maggior ricorso al Privato Accreditato soprattutto per aree specialistiche particolarmente critiche quali: *Oculistica, Endocrinologia e Urologia*. Se, da un lato, pertanto, la qualità e l'appropriatezza della domanda sono fattori condizionanti le prospettive di accesso; l'offerta di prestazioni, dall'altro lato, è caratterizzato da una serie di variabili che vanno dalla disponibilità delle risorse professionali, che si è cercato di reclutare attraverso le diverse forma contrattuali, alla interferenza che le prestazioni ambulatoriali a monitoraggio provinciale hanno sull'andamento degli indici di performance distrettuali. Tale fenomeno ha connotato, nel

corso del 2018, particolarmente il tema delle Urgenze Differibili la stabilizzazione del cui indice di performance permane, pertanto, obiettivo nodale da non disgiungere, però, dall'attenzione alla prescrizione dei "controlli", sia nel quadro di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e formalmente definiti sia nel senso di una corretta applicazione delle DGR 2075/18 e 2076/18. Resta alta, pertanto, l'attenzione, già espressa nel 2018, per la definizione di profili integrati di cura tali da fondare su una solida rete distrettuale e provinciale garantita dal reperimento di Professionalità Specialistiche nelle già citate discipline come anche in quelle di Cardiologia e Neurologia. Particolare attenzione è stata rivolta agli aspetti dell'appropriatezza prescrittiva anche attraverso incontri formativi rivolti a MMG e PLS che sono stati proficua occasione per puntualizzare l'importanza di soddisfare aspetti prescrittivi formali imprescindibili dal buon utilizzo dei sistemi informatici a disposizione dei MMG..

INDICE CONSUMO TAC E RMN OSTEOARTICOLARE: a decorrere dalla DGR 704/2013 sono stati conseguiti graduali miglioramenti. Permane un bias per gli indici di consumo di RMN e TAC Osteoarticolare. Tali valori, particolarmente per la TAC, sono influenzati da fattori contingenti quali la necessità di ampliare la conoscenza delle appropriate indicazioni anche tra gli Specialisti. Probabilmente tale aspetto porterà a ripensare anche ad ulteriori e/o diversi ambiti di utilizzo del motore semantico che, nel 2018, ha fatto registrare risultati positivi.

SERVIZI ICT: il dato di performance è estremamente positivo e va sostenuto ampliando la fascia di pazienti che possono attivare il FSE, necessaria una stretta interazione con i MMG e una forte attività di interfaccia tra essi e le strutture regionali di CUP2000, con la mediazione del RUA Aziendale e del DCP, al fine di sostenere e supportare la fidelizzazione dei MMG per l'utilizzo della cartella SSI. Nel 2018 è stata avviata anche la sperimentazione per l'utilizzo del FSI da parte degli specialisti ambulatoriali per l'accesso alla documentazione clinica del Paziente. L'utilizzo del software Arianna necessita di una più approfondita definizione dei percorsi soprattutto da parte dell'area medica.

ASSISTENZA FARMACEUTICA:

Si registra positivamente l'andamento decrementale della spesa farmaceutica convenzionata nel Distretto di Parma che a dicembre 2018 ha assunto il valore di -3,15%. In particolare, anche nel 2018 è proseguita la messa in campo di azioni rivolte ai MMG e finalizzate al Governo Clinico del Farmaco attraverso il monitoraggio delle prescrizioni, il mantenimento del percorso di distribuzione per conto, l'incremento della distribuzione diretta e l'utilizzo di farmaci equivalenti. La problematica dell'erogazione dei farmaci in fascia C in ADI, unitamente a quella del consumo degli antidepressivi, rientra in un complesso di fattori non tutti controllabili mentre il monitoraggio della spesa per ossigeno liquido su cui ci si è impegnati nel 2018 sarà viepiù oggetto di attenzione conseguente anche agli effetti della nuova gara regionale

ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA: L'indicatore generico economico in diminuzione per l'assistenza protesica risente ancora per alcune voci, quali le protesi acustiche, dei volumi e delle caratteristiche della domanda storica precedente l'entrata in vigore del nuovo protocollo. Il costo della spesa per assistenza protesica al netto delle manutenzioni e trasporto non ha raggiunto l'obiettivo fissato: ha inciso indubbiamente il peso di una casistica incrementale fatta di cronicità e di fragilità che si coniuga con esigenze incrementate a livello di dimissioni difficili. Come suddetto, un importante lavoro a livello distrettuale è iniziato rispetto alla progettualità per le OSAS e all'utilizzo dell'Ossigenoterapia domiciliare al fine di calibrarne appropriatamente la spesa a fronte degli esiti della nuova gara mentre l'assistenza diabetici e le spese correlate sono anche effetto dell'importanza di una visione unitaria, non ancora raggiunta, di comportamenti prescrittivi omogenei tra specialisti ospedalieri e specialisti territoriali. Si ritiene che quanto sopra motiva anche il basso indice di performance che ha caratterizzato l'indicatore inerente l'invio tempestivo e intellegibile dei dati per la predisposizione di reportistica DCP relativamente ai microinfusori di insulina erogati.

OBIETTIVI DI SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE: La DGR 2128/16 è stata ampiamente recepita e diffusa con ampio coinvolgimento dei Professionisti e avvio dei Board delle 3 CdS medio/alte applicando anche le logiche Hub e Spoke. Sono stati assegnati ai Board delle CdS gli Obiettivi Generali e gli Obiettivi specifici inerenti, particolarmente, l'istituzione e l'avvio degli ambulatori della cronicità e la gestione dei percorsi per patologie croniche. Nel 2018 ha preso avvio la Casa del Bambino e dell'Adolescente la cui attività merita di essere valorizzata in seno alle svariate opportunità sul cui perseguimento si cercherà di concentrarsi nel corso del 2019.

Il dato 2018 pone all'80% la percentuale di raggiungimento di un modello organizzato di dimissione protetta/difficile tramite protocolli condivisi ospedale/territorio. Alla fine del 2018 un Gruppo di Lavoro interaziendale ha prodotto uno specifico protocollo relativamente alle dimissioni protette e dimissioni difficili dall'Ospedale verso il Territorio e viceversa. Tale protocollo è finalizzato anche a qualificare l'assistenza in ADI che, se da un lato fonda su una equipe valida e professionalmente competente, dall'altro presenta una crescente necessità di una domanda più appropriata di interventi in ADI stante la numerosità e la complessità dei casi e dei percorsi che ne devono sostenere la cura. Ciò anche per non disperdere inutilmente il potenziale professionale presente in ADI e per fornire un servizio appropriato rispetto a bisogni molteplici di assistenza territoriale domiciliare.

CURE INTERMEDIE – HOSPICE: il profilo territoriale dell'offerta di cure intermedie distrettuali è garantito al momento presso ASP Colorno. Il flusso OSCO, a suo tempo attivato verso la Regione per il recepimento in Banca Dati Regionale delle informazioni relative ai dati di attività, verrà ripreso e portato a regime nel 2019.

RISK ER: Ai Board delle CdS sono stati assegnati obiettivi generali e obiettivi specifici. L'obiettivo generale comune a tutte le CdS riguarda la costituzione degli ambulatori della cronicità che fonda sull'utilizzo dello strumento del Risk-ER per il quale al termine del 2018 risultano attivati già un numero importate di PAI presso due (Parma Centro e Pintor Molinetto) delle tre CdS di tipo grande (Hub) e in una CdS Spoke (Montanara). L'impegno aziendale profuso nel 2018 si è gradualmente concretizzato anche attraverso la disponibilità di personale infermieristico dedicato alla funzione di cui trattasi. L'adesione al Risk-ER non è ancora uniformemente stratificata per difficoltà inerenti dubbi espressi da alcune categorie professionali in ordine alla partecipazione al modello organizzativo proposto.

BPCO Il miglioramento della presa in carico del paziente con BPCO passa attraverso la Gestione Integrata e l'aderenza alle procedure organizzative adottate. Di fatto, tale obiettivo nel 2018 è stato parzialmente raggiunto realizzandosi la stesura di una proposta progettuale nella CdS Pintor Molinetto che per concretizzarsi necessita delle opportune risorse umane professionali quali, in primis, lo Pneumologo.

Punti di forza

I principali punti di forza sono

- Il governo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel Distretto di Parma che comprende prestazioni erogate sia all'interno dell'Azienda che all'esterno da parte di AZOU e del Privato Accreditato: armonizzare le singole componenti richiede un impegno costante nel rispetto delle caratteristiche dei produttori e della mission di ciascuna Azienda interessata;
- Percentuale numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili con CUPWEB rispetto a quelle disponibili a CUP;
- Prescrizioni e prenotazioni dei controlli per i pazienti cronici e/o soggetti a visita di controllo: ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente ed appropriatezza prescrittiva delle visite di controllo;
- Attività di formazione svolta nei confronti degli Operatori che effettuano prenotazioni per il miglioramento dei flussi ASA e con effetto indiretto di una maggiore appropriatezza sugli accessi dei cittadini al PS;
- Utilizzo dei flussi informativi (TARGIT) inerenti gli accessi al PS da parte di Cittadini inviati da MMG;
- Area ICT con pieno utilizzo delle tecnologie ICT e incremento dei fascicoli elettronici attivati anche attraverso l'estensione dei punti di attivazione;
- Contenimento della spesa farmaceutica;
- Azioni di monitoraggio per il controllo della spesa e dei processi di erogazione dell'assistenza protesica da autorizzazioni;
- Rapporto con la rete dei MMG-PLS e Specialisti ambulatoriali in termini di coinvolgimento rispetto ad obiettivi specifici di produzione che si riflettono anche in un migliore utilizzo dell'Ospedale con miglioramento dell'utilizzo del PS

Punti di debolezza

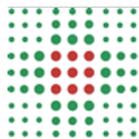
- Utilizzo della metodologia Profili di rischio di ospedalizzazione da estendere a più Soggetti Professionali
- Interfaccia con i servizi sociali
- Diversificazione e potenziamento dell'offerta specialistica (vedi considerazioni precedenti)
- Rischio di abbandoni su totale installazioni cartella SSI
- Mancata adozione del software Arianna
- Comportamenti non uniformi tra specialisti della stessa disciplina in ambito distrettuale con riflessi in termini di diversità prescrittiva e di adempimenti rispetto ai debiti informatici
- Adozione non sempre coerente di protocolli condivisi, quando esistenti

Ambiti e proposte di miglioramento

- Incrementale coinvolgimento dei MMG – PLS e Specialisti ambulatoriali all'interno delle CdS e dei Board al fine di creare all'interno dell'organizzazione dei punti di riferimento e sviluppare azioni atte a garantire la continuità assistenziale attraverso i vari setting di cura disponibili
- Valorizzazione della funzione degli ambulatori della cronicità e definizione di percorsi di interfaccia con gli ambulatori della gestione integrata
- Attuazione del progetto dimissioni difficili e dimissioni protette con istituzione del PUD e del PUA
- Realizzazione di percorsi di interfaccia tra DCP/DAISM-DP/DSP all'interno di specifici spazi (esempio Casa della Salute del Bambino e dell'Adolescente) al fine di definire punti di riferimento per la popolazione in cui costruire una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie (esempio: ambulatorio del Bambino Obeso);
- Qualificazione dei rapporti con il servizio sociale e costruzione di una rete di committenti ed erogatori orientati secondo intese condivise e monitorati con cruscotti ed indicatori selezionati
- Rielaborazione ed aggiornamento della contrattualità con le Medicine di Gruppo in base agli obiettivi specifici di ciascuna CdS e secondo le indicazioni provenienti anche dai Board in relazione ai target di popolazione di riferimento di ciascuna CdS
- Implementazione incontri di NCP e di Comitati di DCP
- Incentivazione della distribuzione diretta
- Qualificazione dell'ADI e potenziamento degli strumenti di continuità Ospedale-Territorio attraverso la predisposizione di modalità organizzative condivise
- Partecipazione attiva alla realizzazione di un piano organico di committenza distrettuale nei confronti dell'ospedale in ambito di Specialistica Ambulatoriale;
- Ridisegno di modalità assistenziali interne agli IIPP in relazione anche ai processi di implementazione in atto della dotazione di posti;
- Qualificazione degli organici medici negli IIPP;
- Riorientamento e qualificazione delle attività di Medicina di Continuità Assistenziale attraverso una più incisiva partecipazione dei Medici di Continuità Assistenziale alle attività formative dei MMG e dei Medici Ospedalieri su specifici temi;
- Promozione di attività formative per tutte le componenti professionali coinvolte nei percorsi e nei progetti di miglioramento:
- Progetto di riorganizzazione dell'attività odontostomatologica distrettuale.

Data, 12.02.2019

Il Direttore del Dipartimento



Valutazione complessiva

L'analisi degli indicatori relativi agli obiettivi 2018 affidati al DCP di Fidenza evidenzia un andamento complessivamente soddisfacente con il raggiungimento di una performance pari all'89%.

La disamina puntuale mostra obiettivi con ottimi risultati accanto ad altri in sofferenza di cui si darà conto di seguito.

OBIETTIVO 1: Assistenza Specialistica Ambulatoriale Per quanto riguarda il mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard regionali rispetto all'area dell'accesso e della domanda di prestazioni il 2018 ha visto per quanto attiene ai TdA per le prestazioni programmabili un ottimo risultato (performance 100%) mentre per le UD non è stato raggiunto il valore previsto (performance registrata 60%). Il nuovo indicatore generico numerico a fascia sia di bacino per le P che provinciale per le UD ha registrato una bassa performance. Fra le branche specialistiche che hanno determinato questo risultato troviamo la Cardiologia che dal 1 maggio 2018 registra l'assenza per dimissione del cardiologo strutturato a tempo indeterminato del DCP che a tutt'oggi non risulta sostituito, e la spesso inefficace ricerca di specialisti ambulatoriali convenzionati a fronte di assenze improvvise, non programmate nell'area dell'endocrinologia, dell'oculistica e della diabetologia; la carenza nell'area della gastroenterologia (colonscopia e gastroscopia imputabile in parte ad un pensionamento) sarà oggetto nel corrente anno di azioni di concerto con il direttore dell'UOC al fine di porre in essere azioni formative per aumentare l'appropriatezza prescrittiva da parte dei MMG e la maggiore aderenza al protocollo dello screening del colon-retto. L'appropriatezza prescrittiva è stato il valore che ha guidato il dipartimento per trasferire risorse dalle aree di inefficacia per riallocare o investire negli ambiti dei nuovi bisogni e in questo contesto è stato registrato un buon risultato relativamente all'indice di consumo di TAC e RMN ex DGR 704/13 e nella prescrizione e prenotazione dei controlli per pz cronici e/o soggetti a visita di controllo dopo visita specialistica da parte della struttura erogante.

OBIETTIVO 2 ICT: ottima performance in tutti gli obiettivi

OBIETTIVO 3: Assistenza Farmaceutica Territoriale: sono proseguite le azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso il monitoraggio delle prescrizioni e le azioni per il contenimento della spesa farmaceutica: distribuzione per conto, distribuzione diretta, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva per categorie terapeutiche critiche. E' proseguito il progetto con la Jefferson University volto ad un corretto approccio prescrittivo nell'anziano. E' stato diffuso e illustrato a livello distrettuale l'algoritmo di deprescrizione dei farmaci antidiabetici e degli antipsicotici atipici. Si rileva un miglioramento di appropriatezza prescrittiva rispetto ai farmaci sottoposti a monitoraggio in CRA.

OBIETTIVO 4 L'Assistenza Protesica e Integrativa mostra nell'insieme degli obiettivi di contenimento di spesa e di appropriatezza prescrittiva un risultato positivo. Per quanto attiene al percorso facilitato di Ausili Protesici in Dimissione pur avendo predisposto tutte le azioni necessarie per l'avvio del percorso, nell'ultimo trimestre dell'anno, non ne è stata possibile l'implementazione per fattori contingenti inerenti una richiesta riorganizzativa da parte del personale amministrativo dei punti unici di prenotazione distrettuali che è tuttora in corso. La spesa per il materiale per

l'Assistenza ai Diabetici non ha registrato il contenimento atteso a causa del forte impatto economico registrato a fronte dell'introduzione di nuove tecnologie a supporto dei pz diabetici quali microinfusori e sensori.

Gli Obiettivi di Sistema hanno visto l'impegno del dipartimento con il supporto della Direzione del Distretto, a promuovere l'implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016 con particolare riferimento alla formalizzazione del Board gestionale-organizzativo, con particolare riferimento da un lato al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento, dall'altro alla valorizzazione dell'integrazione tra professionisti.

Avviato il percorso per la presa in carico della fragilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità attraverso lo strumento regionale dei Profili di rischio Risk-ER.

Nel 2018 nella Casa della Salute di San Secondo si è consolidato il percorso della BPCO con l'avvio dell'adattamento, da parte del gruppo di lavoro dedicato al percorso BPCO, del software Arianna Percorsi.

Nel secondo semestre il percorso BPCO è stato avviato anche nella Casa della Salute di Fontanellato, spoke di San Secondo.

E' stato implementato sempre nella Casa della Salute di San Secondo il percorso territoriale di presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco, pur a fronte delle difficoltà già evidenziate all'obiettivo 1.

Sono state poste in essere azioni di diffusione ai MMG delle Case della Salute e ai MMG delle Medicine di Gruppo che hanno aderito azioni per la diffusione dello strumento di stratificazione degli assistiti Risk-ER in integrazione con il Referente distrettuale del Progetto Risk-ER che in collaborazione con il Referente del distretto di Parma ha elaborato una scheda di presa in carico degli assistiti negli ambulatori infermieristici della cronicità.

Nell'ambito delle azioni previste dalla DGR 919/2018 per le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa si registra una notevole riduzione dei DRG 088 e DRG429 indicatori di un miglioramento della presa in carico territoriale

Gli indicatori relativi all'appropriatezza del ricovero in Hospice evidenziano un valore a consuntivo per i ricoveri che durano meno di 7 giorni elevato rispetto all'atteso 35,90% vs 20%. Dal confronto con il referente MMG dell'Hospice e con il Direttore infermieristico emerge che i ricoverati con questa caratteristica provengono per la quasi totalità dei casi dai reparti di degenza ospedaliera.

Punti di forza

Area ICT per quanto riguarda gli obiettivi assegnati al dipartimento con particolare attenzione al costante incremento dell'apertura del Fascicolo Sanitario Elettronico che permette una migliore comunicazione fra cittadini e AUSL.

Anche per il 2018 si registra il raggiungimento dell'obiettivo affidato di spesa farmaceutica e l'incremento della prescrizione di farmaci non coperti da brevetto

Punti di debolezza

Assistenza Specialistica Ambulatoriale per carenze in parte strutturali di mancanza di specialisti e in parte attribuibile a un non puntuale governo delle agende.

Difficoltà nel creare un network di diversi Professionisti (MMG, Specialisti Ambulatoriali, infermieri, Assistente Sociale) che sul territorio nelle Case della Salute sappia focalizzarsi su una logica di medicina di iniziativa e di presa in carico stabile del paziente cronico. La complessità dell'assistenza territoriale, in cui l'esigenza di integrazione tra le diverse categorie di professionisti genera la necessità di sviluppare linguaggi e mappe cognitive condivise, non sempre di facile attuazione in contesti ancora ad alta frammentazione professionale, è uno dei punti di debolezza che ostacola la piena realizzazione della medicina proattiva alla base del funzionamento dei percorsi per la cronicità e delle innovazioni organizzative introdotte negli ultimi anni soprattutto con

la nascita delle Case della Salute .

Si evidenzia la difficoltà, dovuta a problematiche informatiche di interfaccia fra Arianna Percorsi e i software di prescrizione-prenotazione delle prestazioni, nel porre a disposizione dei professionisti delle cure primarie il software Arianna Percorsi a supporto dell'implementazione dei percorsi della cronicità.

Difficoltà a contenere la spesa per i presidi per diabetici a fronte dell'introduzione di nuove tecnologie approvate in sede regionale.

Ambiti e proposte di miglioramento

Prosecuzione delle azioni volte al pieno coinvolgimento dei MMG con funzioni all'interno della organizzazione del Dipartimento Cure Primarie per porre in campo le azioni finalizzate a dare pieno utilizzo ai dati forniti con l'utilizzo dell'algoritmo di stratificazione Risk-ER e ai report che storicamente vengono inviati a tutti i MMG.

Proseguirà l'attività di confronto fra MMG e medici ospedalieri attraverso le figure individuate per il Progetto Risk-ER e con la collaborazione del medico in staff per favorire la continuità ospedale territorio.

Promozione da parte aziendale di corsi di formazione incentrati sul modello "apprendimento organizzativo" che coinvolga i professionisti delle Case della Salute e in modo particolare i Board individuati per promuoverne la piena operatività.

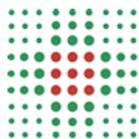
Diffusione dei percorsi per le Patologie croniche e formazione delle equipe con particolare riferimento alla fase di valutazione multidisciplinare e relativi strumenti.

Rimodulazione delle Agende aumentando l'offerta delle prestazioni con priorità B, prevedendo meccanismi di riutilizzo delle prestazioni.

Data, 13 febbraio 2019

Il Direttore del Dipartimento

Maria Teresa Celendo



Dipartimento Cure Primarie VALLI TARO e CENO

Relazione finale andamento Obiettivi di Budget DCP anno 2018

Valutazione complessiva

La valutazione complessiva degli indicatori mostra, in rapporto al raggiungimento degli obiettivi previsti, il dato sostanzialmente soddisfacente del 81%. Tralasciando le considerazioni sugli indicatori risultati performanti si vuole invece soffermarsi sugli indicatori maggiormente critici e non performanti. In particolare, riguardo a questi, si ritiene che alcuni di essi che hanno mostrato una performance scarsa o ridotta siano da considerarsi in buona misura frutto di problemi intercorrenti che l'attività organizzativa del dipartimento ha dovuto "subire" ovvero dipendenti da altri fattori organizzativi, amministrativi e professionali sui quali risulta spesso difficile poter agire direttamente se non attraverso uno stretto controllo e approcci relazionali che si è sempre cercato di effettuare e, a volte, anche stressare mediante corrette analisi e considerazioni. Entrando nello specifico di quanto sopra ci si riferisce in particolare a quanto segue:

- ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: il numero di prestazioni/branche a monitoraggio che hanno sfiorato il tempo di attesa per attività programmabile e urgenze differibili, in particolare cardiologia, oculistica ed endoscopia, sono dovute a carenza di organico (trasferimenti, pensionamenti, malattie, ecc.) e alla concomitante carenza di professionisti disponibili alla sostituzione. Ciò nonostante l'indice di performance di bacino complessivo per le prestazioni programmabili a monitoraggio ha raggiunto il 100%.
- INDICE CONSUMO TAC OSTEOARTICOLARE: tale dato, sulla base delle considerazioni della maggior parte dei MMG emerse negli incontri di NCP dedicati, viene riferito come conseguenza delle indicazioni specialistiche nella logica dell'applicazione della DGR 704/12
- FARMACI: consumo antidepressivi, distribuzione diretta, erogazione farmaci classe C in ADI sono aspetti che evidenziano la necessità di maggior controllo benché ovviamente l'influenza dei professionisti specialisti e MMG sui primi due nonché la necessità di specifiche indicazioni a riguardo dell'ultimo aspetto rappresentino fattori interferenti importanti che rendono più difficoltoso il controllo stesso. Nel merito, in positivo, si vuol segnalare il miglioramento progressivo della spesa territoriale che soprattutto nella seconda parte dell'anno ha mostrato un trend in diminuzione importante.
- ASSISTENZA PROTESICA: il dato di raggiungimento dell'obiettivo del 58% riguardante il costo della spesa per assistenza protesica al netto delle manutenzioni e trasporto è ritornato più o meno ai livelli del 2016. Su tutto ciò hanno verosimilmente influito alcune richieste di ausili e protesi arti, soprattutto per la popolazione pediatrica. Probabilmente anche i nuovi LEA hanno contribuito al dato ed in particolare il passaggio di costi afferenti in precedenza all'integrativa direttamente ora ai costi della protesica.
- CURE INTERMEDIE/HOSPICE: il dato negativo si collega agli aspetti organizzativi ed agli indicatori previsti per gli Ospedali di Comunità definiti dalla RER. Si puntualizza che l'organizzazione della Lungoassistenza di Borgotaro così come prevista in realtà non consentirebbe completamente una valutazione al pari degli OSCO come definiti dalla RER.

Si fa peraltro presente che la LA di Borgotaro è l'unica struttura del distretto in grado di dare una risposta a molte e alle più diverse problematiche cliniche che si caratterizzano spesso anche per aspetti sociali. In tale ottica è da considerarsi anche il dato negativo che riguarda la mortalità in Hospice entro 7 gg.

- BPCO: il dato sul ricovero per tale patologia potenzialmente inappropriata (DRG 088) mostra un raggiungimento dell'obiettivo del 68%, forse accettabile considerate le caratteristiche territoriali e comunitarie (anziani o coppie anziane soli, case sparse, ecc.). Poiché tra gli indicatori è segnalato l'attivazione della gestione integrata per la BPCO in almeno una casa della salute, si segnala che tale obiettivo non era previsto per il nostro distretto, anche in considerazione del fatto che non è stata ancora attivata la specialistica pneumologica (riabilitazione pneumologica) presso il nostro ospedale distrettuale.

Punti di forza

I principali punti di forza sono rappresentati da:

- prescrizioni e prenotazione dei controlli per i pazienti cronici e/o soggetti a visita controllo nonché gestione CUP WEB. In particolare si evidenzia la diffusa attività di riprenotazione interna dei controlli che sempre più vengono direttamente prescritti dallo specialista;
- monitoraggio applicazione indicazioni DGR 704/12 e RM muscolo-scheletriche per pop. >= 65 anni, laddove solo la TAC non è risultata performante sulla base delle considerazioni di cui sopra;
- area ICT compresa l'attivazione dei fascicoli elettronici, quest'ultima favorita da incontri dedicati promozionali per la popolazione presso le case della salute che proseguiranno nel 2019. In quest'area si vuole anche evidenziare l'alta attivazione della cartella SSI che solo una medicina di gruppo (7 medici) e 2 medici singoli non hanno attivata o chiesto di attivarla;
- farmaceutica in riferimento alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ed al consolidamento della distribuzione per conto. Si segnala inoltre nella seconda metà dell'anno l' "accelerata" sul trend in riduzione della spesa;
- la collaborazione con il Dpt. di valutazione e controllo che permette una attenta disamina dei dati e dei problemi intercorrenti con possibilità, laddove possibile, di attivare azioni correttive in corso d'opera;

Punti di debolezza

I principali punti di debolezza sono rappresentati da:

- gestione spesa ADI in rapporto alla erogazione di farmaci di classe C ed agli accessi dei professionisti
- il potenziamento della continuità ospedale – territorio, in particolare a riguardo dei ricoveri in Lungoassistenza e dell'appropriatezza di ricovero in Hospice per un tempo inferiore ai 7 gg.
- farmaceutica in rapporto alla distribuzione diretta che risulta peggiorata rispetto all'anno precedente
- specialistica ambulatoriale e protesica (vedi considerazioni precedenti)

Ambiti e proposte di miglioramento

Per quanto riguarda la continuità ospedale – territorio verranno attivate azioni di valutazione e disamina del problema al fine di capire quali azioni correttive saranno necessarie per risolvere le criticità. Proprio grazie a tale sistema di intervento rispetto allo scorso anno sono migliorati il dato sui ricoveri ADI entro i 3 giorni dalla dimissione ospedaliera, il dato sui ricoveri hospice oltre i 30 gg. e il dato sulla mortalità entro breve in LA.

Verranno proseguiti incontri nei vari comuni per incrementare e facilitare l'attivazione del fascicolo elettronico

Proseguirà l'azione di valutazione e sensibilizzazione dei MMG sulla spesa farmaceutica territoriale insieme al Servizio Farmaceutico distrettuale con incentivazione della distribuzione diretta

Verrà incrementata attività di controllo sugli accessi ADI al fine di mantenere il più possibile il dato nel range regionale pur tuttavia considerando che i nostri comuni, soprattutto montani, presentano caratteristiche orografiche disagiate associate ad un elevato indice di vecchiaia (350 circa), da cui in parte l'incremento medio degli accessi

Proseguirà l'attività di controllo e monitoraggio su specialistica, integrativa e protesica, finalizzata alla ricerca della massima appropriatezza prescrittiva.

Data, 4.2.2019

Il Direttore del Dipartimento



Dipartimento Cure Primarie _____ SUD EST _____

Relazione finale andamento Obiettivi di Budget DCP anno 2018

Valutazione complessiva

ASL Parma		Scheda di budget
Scheda di budget DCP Sud Est 2018 Verifica finale al 31/12/2018		
Struttura	Dipartimento Cure Primarie Sud-Est	
Tipo Struttura	Centro di Responsabilità	
Codice Struttura	7250	
Responsabile	f.f. Lucertini Stefano	
Validità	01/01/2018 - 31/12/2018	

La valutazione complessiva del DCP è positiva, gli obiettivi proposti sono stati raggiunti con una performance complessiva del 91%, su cui hanno pesato negativamente in particolare i dati della specialistica ambulatoriale di livello provinciale (mentre resta ottimo il dato del Distretto: 100%), la non completa realizzazione dell'ambulatorio della BPCO, la degenza media nei letti di C.I. e il numero di prestazioni svolte negli ambulatori infermieristici della cronicità.

Punti di forza

Lo sforzo messo in campo dal DCP per il raggiungimento del risultato è particolarmente visibile per quanto attiene i Servizi ICT (100%), l'Assistenza Farmaceutica Territoriale (94% a fronte del 93% dello scorso anno), l'Assistenza Protesica ed Integrativa (95%).

Tra i punti di forza di rilievo per impegno e attenzione posto dal DCP sono sicuramente i risultati raggiunti sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale in quanto, nonostante il dato complessivo riporti un valore del 75%, il dati relativo all'indice di performance di bacino è del 100%, pertanto il dato complessivo è relativo all'IP provinciale non a quello Distrettuale. Si conferma l'alta performance in: allineamento dell'offerta delle prestazioni individuate dalla RER tra canali tradizionali (CUP) e canali informatici (CUPWEB) (100%), prenotazione e prescrizione controlli a pazienti cronici e/o soggetti a

visita di controlli (100%) e il monitoraggio dell'applicazione indicazioni DGR 704/13 (90%).

In particolare su questo aspetto preme sottolineare che i report del motore semantico sono stati oggetto di preliminare discussione con i Referenti di NCP nell'ambito di uno dei periodici incontri di coordinamento e agli stessi consegnati per una ricaduta all'interno del proprio nucleo. Gli stessi report pervenuti sono stati oggetto di presentazione e discussione in ciascun NCP in occasione di uno degli incontri trimestrali organizzati. E' stato inoltre trasmesso il report specifico sull'oculistica.

Per quanto attiene i Servizi ICT, è stato raggiunto il 100% sul numero di FSE attivati a dimostrazione dello sforzo del DCP nella promozione e diffusione dello strumento, come pure raggiunto al 100% l'obiettivo riguardante l'utilizzo della Cartella SSI da parte dei MMG. A tal proposito si segnala che, nel corso del 2018, oltre ad aver adottato Cartella Sole tutti i MMG di nuova convenzione e con incarichi provvisori, sono passati a SSI anche 7 mmg della CdS Collecchio.

L'obiettivo del contenimento della spesa farmaceutica è stato raggiunto al 100%, come pure il consolidamento della distribuzione per conto e il potenziamento della rete della distribuzione diretta.

Ottimo risultato (100%) anche per l'erogazione diretta in CRA dei farmaci in fascia A e la deprecrizione di particolari categorie di farmaci nelle CRA. Pur non avendo avuto una performance ottimale preme sottolineare il miglioramento dell'indicatore: Erogazione diretta di farmaci fascia C in ADI rispetto ai pazienti in carico che è passato dal 58% del 2017 all'80% di quest'anno.

Per quanto attiene l'assistenza protesica si registra una buona performance nella valutazione complessiva (95%), in particolare per quanto attiene all'implementazione dei percorsi facilitati in dimissione con AOU, all'utilizzo del nuovo software di gestione della protesica e alla spesa per NAD.

Infine gli OBIETTIVI DI SISTEMA sono stati raggiunti al 94%, a fronte dell'89% dello scorso anno.

In particolare sono stati completamente raggiunti (100%) gli obiettivi legati al recepimento dei tratti principali DGR 2128/16 in tema di Organizzazione CdS, l'utilizzo della metodologia RiskER, l'adozione dei questionari ACIC e PACIC, l'applicazione della procedura aziendale sugli esami citologico patologici, il miglioramento dell'utilizzo del P.S. anche attraverso una piena accessibilità agli ambulatori MMG, il miglioramento del processo di valutazione del personale con focalizzazione sulla performance individuale, l'attuazione degli adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione e la qualità dei ritorni informativi da parte del DCP al Dip. Valutazione e Controllo.

Nello specifico:

Per quanto attiene alla DGR 2128 sono stati delineati sia l'organizzazione Hub and Spoke delle Case della Salute Distrettuali che la stessa struttura del Board delle tre Case della Salute Hub di Langhirano, Collecchio, Traversetolo che ricomprendono centri di responsabilità degli Spoke afferenti. Si è proceduto alla formalizzazione degli incarichi e dei ruoli per i professionisti interni individuati. Sono stati effettuati i primi incontri dei 3 Board con la definizione per ciascuna CdS di obiettivi trasversali ed obiettivi specifici, come da mandato della Direzione Distrettuale e sono programmati gli incontri per l'anno in corso per dar seguito agli obiettivi definiti.

Questionari PACIC e ACIC: a seguito dell'analisi effettuata dall'Ufficio Qualità Aziendale sui risultati di PACIC e ACIC il DCP ha provveduto ad effettuare una restituzione ai professionisti della CdS Langhirano interessati. Dall'analisi dei dati il Board della CdS Langhirano ha evidenziato due criticità sulle quali si è concordato di lavorare per sviluppare un progetto di miglioramento per l'anno 2019.

Utilizzo della metodologia RiskER: sono stati effettuati incontri metodologici e di sensibilizzazione in tutti e tre i Nuclei di Cure Primarie con il Referente Distrettuale RiskER con diffusione della scheda PAI e della metodologia di utilizzo. I MMG del Distretto hanno redatto circa 80 PAI nell'anno 2018.

Centro Cure Progressive: pur non rientrando negli obiettivi di budget assegnati va registrato il grande sforzo del Dipartimento per la gestione del CCP, internalizzato in data 2 ottobre 2017, nella difficoltà che il particolare contesto ha rappresentato. La necessità di ricorrere in fase di avvio della struttura a personale interinale, l'elevato turnover registrato nella dotazione organica collegato all'impossibilità di dare continuità ad un percorso formativo strutturato e continuo sono state tutte condizioni che, associate all'inserimento di 6 p.l. di cure intermedie e di modalità relazionali/comportamentali di parenti di lungodegenti, hanno determinato inevitabilmente criticità organizzative gestionali con riflessi sulla qualità del servizio erogato. La raggiunta stabilità del personale assistenziale impone ora un ulteriore sforzo per dare attuazione ad un sostenuto percorso formativo supportato da audit e azioni di benchmarking per perseguire le necessarie azioni di miglioramento.

Punti di debolezza

Gli obiettivi che non sono stati raggiunti completamente sono stati:

1. Erogazione diretta di farmaci fascia C in ADI rispetto ai pazienti in carico (80%), peraltro in netto miglioramento rispetto allo scorso anno (58%) a fronte di iniziative sviluppate con i MMG.
2. Monitoraggio dei principali indicatori di valutazione dei ricoveri in Hospice: i dati sono in netto miglioramento rispetto allo scorso anno, infatti la percentuale dei ricoveri con periodo di ricovero ≤ 7 giorni è risalita al 100% rispetto al 34% dello scorso anno, mentre la percentuale di ricoveri con periodo di ricovero ≥ 30 giorni è rimasta al 67%, questo a fronte di misure organizzative adottate. In tali ambiti si è cercato di attivare un monitoraggio continuo e sono state promosse azioni di sensibilizzazione nei confronti dei diversi professionisti coinvolti.
3. La degenza media nei letti di cure intermedie, pur essendo ancora critica (62%) è in miglioramento rispetto all' verifica di budget dei 6 mesi (50%), segnale che si è lavorato per il miglioramento di questo aspetto.

Va comunque evidenziato che il CCP, nel quale Hospice e Cure Intermedie sono inseriti, da sempre si è connotato quale struttura flessibile per dare risposte ai bisogni del sistema.

4. Nel caso dell'ossigeno liquido il valore consuntivo è risultato superiore all'atteso (141.537,31 vs 127.920,66), attestandosi comunque ad un valore di raggiungimento dell'obiettivo dell'89%. Sarebbe auspicabile, nell'ottica di una maggior appropriatezza prescrittiva, che potesse essere svolta una verifica di congruità dalla specialista pneumologa di riferimento del territorio sulle richieste in dimissione prima della effettiva fornitura al paziente.

5. L'ambulatorio della BPCO verrà attivato nel momento del superamento della criticità distrettuale legata alla mancanza del professionista di riferimento, per la quale sono in atto azioni organizzative.

Ambiti e proposte di miglioramento

AMBULATORIO DELLA CRONICITA'

Per quanto attiene a questa progettualità, è stata individuata la professionista di riferimento per la gestione dell'ambulatorio della cronicità ed è stata programmata l'apertura in tutte le Case della Salute Hub del Distretto. Non appena conclusa la formazione dell'infermiera, come previsto dal Documento elaborato dal SIT aziendale, si darà corso all'attivazione di tale servizio in collaborazione con MMG e Servizio Sociale.

E' in previsione nel corso del 2019 l'attivazione dell'ambulatorio per la gestione dei pazienti con BPCO, secondo il PDTA interaziendale, non appena verrà superata la criticità del Distretto legata all'assenza di uno specialista di riferimento.

FARMACEUTICA

Prosecuzione della collaborazione con il Dipartimento di Farmaceutica per perseguire gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva.

MEDICINA GENERALE

Potenziamento del sistema di relazione con la Medicina Generale funzionale al perseguimento di una fluidità di obiettivi, attraverso:

- il mantenimento degli incontri strutturati mensili con i Referenti di NCP
- la partecipazione del DCP alle riunioni di NCP nella previsione di una gestione autonoma da parte degli stessi Referenti
- il potenziamento delle iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione
- piena attivazione del Progetto RiskER non appena definita dagli accordi locali

DGR 2128/2016

Stante la completa attivazione dei Board delle tre Case della Salute a media alta complessità nel corso del 2018, si attende per l'anno 2019 la piena realizzazione degli obiettivi trasversali e specifici concordati negli incontri di avvio dei Board, identificando soluzioni condivise e verificando l'andamento delle attività.

Nonostante i buoni risultati raggiunti dal DCP preme sottolineare il grande sforzo organizzativo sotteso legato a carenze di personale sia del comparto (fisioterapista, ASV) sia della dirigenza medica (medico di organizzazione, geriatra). Mancano nel Distretto specialisti di determinate branche (pneumologo, urologo) mentre è costante l'emergenza legata alle assenze improvvise di specialisti ambulatoriali che risulta sempre più difficoltoso sostituire per carenza di professionisti disponibili.

Data, _____

Il Direttore del Dipartimento

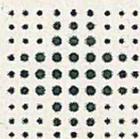
Dipartimento di Sanità Pubblica

Relazione finale andamento obiettivi di budget anno 2018

<p>Valutazione complessiva</p> <p>Nel Complesso gli obiettivi programmati sono stati raggiunti, sia in termini qualitativi che quantitativi, anche attraverso la sostituzione del personale anche se non completa per tutte le professionalità</p> <p>La programmazione è stata condotta con riferimento ai LEA, e al PRP e al PRI.</p>
<p>Punti di forza</p> <p>Principale punto di forza è aver gestito le attività dei vari servizi che costituiscono il DSP secondo il metodo gestionale del DSP in uso.</p>
<p>Punti di debolezza</p> <p>Il difficile turn over nel personale, dovuto alla difficoltà di esecuzione dei bandi e concorsi di selezione. Vi è un potenziale pericolo di affievolire le competenze complessive del DSP a causa della impossibilità di affiancare il personale sostituito (ove possibile) con il personale esperto prima della cessazione.</p> <p>I nuovi standard vaccinali (ultra 65 anni) e le ripetute carenze di vaccini hanno influenzato pesantemente l'operatività del Servizio SISP</p>
<p>Ambiti e proposte di miglioramento</p> <p>Continuare lo sviluppo e l'evoluzione del sistema informativo ed il collegato sistema informatico ai fini di consolidare un sistema automatico di valutazione per indicatori multipli e collegati fra loro. Assicurare il turn over del personale che andrà in quiescenza.</p> <p>Necessità di ringiovanire l'autoparco ed aumentare i veicoli a disposizione del personale dei Servizi del DSP.</p>

Data, 06/02/2019

Il Direttore del Dipartimento
 dr. Paolo Cozzolino



Dipartimento Al Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Relazione finale andamento obiettivi di budget anno 2018
Aggiornata per l'incontro di budget del 11 febbraio 2019

Valutazione complessiva

Nel 2018 in continuità con il trend registrato negli anni precedenti, si confermano alti volumi di attività nella NPIA, Psichiatria Adulti, Dipendenze Patologiche (con relativo incremento del Gioco di azzardo patologico).

Si è verificato un significativo incremento dell'utenza in carico, in particolare della NPIA con un incremento in 4 anni di circa il 35% dei pazienti in carico.

Si conferma un aumento della complessità psicopatologica e della pressione connessa alla crisi economica e sociale. Sono anche cresciute le aspettative derivanti dall'applicazione dei nuovi LEA (Disturbi dello spettro autistico, gambling) e gli obblighi derivanti dalla riforma dei percorsi giudiziari.

In questo quadro il DAI-SMDP ha continuato il lavoro di collaborazione e integrazione interna fra le aree disciplinari. In continuità con il Programma "Leggieri" è proseguita l'attività con le cure primarie (sperimentazione Equipe di accoglienza nella Casa della Salute di San Secondo mentre a Parma si è valutato un cambiamento nelle attività di consultazione-consulenza).

Si è predisposta l'attivazione dell'ambulatorio infermieristico nei CSM di Parma e dei percorsi della salute e stili di vita in tutti i CSM e Residenze.

Si è promossa una differenziazione per intensità di cura dell'attività ospedaliera e territoriale il che ha comportato un utilizzo più appropriato delle risorse e riduzione delle consulenze di PS e nei reparti, riduzione del numero dei ricoveri e lieve aumento della durata della degenza per la multiproblematicità dei casi.

Relativamente ai TSO dopo la riduzione del 2017 (un calo percentuale del 23% rispetto all'anno precedente) nel 2018 si è avuto un rialzo (+9% per gli utenti in carico e +50% per i non in carico) sul quale si sta lavorando.

E' continuata la riduzione delle contenzioni in SPDC (da 14 nel 2017 a 5 del 2018) e quindi si avvicina l'obiettivo di abolirle.

Nell'anno 2018 si è realizzato il PDTA Esordi Psicotici.

Per i DCA in relazione a crescenti bisogni si è verificato un incremento di spesa soprattutto nel segmento residenziale ed è continuato anche l'intervento nell'ambito della collaborazione-integrazione dell'assistenza ospedaliera con la quale si sta realizzando un percorso di eccellenza.

E' continuato il processo di innovazione della residenzialità e favorita la realizzazione di

progetti con Budget di salute.

E' continuato il recupero della mobilità extraprovinciale.

Sono proseguite le attività della REMS temporanea di Casale di Mezzani e della RTI-Minori di San Polo di Torriale. Quest'ultima nel 2018 la fatturazione attiva circa 300 mila euro. In tutti i distretti si è definita l'Equipe Funzionale Adolescenza.

A giugno 2018 è stata attivata la Casa della Salute per il Bambino e Adolescente e sono in atto progetti di integrazione, ridefinizione dei percorsi, programmi di prevenzione, educazione e sostegno dei genitori, coinvolgimento delle associazioni e della comunità.

Per i minori, in relazione all'applicazione della DGR n. 1102/2014, nel 2018 si è lavorato per prevenire e gestire in modo molto accurato le collocazioni extrafamiliari decise dal Tribunale per i minorenni. Il cruscotto per gli inserimenti in struttura con compartecipazione dell'Ausl, dopo avere registrato nel 2015-17 il passaggio da una media di 23-25 minori del 2015 ad una di 38-40 casi inseriti nel 2018 il trend sembra dare segni di una relativa stabilizzazione.

Si è data attuazione alla DGR 212/2016 per i Disturbi dello Spettro Autistico in un quadro di valorizzazione dell'attività del Centro per i disturbi della comunicazione e socializzazione con un significativo aumento dell'incidenza: le diagnosi di Disturbi dello Spettro Autistico sono passate da 15-20/ anno a 45-50/anno con conseguenti difficoltà a rispettare le indicazioni del PRIA specie nella fascia 0-6 anni mentre sono in crescita i problemi posti da adolescenti e giovani adulti.

L'andamento della spesa farmaceutica nel 2018 monitorata costantemente anche attraverso audit specifici (regionali e locali) per migliorare appropriatezza e sicurezza, è stata appena al di sopra dell'atteso è aumentata di circa il 3%.

Nel 2018 le UOC Attività medico legali dipendenze patologiche sono state collocate nella sede ex Pediatria di comunità. Strutturato il programma per il Gioco d'Azzardo Patologico.

Qualità-accreditamento e governo clinico sono stati rimodulati e sono stati sviluppati i PDTA. Costante attenzione è stata data alla partecipazione, al clima interno e alla motivazione del personale anche tramite la formazione a cui va aggiunto sempre il lavoro sulla aspettative dell'utenza e dei contesti nonché lo stigma e l'abbandono delle diversità (comunicazione, revisione del sito). Nell'ambito delle attività per la valorizzazione professionale è stato attivato un coordinamento delle Assistenti sociali.

Punti di forza

Il DAI-SMDP ha un'organizzazione ben radicata nel territorio dei singoli distretti e quindi in grado di realizzare una buona integrazione sanitaria e sociale. Al contempo ha sviluppato alte competenze professionali specialistiche capaci di affrontare la complessità psicopatologica e relazionale secondo le migliori conoscenze tecniche e scientifiche associate sempre ad alti livelli etico-deontologici.

L'innovazione sia nelle strutture che nella metodologia (budget di salute) nonché la significativa attività didattica e di ricerca fanno sì che il DAI-SMDP abbia relazioni e progetti regionali, nazionali e internazionali ed abbia saputo affrontare l'impatto dell'incremento dell'utenza in Npia.

Alto grado di gestione e monitoraggio attraverso Cruscotti per l'Emergenza Urgenza, la Residenzialità, i Minori, l'Autismo e le Dipendenze Patologiche.

Sviluppo dei PDTA per Esordi psicotici, Disturbi dello Spettro Autismo, DSA e DCA.

La collaborazione con Privato Sociale, Enti ausiliari, Aiop è positiva. La gara per la gestione delle strutture socio-sanitarie sta funzionando dovrà essere aggiornata nel 2019.

Buoni anche i rapporti con il Comitato Utenti e Familiari, le diverse associazioni e gli stakeholder. Sviluppo dell'auto mutuo aiuto e forme di coinvolgimento e protagonismo dell'utenza (con possibili sperimentazioni del "Facilitatore sociale").

Si è realizzata un'alta attenzione, motivazione e competenze nei contesti sensibili (Spdc, Carcere, REMS).

Interessanti sperimentazioni con il coinvolgimento degli Enti locali (es. Centro Diurno per DP a Fidenza, Kiriku per i minori) e attenzione alla Formazione-lavoro e al "Dopo di noi".

Significativa anche l'attività didattica, di ricerca e comunicazione

Punti di debolezza

Il contesto di crisi, i cambiamenti socio-familiari e scolastici nonché l'applicazione di specifici norme di legge hanno determinato un forte incremento dell'utenza della NPJA e una sua maggiore gravità e complessità. L'applicazione della DGR 1102/2014 rende necessario un complesso lavoro di analisi sullo stato dell'infanzia e adolescenza che è stata oggetto di interventi e approfondimenti nel Corso della Rassegna della Salute Mentale. La mancata integrazione con Npia universitaria rende il sistema debole sul piano della formazione, nonché nell'erogazione degli interventi di E-U e ospedalieri.

L'attuazione del PRIA (DGR 212/2016) richiede una maggiore strutturazione dell'offerta pubblica sia per la fascia 0-6 anni sia nell'adolescente e giovane adulto, non solo per la cura quanto per il progetto di vita e sostegno delle famiglie.

Le persone con disturbi del Neurosviluppo richiedono programmi di cura per l'intero arco di vita (pur con variazioni dell'intensità) e specie per quanto attiene il Progetto di vita non trovano risposte soddisfacenti nei servizi per la Disabilità. Le sperimentazioni in atto (Distretto Fidenza, Budget di salute) stanno dando significativi risultati ma rischiano di non essere sufficienti anche per l'invecchiamento delle famiglie e si rendono necessari occasioni di "sollievo" e autonomia della persona ma anche soluzioni che prevedano risposte sia di breve termine e di natura clinica sia di lungo termine sulla base di progettualità incentrate su residenzialità sociosanitaria o budget di salute.

L'ampia offerta socio-educativa non è in grado di accogliere l'utenza più complessa e multiproblematica e i minori autori di reato. Quindi manca una strutturazione complessiva della rete socio educativa e vi è la necessità di promuovere interventi sperimentali.

Una quota significativa dell'utenza afferente ai servizi territoriali (CSM e SerD) si trova in una condizione di co-morbilità o morbilità multiple (disturbi mentali e uso problematico di sostanze), una situazione spesso aggravata dalla crisi, dalle povertà, dall'assenza di familiari e di rete sociale fino all'abbandono.

Circa metà dell'utenza ha un età superiore ai 50 anni e questo pone il problema della parziale non autosufficienza. Un tema questo che spinge alla ricerca di soluzioni assistenziale e di cura a lungo termine (da progettare con strumenti innovativi come il Budget di salute) in assenza delle quali questi casi rischiano di gravare impropriamente sulla rete ospedaliera, residenziale sanitaria o Comunità terapeutiche.

Va tenuto presente che il modello utilizzato per il superamento dell'OPG e la recente riforma della giustizia determinano un considerevole incremento con effetto a lungo termine sul fabbisogno residenziale.

L'applicazione del PDTA per i DCA, in corso di revisione ha comportato un incremento della domanda di interventi nell'ambito residenziale e si è consolidato quello ospedaliero.

Per il personale si pone il problema dell'invecchiamento, delle non idoneità e del ricambio generazionale. Per medici psichiatri e npi vi sono difficoltà nel reclutamento.

Attività amministrativa del DAI-SMDP

Rispetto all'assegnato 2018 di Euro 13.246.393,49 si sono registrati a consuntivo minori costi per Euro 490.130,00 dovuti principalmente al differimento dei tempi di attivazione per inserimenti di minori nell'area riferibile alla NPI, inserimento adulti e attivazione PARAI. Di contro è da segnalare un consistente incremento di costo per i DCA residenziali (euro 98.000,00 rispetto all'assegnato) che ha trovato compensazione nei fondi del budget.

La previsione 2019 evidenzia maggiori costi per un totale di 461.170,00 derivanti principalmente per Euro 77.461,23 all'aggiornamento ISTAT previsto nel contratto di affidamento dei servizi socio-sanitari DAISM-DP.

Minori costi sull'anno 2019 per 172.000,00 derivano dalla stabilizzazione del personale con contratti libero professionali e dalla convenzione DEMETRA in esaurimento, in parte compensati dai trascinamenti dei costi per inserimenti (autorizzati nella disponibilità del budget assegnato 2018) minori DGR 1102, progetti riabilitativi e rette adulti.

Concorrono all'aumento dei costi Euro 142.074,00 riferibili principalmente:

- 47.000,00 per un nuovo caso Minore DGR 1102 già segnalato sul Distretto di Parma;
- 27.804,00 per contratto libero professionale Psichiatra per carcere
- 41.528,00 per progetti riabilitativi/tirocini da attivare nei Distretti di Langhirano (17.000) e Fidenza (24.528);
- 6.487,00 per aumento convenzione Fondazione Autismo – Distretto di Fidenza
- 19.255,00 per 2 utenti Distretto Borgotaro.

Si segnala comunque che la previsione 2019 potrà risultare sottostimata in virtù dell'andamento altalenante derivante dall'applicazione della DGR 1102/2014, la cui spesa risulta quantificata in base ai casi in carico al 31.12.2018 nonché, per quanto riguarda le spese DCA, con domanda in costante incremento.

Per le Dipendenze Patologiche il preconsuntivo evidenzia un lieve scostamento rispetto all'assegnato di Euro 4.286,00 dovuto principalmente ai costi di un progetto individualizzato peraltro finanziato con commessa.

Il modesto scostamento di Euro 2.269,00 di maggiori costi previsti per l'anno 2019 sono in parte riferibili al trascinamento di inserimenti in comunità di utenti. Preme tuttavia segnalare che i costi 2018 sono comprensivi dell'adeguamento tariffe (Euro 10.000 ca.) che hanno avuto applicazione dal 1/1/2018 con conseguente contrazione delle risorse disponibili per gli inserimenti.

Ambiti e proposte di miglioramento

Va mantenuta alta l'attenzione all'infanzia e adolescenza con attivazione delle Equipe Funzionali in tutti i distretti in applicazione della circolare 1/2017. Va proseguito il lavoro di rete in ambito distrettuale per prevenire le collocazioni extrafamiliari di minori e migliorare le competenze delle famiglie e della comunità sociale al fine di consolidare i buoni risultati del 2018.

Vanno implementate e qualificate le attività della Casa della Salute per il bambino e dell'adolescente di Parma.

Va strutturata l'offerta semiresidenziale e realizzata l'auspicabile integrazione con NPIA di Azienda Ospedaliero Universitaria.

Programma Autismo per la fascia 0-6 (adeguamento delle equipe) e nuove risposte in particolare adolescenti-giovani adulti e realizzazione dello specifico PDTA.

Rafforzamento delle attività di Cruscotto relativo alle collocazioni extrafamiliari di minori e per lo sviluppo dei percorsi innovativi con particolare attenzione al giovane adulto.

Miglioramento della qualità degli interventi (rete ospedaliera, csm, sert, npia, residenze) per la salute mentale di/nella comunità in collegamento con il sistema delle Case della Salute. Dare piena attività all'ambulatorio infermieristico e ai percorsi per stili di vita.

Revisione del programma DCA e della convenzione con la Residenza "In Volo".

Attuazione del programma Budget di salute (nelle diverse aree) e sviluppo del Progetto regionale.

Rimodulazione dell'offerta residenziale sanitaria e socio sanitaria anche con l'utilizzo di strumenti innovativi per rispondere ai bisogni di adolescenti e giovani, disturbi dello spettro autistico e dei soggetti con disturbi mentale e uso problematico di sostanze.

Questo vale anche per l'offerta nelle dipendenze patologiche e nei percorsi giudiziari dove quote crescenti di risorse sono assorbite per sostenere soluzioni di lungo termine e quindi con un effetto sommatoria sul budget.

Programma di miglioramento relativo alla formazione lavoro.

Completamento della Residenza di Vigheffio (percorsi ex OPG) e attuazione del progetto come da recente bando.

Riqualficazione della RTI Santi e di altre strutture per accogliere giovani adulti.

A giugno 2019 dovrebbe terminare l'attività della REMS di Casale di Mezzani e va quindi definito il possibile utilizzo del personale e della struttura.

Predisposizione dei percorsi per lo spostamento a Vaio dei servizi di Fidenza prevedendo un "Club" o attività nei contesti di comunità nella città di Fidenza.

Attenzione ai contesti altamente sensibili, e al tema migranti alla luce della recente normativa. Strutturazione delle attività relative alla Psicopatologia Forense.

§

Nuovi bisogni

In relazione ai pazienti nel segmento ospedaliero e alla REMS vi sono nuovi bisogni relativi a Adulti con misure giudiziari n. 3 casi, (due Parma e 1 Langhirano, attualmente 2 in Rems e 1 a OPA Maria Luigia) di cui uno già in budget.

Richieste per inserimenti residenziali n. 3 casi (2 Parma e 1 Fidenza) per psichiatria adulti;

Vi sono 2 richieste per percorsi di "Doppia diagnosi" e 1 con Disturbi Gravi della Personalità (tutti di Parma) di cui due in budget.

Per i minori e i percorsi giudiziari è difficile la stima dell'impatto sul budget.

Revisione modello operativo dipendenze patologiche in linea con il programma regionale. Sviluppo dell'attività dell'istituenda UOS Alcologia nelle Case della salute come già in atto per il tabagismo. Predisposizione del PDTA sul Gioco d'Azzardo Patologico, interventi per utilizzo cocaina e uso di cannabis anche mediante l'acquisizione della Stimolazione Magnetica Transcranica (da collocare al padiglione Braga) per utilizzarla anche per disturbi psichiatrici (depressione, DOC).

Per la medicina di genere e la disforia di genere verranno sviluppate iniziative di prevenzione e uno specifico protocollo.

Personale:

Sostituzioni del turnover

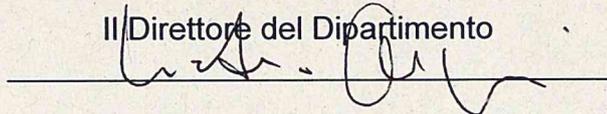
Psichiatra per Istituti penitenziari (già previsto)

DCA dietista passaggio da Borsa di studio a contratto.

Definire percorsi per le situazioni di ridotta attività lavorativa e di inidoneità.

Data, 24.1.2018

Il Direttore del Dipartimento



2018



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

Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Orsi Paolo

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale
Tipo Struttura Centro di Responsabilità
Codice Struttura 1600
Responsabile Orsi Paolo
Validità 01/01/2018 - 31/12/2018



90%

OBIETTIVI**1** Tutte le U.O. Dipartimentali

Peso: 26



96%

1.1 AREA DELL'ORGANIZZAZIONE

Peso: 2



100%

1.1.1 Applicazione del regolamento sui Dipartimenti Ospedalieri nel nuovo assetto
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 1



100%

Piano Azioni: 2.1.1.2 Ridefinizione dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero secondo le nuove direttive

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Convocazione di almeno 6 Comitati di Dipartimento/anno		6,00	6,00	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.1.2 Revisione e predisposizione evidenze documentali in previsione procedura di rinnovo accreditamento

Peso: 1

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 2.1.1.3 Avvio dei processi di omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

1.2 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 15



93%

1.2.1 Gestione esami isto-citopatologici
Adozione della procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami isto-citopatologici in sicurezza e qualità (I semestre). Audit di verifica della funzionalità del percorso indicato dalla procedura (II semestre)

Peso: 1

Obiettivo incentivante (comparto)



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Produzione, applicazione e audit della procedura aziendale a livello dipartimentale		Si	Si <i>Progetto completato</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.2.2

Adesione al Prontuario Regionale

Adesione al Prontuario regionale ed al Prontuario AVEN nella continuità terapeutica: prescrizioni in dimissione e dopo visita specialistica

Peso: 1

Obiettivo incentivante (dirigenza)

100%

Piano Azioni: 5.4.1.19 DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale di adesione = 98% (N. prescrizioni aderenti al prontuario AVEN/N. prescrizioni verificate negli ambiti specifici)	98,00%	98,00%	98,00%	 100%

1.2.3

Corrette modalità di prescrizione dei farmaci per principio attivo

Nelle prescrizioni in dimissione e dopo visita specialistica va indicato, salvo casi particolari, il principio attivo

Peso: 1

Obiettivo incentivante (dirigenza)

96%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale prescrizione con principio attivo = 95% (N. prescrizioni per principio attivo/n. prescrizioni verificate negli ambiti specifici)	94,10%	95,00%	91,00%	 96%

1.2.4

Appropriatezza prescrittiva PPI

Prescrizione PPI in dimissione e dopo visita specialistica secondo i criteri della nota 1 e 48

Peso: 1

Obiettivo incentivante (dirigenza)

82%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale prescrizione PPI > 98% (N. prescrizioni PPI appropriate/n. prescrizioni PPI totali)	98,00%	98,00%	80,00%	 82%

1.2.5 Spesa per Dispositivi Medici

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.21 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Mantenimento spesa anno 2017		3.938.132,00	3.950.012,00	 100%

1.2.6 Uso appropriato della Terapia a Pressione Negativa

Peso: 1



23%

Piano Azioni: 5.4.1.21 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Adesione alle raccomandazioni regionali		80,00%	18,20% 2 trattamenti conformi su 11 (Dip.Farm.)	 23%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.2.7 Adesione totale alle gare dispositivi medici
Utilizzo dei dispositivi medici di gara, fatte salve esigenze specifiche, debitamente documentate

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.21 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale di adesione magg. 98% (N. prodotti utilizzati di gara/N. prodotti utilizzati riferiti alla gara)	98,00%	98,00%	98,01%	 100%

1.2.8 Uso appropriato di DM a ultrasuoni e radiofrequenza
Adesione alle Linee di indirizzo regionali indicazioni per l'utilizzo in chirurgia di dm a ultrasuoni e radiofrequenza

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.21 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale di adesione => 90%	79,90%	90,00%	94,50%	 100%

1.2.9 Avvio gestione informatizzata della terapia farmacologica in tutte le UU.OO.
Somministrazione della terapia farmacologica con identificazione paziente/farmaco

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 2.2.3.2 Dipartimento Chirurgico - Percorso di somministrazione sicura

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Completamento entro 31/12/2018		Si	Si	 100%

1.2.10 Sperimentazione progetto cartella clinica infermieristica informatizzata
Secondo cronogramma

Peso: 2

Obiettivo incentivante (comparto)



100%

Piano Azioni: 7.7.1.4 Cartella Clinica Elettronica - SEZIONE INFERMIERISTICA

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Avvio sperimentazione entro il 2018 c/o tutte le UU.OO.		Si	Si	 100%

1.3 AREA DELL'AUTONOMIA ECONOMICO FINANZIARA

Peso: 6



98%

1.3.1 Mantenimento della produzione
Somministrazione della terapia farmacologica con identificazione paziente/farmaco

Peso: 2



97%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Mantenimento attività ambulatoriale rispetto all'anno 2017		117.257,00 <i>Secondo nuova aggregazione</i>	123.719,00 <i>Report anno CdG</i>	 100%
	Mantenimento attività di ricovero ordinario rispetto all'anno 2017		7.013,00 <i>Solo D.O. secondo nuova aggregazione. Dati al 12° invio 2017</i>	6.523,00 <i>Report anno CdG senza dimessi dal nido (889) e D.H. (2.037). Dati 12°al invio</i>	 93%

1.3.2 **Mantenimento spesa farmaci ai valori 2017**
Secondo cronogramma

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Mantenimento spesa farmaci anno 2017		1.047.124,00	940.810,00	 100%

1.3.3 **Incremento erogazione diretta farmaci da parte del Servizio Farmaceutico in dimissione e dopo visita ambulatoriale**

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



98%

Piano Azioni: 5.4.1.4 Sviluppo organizzativo

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	incremento erogazione diretta > 10% rispetto all'anno 2017 (DDD)	128.341,00	141.175,00	138.297,00	 98%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.4 AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Peso: 2



100%

1.4.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza *Miglioramento del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale*

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Rif.: Verbali OAS)		Si	Si <i>Pur in assenza dei verbali OAS ci sono state fornite le coordinate amministrative delle assegnazioni e delle valutazioni degli obiettivi</i>	 100%

1.5 AREA DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Peso: 1



100%

1.5.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione *Miglioramento del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale*

Peso: 1



100%

Piano Azioni: 7.1.1.4 Integrità e Trasparenza

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza ed anticorruzione		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2	<u>Tutte le UU.OO. di degenza</u>	<i>Peso: 13</i>	
		93%	
2.1	<u>AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA' , SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</u>	<i>Peso: 2</i>	
		95%	
2.1.1	Per le UU.OO Degenza Ordinaria interventi efficaci di igiene delle mani	<i>Peso: 2</i>	
		95%	

Piano Azioni: 6.3.1.5 DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Litri di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza (St. 20 litri/1000 ggdeg)	11,00	20,00	19,09	 95%

2.2	<u>AREA DELL'ORGANIZZAZIONE</u>	<i>Peso: 2</i>	
		99%	
2.2.1	Puntualità della compilazione informatica delle SDO	<i>Peso: 2</i>	
		99%	

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Inserimento delle SDO, di norma, entro il termine temporale mensilmente indicato	96,60%	100,00%	99,00% <i>periodo gennaio-novembre</i>	 99%

2.3 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 3



76%

2.3.1 Governo dei tempi di attesa

Peso: 3



76%

Piano Azioni: 1.2.1.2 Miglioramento di accessibilità al sistema di prenotazione

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indice di performance dei TDA	Tempi di attesa I visita Gastroent. (I.P.)			99,00 99% H. Fidenza 100% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa visita Gastroent (7gg) (I.P.)		90,00	72,00 72% H. Fidenza 100% H. Borgotaro	 60%
	Tempi di attesa Gastroscoopia (I.P.)		90,00	92,00 88% H. Fidenza 96% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa Gastroscoopia (7gg) (I.P.)		90,00	40,00 23% H. Fidenza 86% H. Borgotaro	 0%
	Tempi di attesa Colonscoopia (I.P.)		90,00	90,00 82% Fidenza 96% Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa Colonscoopia (7gg) (I.P.)		90,00	11,00 10% H. Fidenza 15% H. Borgotaro	 0%
	Tempi di attesa I visita Ortopedica (I.P.)		90,00	94,00 92% H. Fidenza 97% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa visita Ortopedica (7gg) (I.P.)		90,00	98,00 97% H. Fidenza 98% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa I visita ORL (I.P.)		90,00	97,00 95% H. Fidenza 100% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa visita ORL (7gg) (I.P.)		90,00	97,00 95% H. Fidenza 100% H. Borgotaro	 100%

2.4

AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 2



93%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2.4.1 Governo dei tempi di attesa per intervento chirurgici oggetto di monitoraggio RER
Indice di Performance di degenza Media (IPDM per ricoveri acuti chirurgici)

Peso: 2



93%

Piano Azioni: 2.2.3.9 DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale ricoveri entro i tempi previsti per classe		90,00%	84,10%	 93%
				92% Tumori 91% Protesi anca 79,6 Altri	

2.5 AREA DELL'INTEGRAZIONE

Peso: 4



100%

2.5.1 Implementazione percorsi facilitati prescrizione ausili protesici in dimissione

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.1.4 DGR 830/17 - Assistenza protesica - Appropriata prescrivita

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Avvio prescrizione diretta da reparto di ausili protesici a Ufficio Protesica		Sì	Sì	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2.5.2 Avvio utilizzo Scala di valutazione BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Avvio utilizzo		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3 Tutte le UU.OO. Che afferiscono al Comparto Operatorio

Peso: 5



0%

3.1 AREA DELL'INNOVAZIONE DI PROCESSO E PRODOTTO

Peso: 2



0%

3.1.1 Definizione di un progetto di gestione integrata dei comparti operatori del P.O Aziendale

Peso: 2



0%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Si		 0%

3.2 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 3

3.2.1 Degenza media pre-operatoria

Peso: 3

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Rispetto del valore stabilito a livello Regionale Ospedale Borgotaro	1,12 <i>Dato SIVER 2017</i>	0,96 <i>Dato Siver 2017</i>		
	Rispetto del valore stabilito a livello Regionale Ospedale Fidenza	0,91 <i>Dato SIVER 2017</i>	0,96 <i>Dato SIVER Regione 2017</i>		

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4	<u>U.O. Endoscopia Digestiva</u>	Peso: 8	 100%
4.1	<u>AREA DELLA PRODUZIONE</u>	Peso: 4	 100%
4.1.1	Implementazione del 10% del numero di endoscopie effettuate a Borgotaro nel secondo semestre Obiettivo incentivante (dirigenza)	Peso: 2	 100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	confronto numero endoscopie primo semestre/ secondo semestre		231,00	271,00	 100%

4.1.2	Attivazione ambulatorio visite gastroenterologiche a Fornovo Obiettivo incentivante (dirigenza)	Peso: 2	 100%
--------------	---	---------	---

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero visite effettuate		10,00	33,00	 100%

4.2 AREA QUALITA' ORGANIZZATIVA/SICUREZZA

Peso: 4



100%

4.2.1 Avvio richieste telematiche consulenze gastroenterologiche

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Si	Si	 100%

4.2.2 Adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.17 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilare

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Per gli anti TNF alfa raggiungimento del 45% del consumo biosimilare dell' Infiximab		45,00%	73,50%	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5 U.O. Ostetricia Ginecologia

Peso: 8



100%

5.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 8



100%

5.1.1 Consolidamento del percorso della Procreazione Medicalmente Assistita

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 2.2.3.8 DGR 830/17 - Procreazione Medicalmente Assistita - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero pazienti inseriti nel percorso	200,00	200,00	270,00 <i>Solo 1° livello</i>	 100%

5.1.2 Avvio ambulatorio Endometriosi a Fidenza
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero visite effettuate		70,00 <i>Stima</i>	95,00 <i>Dato al 24/01/2019</i> <i>Target</i>	 100%

5.1.3 Avvio ambulatorio Pavimento Pelvico a Borgotaro
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero visite effettuate		10,00	25,00	 100%

5.1.4 Riorganizzazione attività ostetrica/ginecologica a Borgotaro

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Sì	Sì	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

6 U.O. Otorinolaringoiatria

Peso: 2



100%

6.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 2



100%

6.1.1 Attivazione ambulatorio rinologia con citologia nasale a Fidenza
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

7 **UU.OO. Chirurgia Fidenza e Borgotaro**

Peso: 9



93%

7.1 **AREA DELLA PRODUZIONE**

Peso: 6



100%

7.1.1 Avvio attività di chirurgia delle varici degli arti inferiori con tecnica laser
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero interventi eseguiti		5,00	6,00	 100%

7.1.2 Avvio attività di chirurgia ambulatoriale delle ernie inguinali
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero interventi eseguiti		5,00	15,00 <i>Dato ormaweb</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

7.1.3 Interventi di colecistectomia laparoscopica
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 2.2.3.11 DGR 830/17 - Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Rispetto del valore % stabilito a livello regionale	70,00%	70,00%	71,00% 70,27% H. Fidenza 72,97 H. Borgotaro	 100%

7.2 AREA QUALITA' ORGANIZZATIVA/SICUREZZA

Peso: 3



78%

7.2.1 Appropriatelyzza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 158
Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 158 (interventi su ano e stoma senza CC)

Peso: 3



78%

Piano Azioni: 2.2.3.10 DGR 830/17 - Appropriatelyzza - Dipartimento Chirurgico

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Riduzione - 5 % rispetto al valore 2017 Ospedale Borgotaro	76,00 <i>SISEPS dati 2017 aggiornati luglio 2018</i>	72,00	87,00 <i>Dato Siseps aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 79%
	Riduzione - 5 % rispetto al valore 2017 Ospedale Fidenza	74,00 <i>SISEPS dati aggiornati mese di luglio 2018</i>	70,00	86,00 <i>Dato Siseps aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 77%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

8 U.O. Urologia Fidenza

Peso: 2



100%

8.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 2



100%

8.1.1 Prosecuzione nell'ambito del PDTA interaziendale del tumore della prostata, incremento biopsie mirate con ecografo eco fusion in associazione alla RMN multi-parametrica

Peso: 2

Obiettivo incentivante (dirigenza)

100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero prestazioni eseguite		62,00	99,00 62 Sala Operatoria 37 Ambulatoriali	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

9 UU.OO. di Ortopedia di Fidenza e Bogotaro

Peso: 15



86%

9.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 5



97%

**9.1.1 Incremento attività di chirurgia mininvasiva
Obiettivo incentivante (dirigenza)**

Peso: 2



97%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Incremento almeno del 5% degli interventi rispetto all'anno 2017	224,00	236,00	230,00 90 H. Fidenza 140 H. Bogotaro	 97%

9.1.2 Rispetto della tempistica delle 48 ore per interventi di frattura di femore nei pazienti di età superiore a 65 anni

Peso: 3

Piano Azioni: 2.2.3.11 DGR 830/17 - Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Non inferiore al 70%	74,60%	70,00%	65,60% Dato Insider 9 mesi 2018 67,37% H. Fidenza 60% H. Bogotaro	

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

9.2 AREA CENTRALITA' DEL PAZIENTE

Peso: 2



50%

9.2.1 Governo dei tempi di attesa

Peso: 2



50%

Piano Azioni: 2.2.3.9 DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Tempi di attesa interventi Protesi anca (I.P >90%)		90,00%	91,10%	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Tempi di attesa intervento chirurgico per frattura tibia/perone		1,00	2,50	 0%

9.3 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 2



95%

9.3.1 Progetto follow up pazienti con protesi di anca metallo - metallo

Peso: 2



95%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Prosecuzione attività di DSA per controllo pazienti	98,00 <i>Anno 2017 In carico. Conclusi 98.</i>	98,00 <i>Valore 2017</i>	93,00 <i>Report anno CdG 93 in carico 93 conclusi</i>	 95%

9.4 AREA QUALITA' ORGANIZZATIVA/SICUREZZA

Peso: 6



86%

9.4.1 Appropriatelyzza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 503

Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 503 (interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione)

Peso: 3



88%

Piano Azioni: 2.2.3.10 DGR 830/17 - Appropriatelyzza - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Riduzione - 5 % rispetto al valore 2017 Ospedale Borgotaro	90,00	86,00	106,00 <i>Dato Siseps aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 77%
	Riduzione - 5 % rispetto al valore 2017 Ospedale Fidenza	78,00	75,00	61,00 <i>Dato Siseps aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

9.4.2

Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 538
Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 538 (escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC)

Peso: 3



84%

Piano Azioni: 2.2.3.10 DGR 830/17 - Appropriatezza - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Riduzione - 5 % rispetto al valore 2017 Ospedale Borgotaro	17,00	16,00	21,00 <i>Dato Siseps aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 69%
	Riduzione - 5 % rispetto al valore 2017 Ospedale Fidenza	44,00	42,00	41,00 <i>Dato Siseps aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

10	<u>U.O. Pediatria</u>	<i>Peso: 4</i>	 100%
10.1	<u>AREA QUALITA' ORGANIZZATIVA</u>	<i>Peso: 4</i>	 100%
10.1.1	Definizione di un percorso di P.O per la dimissione dei nati a Fidenza e residenti nel Distretto Valli Taro-Ceno Obiettivo incentivante (dirigenza)	<i>Peso: 2</i>	 100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Sì	Sì	 100%

10.1.2	Progetto per gestione del dolore in età pediatrica	<i>Peso: 2</i>	 100%
---------------	--	----------------	---

Piano Azioni: 5.7.2.1 Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - Formazione

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

11 **UU.OO. Anestesia e Rianimazione Fidenza e Borgotaro**

Peso: 8



100%

11.1 **AREA DELLA PRODUZIONE**

Peso: 4



100%

11.1.1 Consolidamento ambulatorio terapia antalgica extraospedaliera

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.1.1.4 Controllo del dolore

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	consolidamento attività		2.200,00	2.468,00	 100%

11.1.2 Riorganizzazione dell'accessibilità serale per visite ai pazienti ricoverati in Rianimazione

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

11.2 AREA ORGANIZZAZIONE

Peso: 4



100%

11.2.1 Riorganizzazione dell'attività anestesiológica di P.O Aziendale

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

11.2.2 Avvio percorso per attività di anestesia spinale - toracica nella chirurgia maggiore Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

2018



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

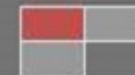
Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Medico del P.O. Aziendale

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Pedretti Giovanni

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura Dipartimento Medico del P.O. Aziendale
Tipo Struttura Centro di Responsabilità
Codice Struttura 1700
Responsabile Pedretti Giovanni
Validità 01/01/2018 - 31/12/2018



97%

OBIETTIVI

1 Tutte le U.O. Dipartimentali Peso: 26



92%

1.1 AREA DELL'ORGANIZZAZIONE Peso: 2



100%

1.1.1 Applicazione del regolamento sui Dipartimenti Ospedalieri nel nuovo assetto
Obiettivo incentivante (dirigenza) Peso: 1



100%

Piano Azioni: 2.1.1.2 Ridefinizione dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero secondo le nuove direttive

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Convocazione di almeno 6 Comitati di Dipartimento/anno		6,00	6,00	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.1.2 Revisione e predisposizione evidenze documentali in previsione procedura di rinnovo accreditamento

Peso: 1

Obiettivo incentivante (dirigenza)

100%

Piano Azioni: 2.1.1.3 Avvio dei processi di omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

1.2 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 9



76%

1.2.1 Gestione esami isto-citopatologici
Adozione della procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami isto-citopatologici in sicurezza e qualità (I semestre). Audit di verifica della funzionalità del percorso indicato dalla procedura (II semestre)

Peso: 1

Obiettivo incentivante (comparto)

100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Produzione, applicazione e audit della procedura aziendale a livello dipartimentale		Si	Si <i>Progetto completato.</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.2.2

Adesione al Prontuario Regionale

Adesione al Prontuario regionale ed al Prontuario AVEN nella continuità terapeutica: prescrizioni in dimissione e dopo visita specialistica

Peso: 2

Obiettivo incentivante (dirigenza)

100%

Piano Azioni: 5.4.1.19 DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale di adesione = 98% (N. prescrizioni aderenti al prontuario AVEN/N. prescrizioni verificate negli ambiti specifici)	98,00%	98,00%	99,00%	 100%

1.2.3

Corrette modalità di prescrizione dei farmaci per principio attivo

Nelle prescrizioni in dimissione e dopo visita specialistica va indicato, salvo casi particolari, il principio attivo

Peso: 2

Obiettivo incentivante (dirigenza)

100%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale prescrizione con principio attivo = 95% (N. prescrizioni per principio attivo/n. prescrizioni verificate negli ambiti specifici)	94,10%	95,00%	96,00%	 100%

1.2.4

Appropriatezza prescrittiva PPI

Prescrizione PPI in dimissione e dopo visita specialistica secondo i criteri della nota 1 e 48

Peso: 2

Obiettivo incentivante (dirigenza)

90%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale prescrizione PPI > 98% (N. prescrizioni PPI appropriate/n. prescrizioni PPI totali)	98,00%	98,00%	88,00%	 90%

1.2.5 **Eventi Formativi**
interventi formativi in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico ai fini dell'appropriatezza prescrittiva di molecole sotto osservazione regionale

Peso: 2



0%

Piano Azioni: 5.4.1.1 Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Eventi formativi sul campo		1,00	0,00 AMG	 0%

1.3 **AREA DELL'INNOVAZIONE DI PROCESSO E PRODOTTO**

Peso: 4



100%

1.3.1 **Avvio gestione informatizzata della terapia farmacologica in tutte le UU.OO.**
Somministrazione della terapia farmacologica con identificazione paziente/farmaco
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Completamento entro 31/12/2018		Si	Si	 100%

1.3.2 Sperimentazione progetto cartella clinica infermieristica informatizzata
Secondo cronogramma

Peso: 2

Obiettivo incentivante (comparto)



100%

Piano Azioni: 7.7.1.4 Cartella Clinica Elettronica - SEZIONE INFERMIERISTICA

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio sperimentazione entro il 2018 c/o tutte le UU.OO.		Progetto completato	Progetto completato	 100%

1.4 AREA DELL'AUTONOMIA ECONOMICO FINANZIARA

Peso: 7



100%

1.4.1 Mantenimento della produzione

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Mantenimento attività ambulatoriale rispetto all'anno 2017	91.355,00	91.355,00	91.230,00 <i>Report anno CdG</i>	 100%
	Mantenimento attività di ricovero ordinario rispetto all'anno 2017	3.944,00	3.944,00	3.963,00 <i>Report anno CdG</i>	 100%
	Mantenimento prestazioni diagnostiche (LABORATORIO) rispetto all'anno 2017	2.226.785,00	2.226.785,00	2.270.810,00 <i>Report anno CdG</i>	 100%
	Mantenimento prestazioni diagnostiche (RADIOLOGIA) rispetto all'anno 2017	96.034,00	96.034,00	97.750,00 <i>Report anno CdG</i>	 100%

1.4.2 Mantenimento spesa farmaci ai valori 2017 esclusi trattamenti per SM ed Epatite C

Peso: 3



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Mantenimento spesa farmaci anno 2017		1.934.451,20	1.925.846,80	 100%

1.4.3 Incremento erogazione diretta farmaci da parte del Servizio Farmaceutico in dimissione e dopo visita ambulatoriale

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	incremento erogazione diretta > 10% rispetto all'anno 2016 (DDD)	533.866,00	587.252,00	620.252,00	 100%

1.5 AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Peso: 2



100%

1.5.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza Miglioramento del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Rif.: Verbali OAS)		Si	Si	 100%

Pur in assenza dei verbali OAS ci sono state fornite le coordinate amministrative delle assegnazioni e delle valutazioni degli obiettivi

1.6 AREA DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.6.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 7.1.1.4 Integrità e Trasparenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza ed anticorruzione		Sì	Sì	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2 Tutte le UU.OO. di degenza

Peso: 20



95%

2.1 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 2



76%

2.1.1 Per le UU.OO Degenza Ordinaria interventi efficaci di igiene delle mani

Peso: 2



76%

Piano Azioni: 6.3.1.5 DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Litri di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza (St. 20 litri/1000 ggdeg)	10,00	20,00	15,25	 76%

2.2 AREA DELL'ORGANIZZAZIONE

Peso: 1



99%

2.2.1 Puntualità della compilazione informatica delle SDO

Peso: 1



99%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Piano Azioni: 7.3.1.8 Sviluppo competenze e formazione

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Inserimento delle SDO, di norma, entro il termine temporale mensilmente indicato		100,00	99,00 <i>Periodo gennaio-novembre</i>	 99%

2.3 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 2



74%

2.3.1 Governo dei tempi di attesa

Peso: 2



74%

Piano Azioni: 1.2.1.2 Miglioramento di accessibilità al sistema di prenotazione

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indice di performance dei TDA	Tempi di attesa I visita Neurologica (I.P.)		90,00	96,00 100% H. Fidenza 95% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa visita Neurologica (7gg) (I.P.)		90,00	86,00 100% H. Fidenza 75% H. Borgotaro	 60%
	Tempi di attesa I visita Pneumologica (I.P.)		90,00	100,00	 100%
	Tempi di attesa visita Pneumologica (7gg) (I.P.)		90,00	87,00 50% H. Fidenza 98% H. Borgotaro	 60%
	Tempi di attesa I visita Diabetologica (I.P.)		90,00	94,00 92% H. Fidenza 97% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa visita Diabetologica (7gg) (I.P.)		90,00	95,00 86% H. Fidenza 100% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa I visita Cardiologica (I.P.)		90,00	92,00 92% H. Fidenza 90% H. Borgotaro	 100%
	Tempi di attesa visita Cardiologica (7gg) (I.P.)		90,00	78,00 50% H. Fidenza 98% H. Borgotaro	 60%
	Tempi di attesa TAC torace-addome (7gg) (I.P.)		90,00	42,00 34% addome, 40% torace H. Fidenza 86% addome, 78% torace H. Borgotaro	 0%
	Tempi di attesa RMN (7gg) (I.P.)		90,00	73,00 73% muscolosch., 83% cerebrale, 75 colonna H. Fidenza (nessun addome) 56% muscolosch., 75% cerebrale, 70 colonna H. Borgotaro (nessun addome)	 60%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2.4 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 9



100%

2.4.1 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero

Peso: 3

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mantenimento % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età = 65anni Ospedale Borgotaro	1,91%	1,91% <i>Valore RER 3,34</i>	0,00% <i>Dato Insider al momento non disponibile</i>	
	Diminuzione % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età = 65anni Ospedale Fidenza	5,08%	3,34%	0,00% <i>Dato Insider al momento non disponibile</i>	
Indicatore generico volume attività da contenere	Mantenimento Indice Performance Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici Ospedale Borgotaro	-0,91	-0,91	0,00 <i>Dato Insider al momento non disponibile</i>	
	Diminuzione Indice Performance Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici Ospedale Fidenza	0,47	-0,52	0,00 <i>Dato Insider al momento non disponibile</i>	

2.4.2 Appropriately ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 088

Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva)

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 2.1.2.1 DGR 919/18 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Diminuzione - 5% Numero ricoveri in discipline per acuti con DRG 088 in regime ordinario	99,00 <i>SISEPS dati 2017 aggiornati mese luglio 2018</i>	94,00	51,00 <i>Dato Siseps aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 100%

2.4.3 **Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 429**
Mantenimento dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 429 (disturbi organici e ritardo mentale)

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 2.1.2.1 DGR 919/18 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Mantenimento numeri ricoveri in discipline per acuti con DRG 429 in regime ordinario	54,00 <i>SISEPS dati 2017 aggiornati luglio 2018</i>	54,00 <i>SISEPS dati 2017 aggiornati luglio 2018</i>	43,00 <i>Dato Siseps aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 100%

2.5 AREA DELL'INTEGRAZIONE

Peso: 6



100%

2.5.1 **Utilizzo della metodologia RISK-ER**
Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.2.4 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - presa in carico della fragilità

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Individuazione Medico referente di interfaccia con i DCP e MMG referenti RISK-ER		Si	Si	 100%

2.5.2 Implementazione percorsi facilitati prescrizione ausili protesici in dimissione

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.1.4 DGR 830/17 - Assistenza protesica - Appropriately prescrittiva

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Avvio prescrizione diretta da reparto di ausili protesici a Ufficio Protesica		Si	Si	 100%

2.5.3 Avvio utilizzo Scala di valutazione BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Avvio utilizzo		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3 U.O.C. Cure Palliative Fidenza e Borgotaro

Peso: 6



100%

3.1 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 6



100%

3.1.1 Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici elaborate dal gruppo GReFO

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.14 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci Oncologici e Terapie Antitumorali

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adesione alle raccomandazioni regionali		Si	Si	 100%

3.1.2 Prosecuzione nell'attività di monitoraggio intensivo dei farmaci sottoposti a registro AIFA anche ai fini del recupero economico tramite le procedure di rimborso

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.3 Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Monitoraggio registri AIFA		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4 U.O.C. Medicina Interna Fidenza

Peso: 15



100%

4.1 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 12



100%

4.1.1 Ambulatori diabetologici: adesione alle raccomandazioni regionali farmaci incretinomimetici e glifozine

Adesione alle raccomandazioni regionali farmaci incretinomimetici e glifozine per i pazienti affetti da diabete di tipo 2 e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel documento del PTR n. 172 e suoi aggiornamenti

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.10 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adesione alle raccomandazioni regionali		Si	Si	 100%

4.1.2 Ambulatorio di Pneumologia: prescrizione appropriata dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.10 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Prescrizione appropriata farmaci		Si	Si	 100%

4.1.3 Centri accreditati terapia anticoagulante: Adesione alle raccomandazioni Regionali sulla prescrizione dei farmaci anticoagulanti **Peso: 3**
NAO

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Piano Azioni: 5.4.1.11 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	% prescrizioni farmaci a minor costo sul totale delle prescrizioni		78,52% <i>Dato Insider RER 9 mesi</i>	79,49% <i>Dato Insider 9 mesi a livello di Provincia</i>	
Indicatore generico volume attività da contenere	La quota di pazienti che passano da AVK a NAO diminuita del 50% rispetto al 2017		39,00	0,00 <i>Dato Insider al momento non disponibile</i>	

4.1.4 Ambulatorio di Epatologia: strategia terapeutica per il trattamento dell'epatite C cronica **Peso: 3**
La strategia terapeutica per i nuovi trattamenti (e i ritrattamenti) dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale privilegiando quelli che presentano il miglior rapporto costo/opportunità

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Piano Azioni: 5.4.1.15 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Epatite C -



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adesione ai criteri gruppo regionale		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4.2 AREA DELL'AUTONOMIA ECONOMICO FINANZIARA

Peso: 3



100%

4.2.1 UOS Nutrizione Artificiale: Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa

Azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa relativa al Service

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.6.2.1 Mantenimento giornate e livelli di spese

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Riduzione spesa anno 2017	1.445.217,00 <i>Consuntivo bilancio d'esercizio anno 2017</i>	1.445.217,00	1.346.242,00 <i>Dato al 22/02/2019</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5	<u>U.O.C. Neurologia</u>	<i>Peso: 16</i>		99%
5.1	<u>AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI</u>	<i>Peso: 6</i>		100%
5.1.1	Sviluppo percorso stroke <i>Revisione PDTA</i> Obiettivo incentivante (dirigenza)	<i>Peso: 2</i>		100%

Piano Azioni: 3.2.1.2 Sviluppo del Polo Neurologico Interaziendale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Revisione PDTA/ evidenza documentale		Sì	Sì	 100%

5.1.2	Implementazione ed applicazione del progetto Centro neurologico per la SLA Obiettivo incentivante (dirigenza)	<i>Peso: 2</i>		100%
--------------	---	----------------	---	------

Piano Azioni: 2.2.2.4 Dipartimento Medico - Centro Neurologico per la SLA

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero pazienti in carico		7,00	8,00	 100%
	Numero incontri collegiali multidisciplinari multiprofessionali		9,00	10,00	 100%

5.1.3 Prosecuzione nell'attività di monitoraggio intensivo dei farmaci sottoposti a registro AIFA anche ai fini del recupero economico tramite le procedure di rimborso Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.3 Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Sì	Sì	 100%

5.2 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 6



100%

5.2.1 **Appropriatezza prescrizione farmaci specialistici - malattia di Parkinson**
Adesione alle Linee Guida Terapeutiche e Regionali. Linee Guida Terapeutiche del PTR: Farmaci per la cura della malattia di Parkinson; formulazione PT. - Monitoraggio prescrizioni e verifica dei PT

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.16 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Emofilia A e B - Farmaci Neurologici

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adesione alle raccomandazioni regionali		Si	Si	 100%

5.3 AREA DELL'AUTONOMIA ECONOMICO FINANZIARA

Peso: 4



98%

5.3.1 Contenimento spesa farmaceutica per trattamento SM(farmaci fascia A e H Osp)

Peso: 2



96%

Piano Azioni: 5.4.1.16 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Emofilia A e B - Farmaci Neurologici

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Mantenimento valore economico anno 2017		2.530.293,80	2.634.227,20 + 4,1% AMG	 96%

5.3.2 Audit appropriatezza immunoglobuline aspecifiche *Analisi casi clinici e richieste NOP per usi off label*

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.6 Tracciabilità eccezioni prescrittive

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

6 U.O.C. Medicina Interna Borgotaro

Peso: 4



100%

6.1 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 4

6.1.1 Realizzazione del progetto di gestione del punto di PPIO

Peso: 2

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Piano Azioni: 5.3.1.4 Punto di Primo Intervento Ospedale di Borgotaro

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Avvio attività al punto di PPIO			0,00 <i>L'organico risulta attualmente insufficiente per la presa in carico delle attività di supporto all'emergenza-urgenza territoriale.</i>	

6.1.2 Avvio del progetto di riabilitazione pneumologica

Peso: 2

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Avvio attività			0,00 <i>L'effettivo avvio è subordinato all'attivazione inter-aziendale del percorso e alla selezione, da parte della Clinica Pneumologica di Azienda Ospedaliero-Universitaria, dei primi pazienti con caratteristiche compatibili.</i>	

6.2 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 2



100%

6.2.1 Ambulatorio dello scompenso cardiaco: Trattamento insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan) *Adesione alle raccomandazioni d'uso (PT AIFA) nella prescrizione di: sacubitril+valsartan per il trattamento in pazienti adulti dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica con ridotta frazione di eiezione*

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.12 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Presenza in carico nuovi pazienti anno 2018 (nr. max)		5,00	5,00 <i>Di cui 2 nuovi</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

7 U.O.C. Cardiologia/UTIC Fidenza

Peso: 6



100%

7.1 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 4



100%

7.1.1 Coronarografie in service

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero esami eseguiti		20,00	24,00	 100%

7.1.2 Attivazione Day Service
Attivazione Day Service Ipertensione arteriosa e Aritmologico/Sincope
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	N. attivazioni Day Service Ipertensione arteriosa		1,00	1,00	 100%
	N. attivazioni Day Service Aritmologico/Sincope		30,00	30,00 <i>Solo DS Aritmologico</i>	 100%

7.2 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 2



100%

7.2.1 Ambulatorio dello scompenso cardiaco: Trattamento insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan)

Adesione alle raccomandazioni d'uso (PT AIFA) nella prescrizione di: sacubitril+valsartan per il trattamento in pazienti adulti dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica con ridotta frazione di eiezione

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.12 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Presenza in carico nuovi pazienti anno 2018 (nr. max)		20,00	15,00 <i>15 nuovi pazienti 6 già in carico</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

8 U.O.S. Patologia Clinica Fidenza e Borgotaro

Peso: 2



100%

8.1 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 2



100%

8.1.1 Sorveglianza epidemiologica infezioni nosocomiali ed antibiotico resistenze
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 6.3.2.4 DGR 919 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero report inviati alle UU.OO.		20,00	30,00	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

9 U.O.C. Radiodiagnostica Fidenza

Peso: 4



100%

9.1 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 4



100%

9.1.1 Avvio Sezione Radiologia d'Urgenza

Peso: 2

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Report attività/Prestazioni			0,00 <i>Avvio attività prevista a completamento lavori strutturali e installazione nuova TAC</i>	

**9.1.2 Avvio Cardio-RM
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)**

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Report attività/Prestazioni		100,00	117,00 <i>Prestaz. 88.92.3, 88.92.4, 88.92.5</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

10 **U.O.C. Radiologia Borgotaro**

Peso: 2



100%

10.1 **AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI**

Peso: 2



100%

10.1.1 Attivazione nuovi protocolli RM UPGRADE AVANTO FIT
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

2018



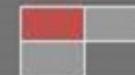
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale
Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Dr. Gianfranco Cervellin
Responsabile Ausl Dr. G Gianni Rastelli

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura	Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale
Tipo Struttura	Centro di Responsabilità
Codice Struttura	1800DEU
Responsabile	Cervellin Gianfranco - Responsabile Ausl Dr. Rastelli Gianni
Validità	01/01/2018 - 31/12/2018



99%

OBIETTIVI

1 Tutte le U.O. Dipartimentali Peso: 75



99%

1.1 AREA DELL'ORGANIZZAZIONE Peso: 14



100%

1.1.1 Adesione al regolamento del nuovo Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza Peso: 7
Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 2.1.1.2 Ridefinizione dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero secondo le nuove direttive

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Condivisione di strumenti operativi in ambito dipartimentale - evidenza documentale		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.1.2 Revisione e predisposizione evidenze documentali in previsione procedura di rinnovo accreditamento

Peso: 7

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 2.1.1.3 Avvio dei processi di omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

1.2 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 40



99%

1.2.1 Adesione al Prontuario Regionale
Adesione al Prontuario regionale ed al Prontuario AVEN nella continuità terapeutica: prescrizioni in dimissione

Peso: 10

Obiettivo incentivante (dirigenza)



99%

Piano Azioni: 5.4.1.19 DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale di adesione = 98% (N. prescrizioni aderenti al prontuario AVEN/N. prescrizioni verificate negli ambiti specifici)	98,00%	98,00%	97,00%	 99%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.2.2 Corrette modalità di prescrizione dei farmaci per principio attivo
Nelle prescrizioni in dimissione va indicato, salvo casi particolari, il principio attivo
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 10



97%

Piano Azioni: 5.4.1.19 DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale prescrizione con principio attivo = 95% (N. prescrizioni per principio attivo/n. prescrizioni verificate negli ambiti specifici)	94,10%	95,00%	92,00%	 97%

1.2.3 Avvio gestione informatizzata della terapia farmacologica in MURG
Somministrazione della terapia farmacologica con identificazione paziente/farmaco

Peso: 10



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Completamento entro 31/12/2018		Progetto completato	Progetto completato	 100%

1.2.4 Sperimentazione progetto cartella clinica infermieristica informatizzata
Secondo cronogramma

Peso: 10



100%

Piano Azioni: 7.7.1.4 Cartella Clinica Elettronica - SEZIONE INFERMIERISTICA

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio sperimentazione entro il 2018 c/o tutte le UU.OO.		Progetto completato	Progetto completato	 100%

1.3 AREA DELL'AUTONOMIA ECONOMICO FINANZIARA

Peso: 11



96%

1.3.1 Mantenimento della produzione

Peso: 5



99%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Mantenimento attività ambulatoriale rispetto all'anno 2017		Stima 59.000,00	Report anno CdG 60.237,00	 100%
	Mantenimento attività di ricovero ordinario rispetto all'anno 2017		Stima 550,00	Report anno CdG 541,00	 98%

1.3.2 Mantenimento spesa farmaci ai valori 2017

Peso: 3



86%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Mantenimento spesa farmaci anno 2017		126.752,00	143.919,00	 86%

1.3.3 Incremento erogazione diretta farmaci da parte del Servizio Farmaceutico in dimissione
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 3



99%

Piano Azioni: 5.4.1.4 Sviluppo organizzativo

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	incremento erogazione diretta > 10% rispetto all'anno 2017 (DDD)	67.838,00	74.621,00	75.695,00	 99%

1.4 AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Peso: 5



100%

1.4.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza
 Miglioramento del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale

Peso: 5



100%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Rif.: Verbali OAS)		Si	Si <i>Pur in assenza dei verbali OAS ci sono state fornite le coordinate amministrative delle assegnazioni e delle valutazioni degli obiettivi</i>	 100%

1.5 AREA DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Peso: 5



100%

1.5.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione

Peso: 5



100%

Piano Azioni: 7.1.1.4 Integrità e Trasparenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza ed anticorruzione		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2 Tutte le UU.OO. di degenza

Peso: 15



98%

2.1 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 5



95%

2.1.1 Per le UU.OO Degenza Ordinaria interventi efficaci di igiene delle mani

Peso: 5



95%

Piano Azioni: 6.3.1.5 DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Litri di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza (St. 20 litri/1000 ggdeg)	0,01	0,02	0,02	 95%

2.2 AREA DELL'ORGANIZZAZIONE

Peso: 10



100%

2.2.1 Puntualità della compilazione informatica delle SDO

Peso: 10



100%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Inserimento delle SDO, di norma, entro il termine temporale mensilmente indicato		100,00%	100,00% <i>Periodo gennaio-novembre</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3 U.O.C. Pronto Soccorso

Peso: 5



100%

3.1 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 5



100%

3.1.1 Implementazione e adeguamento del documento di gestione dei picchi di afflusso in Pronto Soccorso
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 5



100%

Piano Azioni: 2.2.1.2 DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera - Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza - Gestione dei picchi di accesso al Pronto Soccorso

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si <i>Redatto documento e presentato</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4 U.O.S.D. PPIO Borgotaro

Peso: 5



100%

4.1 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 5



100%

4.1.1 Realizzazione del progetto di riorganizzazione del punto di PPIO
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 5



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Avvio attività al punto di PPIO		20,00	38,00	 100%

2018



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

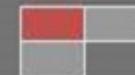
Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Cure Primarie Parma

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Balestrino Antonio

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura Dipartimento Cure Primarie Parma
Tipo Struttura Centro di Responsabilità
Codice Struttura 4250
Responsabile Balestrino Antonio
Validità 01/01/2018 - 31/12/2018



90%

OBIETTIVI

1 **Assistenza Specialistica Ambulatoriale** Peso: 17
Garantire gli standard dei tempi di attesa, migliorare l'accesso dei pazienti ai servizi di Assistenza Specialistica e l'appropriatezza nella prescrizione di prestazioni critiche



74%

1.1 **Performance dell'Utente: Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni** Peso: 13
Garantire le performance per i tempi di attesa a monitoraggio nazionale e locale ex DGR 1056/2015 e DGR 1003/2016



71%

1.1.1 **Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, prestazioni programmabili** Peso: 4
Si specifica che il 90% di target (prenotazioni entro lo standard uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni) debba essere raggiunto per tutte le singole prestazioni a monitoraggio. Viene riportata anche la media complessiva delle performance per evidenziare il valore centrale del fenomeno



75%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico numerico in base a fascia	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni sia fissato a 30 gg. per le prime visite e a 60 gg. per gli esami strumentali	0,00	0,00	2,00	 50%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indice di performance dei TDA	Indice di performance di bacino complessivo per le prestazioni a monitoraggio, prestazioni programmabili	99,10	90,00	97,00	 100%

1.1.2 Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, urgenze differibili

Si specifica che il 90% di target (prenotazioni entro lo standard uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni) debba essere raggiunto per tutte le singole prestazioni a monitoraggio. Viene riportata anche la media complessiva delle performance per evidenziare il valore centrale del fenomeno

Peso: 4



30%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico numerico in base a fascia	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni debba essere garantito entro 7 giorni. Livello provinciale	23,00	0,00	27,00	 0%
	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni debba essere garantito entro 7 giorni. Livello distrettuale	22,00	0,00	32,00	
Indice di performance dei TDA	Indice di performance a livello provinciale per le prestazioni a monitoraggio, urgenze differibili	90,00	90,00	82,00	 60%

1.1.3 Allineamento dell'offerta delle prestazioni individuate dalla RER tra canali tradizionali (CUP) e canali informatici (CUBWEB)

Oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, messa a regime di sistema di prenotazione on line per almeno i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) delle visite e prestazioni di diagnostica strumentale

Peso: 2



100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili con CUPWEB rispetto quelle disponibili a CUP		80,00%	80,00%	 100%

- 1.1.4 Prescrizioni e prenotazione dei controlli per i pazienti cronici e/o soggetti a visita controllo; ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente e appropriatezza prescrittiva delle visite di controllo
L'obiettivo è aumentare le prescrizioni del medico specialista per le cronicità e favorire le ri-prenotazioni interne da parte della struttura erogante le visite di controllo, quota parte di visite di controllo che sono in tipo coda D (a disposizione solo per la struttura erogante)

Peso: 3



99%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista	228.033,00	228.033,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	222.787,00	 98%
	Numero di visite di controllo prescritte dal medico specialista	60.683,00	60.683,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	60.385,00	 100%
	Riprenotazione interna da parte della struttura erogante dei controlli. Numero di prenotazioni riservate	159.471,00	159.471,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	225.248,00	 100%

- 1.2 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva rispetto delle prestazioni ex DGR 704/12

Peso: 4



86%

- 1.2.1 Monitoraggio applicazione indicazioni DGR 704/12 e RM muscolo-scheletriche per pop. >= 65
Data la rilevanza delle prestazioni oggetto di monitoraggio si ripropone l'obiettivo con l'intendimento di raggiungere risultati migliori dell'anno 2017 (Nota: obiettivo in fase di valutazione)

Peso: 4



86%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo Motore Semantico, Reportistica fornita da RIT, per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva	Si	Si	Si	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	RM osteoarticolare, indice consumo standardizzato	37,39	37,39	42,87	 85%
	TAC osteoarticolare, indice consumo standardizzato	3,42	3,42	4,73	 62%
	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	17,45	17,45	17,90	 97%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2**Servizi ICT**

Monitoraggio dei servizi ICT. Attraverso il monitoraggio dovranno essere presidiate le funzioni per portare a regime il sistema e tendere al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione

Peso: 8



100%

2.1**Performance dei Processi Interni: Area dell'Organizzazione**

Obiettivi di pieno utilizzo delle tecnologie ICT a vantaggio del paziente e del cittadino

Peso: 4



100%

2.1.1**Fascicoli elettronici attivati**

Incremento fascicoli elettronici attivati anche attraverso l'estensione dei punti di attivazione e l'utilizzo da parte dei MMG della Cartella SSI

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero postazioni attivate	14,00		15,00	
Indicatore generico percentuale in crescita	Fascicoli elettronici attivati sul totale della popolazione (nota: valore target calcolato per singolo distretto)	10,52%	15,00%	15,23%	 100%

2.1.2**Utilizzo della Cartella SSI da parte dei MMG**

Promozione e sostegno della diffusione dell'utilizzo della Cartella SSI in uso ai MMG

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.1.5 DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale attivazioni Cartella SSI sul totale dei MMG		27,14%	27,14% <i>Valore provvisorio</i>	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Numero di abbandoni su totale installazioni Cartella SSI	2,00	0,00	0,00 <i>Valore provvisorio</i>	 100%

2.2 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Utilizzo di software ad hoc per la gestione integrata delle patologie croniche

Peso: 4

2.2.1 Attivazione del software Arianna Percorsi in CdS media/alta complessità su almeno due percorsi (a livello distrettuale)

Peso: 4

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del software Arianna Percorsi per la gestione di due patologie croniche		Progetto completato	Progetto avviato <i>Non si procede alla valutazione dell'obiettivo in quanto sono state oggettivate criticità di ordine tecnico per la realizzazione del progetto</i>	

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3 **Assistenza farmaceutica Territoriale**

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso incremento utilizzo farmaci equivalenti, monitoraggio prescrizioni, mantenimento percorso distribuzione per conto, incremento livelli erogazione diretta farmaci

Peso: 32



93%

3.1 **Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria**

Farmaceutica convenzionata

Peso: 14



90%

3.1.1 **Contenimento spesa farmaceutica**

Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica

Peso: 7

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in base a fascia	Spesa farmaceutica netta annuale distretto	21.744.425,00	21.169.512,00	21.354.954,17	 100%

3.1.2 **Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso monitoraggio prescrizioni, incremento utilizzo farmaci equivalenti, appropriatezza prescrittiva

Peso: 7



80%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	PPI	52,67	46,00	54,30	 82%
	Antidepressivi (SSRI)	38,20	32,68	39,29	 80%
	Fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni		1,40	1,70	 79%

3.2 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione *Farmaci equivalenti*

Peso: 3



98%

3.2.1 Utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee *Incremento utilizzo farmaci equivalenti attraverso azioni di informazione ed aggiornamento a tutti i medici prescrittori e cittadini*

Peso: 3



98%

Piano Azioni: 5.4.1.1 Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto (DDD)	82,90%	88,00%	86,00%	 98%

3.3 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria *Distribuzione per conto*

Peso: 3



100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.3.1 Consolidamento percorso distribuzione per conto
Attuazione Accordo locale DPC

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.18 DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero confezioni distribuite	74.971,00	77.027,00	84.671,00	 100%

3.4 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Distribuzione diretta

Peso: 4



100%

3.4.1 Rete della distribuzione diretta
Potenziamento della rete distribuzione diretta per favorire l'appropriatezza delle prescrizioni nella continuità ospedale-territorio. Mantenimento del valore dell'erogazione diretta dell'anno 2017.

Peso: 4



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore per mantenimento valore	Valore distribuzione diretta farmaci	8.516.582,00	7.885.032,08	8.140.693,97	 100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.5 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria
Monitoraggio erogazione diretta in CRA e ADI

Peso: 4



87%

3.5.1 Erogazione diretta in CRA (comprende tutti i posti letto autorizzati) farmaci fascia A
Contenimento dei costi

Peso: 1



95%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per posto letto, valore calcolato su 856 posti letto autorizzati	279,95	279,95	293,06	 95%

3.5.2 Erogazione effettuata in CRA per categoria terapeutica a maggior impatto

Peso: 2



83%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Antibatterici uso sistemico per posto letto autorizzato	14,03	14,03	18,78	 66%
	PPI per posto letto autorizzato	163,26	163,26	161,50	 100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.5.3 Erogazione diretta farmaci fascia C in ADI

Peso: 1



85%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa complessiva farmaci Fascia C erogati in ADI	14.130,48	14.130,48	16.114,68	 86%
	Spesa per paziente farmaci Fascia C erogati in ADI	3,58	3,58	4,14	 84%

3.6 Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Monitoraggio erogazione diretta in CRA

Peso: 2



100%

3.6.1 Obiettivo di deprescrizione di particolari classi di farmaci nella popolazione anziana in CRA (PPI e Antipsicotici atipici)
Si raccomanda ai Professionisti clinici un corretto approccio prescrittivo nell'anziano, anche attraverso l'utilizzo dell'algoritmo predisposto all'uso da Azienda USL di Parma e da Thomas Jefferson University (TJU)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis agli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la de prescrizione dei PPI (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis agli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la de prescrizione degli Antipsicotici Atipici (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.7 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria
Ossigeno liquido

Peso: 2



90%

3.7.1 Monitoraggio spesa per ossigeno liquido

Peso: 2



90%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Riduzione spesa per Ossigeno Liquido	291.114,90	291.114,90	320.562,92	 90%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4 **Assistenza Protesica e Integrativa**

Monitoraggio dei costi e dei processi relativi all'Assistenza Protesica e Integrativa

Peso: 14



91%

4.1 **Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria**

Assistenza protesica da autorizzazioni, con dettaglio su Protesi Acustiche, Ossigenoterapia, Nutrizione Artificiale, Ausili per Diabetici

Peso: 14



91%

4.1.1 **Monitoraggio spesa e processo di erogazione dell'Assistenza Protesica da Autorizzazioni**

Monitoraggio costi Assistenza Protesica da autorizzazioni con dettaglio su Protesi Acustiche; ci si aspetta una riduzione del 5% nel costo della spesa per Assistenza Protesica da autorizzazioni e del 10% nel costo delle Protesi Acustiche, rispetto all'anno 2017. Introduzione nuovo flusso organizzativo per la Prescrizione in Dimissione

Peso: 5



91%

Piano Azioni: 1.1.1.4 DGR 830/17 - Assistenza protesica - Appropriately prescrittiva

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Costo spesa per assistenza protesica al netto delle manutenzioni e trasporto	3.098.636,20	2.943.704,40	3.422.947,09	 84%
	Costo complessivo per protesi acustiche	422.654,29	380.388,86	438.576,78	 85%
	Costo per rinnovi di protesi acustiche	203.097,21	182.787,49	205.443,46	 88%
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Implementazione di percorsi facilitati prescrizione Ausili Protesici in Dimissione		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Utilizzo nuovo software per Assistenza Protesica e monitoraggio della gestione del magazzino per ausili riciclabili		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4.1.2 **Ossigenoterapia Domiciliare**
Riduzione della spesa per Ossigenoterapia Domiciliare e applicazione protocollo per le Apnee Notturne (OSAS)

Peso: 3



94%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa ossigenoterapia domiciliare	1.029.589,00	1.029.589,00	1.089.943,09	 94%
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Applicazione Protocollo per Apnee Notturne		Progetto completato	Progetto non avviato <i>Il progetto non è stato avviato; il Protocollo verrà adottato nel corso dell'anno 2019</i>	

4.1.3 **Nutrizione Artificiale**
Riduzione della spesa per Nutrizione Artificiale

Peso: 3



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per NAD	696.371,63	696.371,63	617.386,57	 100%

4.1.4 **Spesa per materiale per Assistenza Diabetici**
Contenimento della spesa per materiale per Assistenza Diabetici

Peso: 3



79%

Scheda di budget DCP Parma 2018
Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per materiale per Assistenza Diabetici	738.905,00	738.905,00	897.336,33	 79%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5 Obiettivi di Sistema delle Cure Primarie

Peso: 29



92%

5.1 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione *Aspetto organizzativo delle Case della Salute*

Peso: 3



99%

5.1.1 Recepimento tratti principali DGR 2128/16 in tema di Organizzazione CdS *Attenzione agli aspetti organizzativi di strutturazione evolutiva delle CdS*

Peso: 3



99%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Piano Azioni: 1.1.2.2 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio Board CdS per tutte le 3 CdS Medie/Alte		Progetto completato	Progetto completato	 100%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Coinvolgimento Professionisti del NCP nelle CdS		Sì	Sì	 100%
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale popolazione assistita da MMG operante in CdS	20,40%	20,40% <i>Valore atteso in aumento</i>	19,80%	 97%

5.2 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione *Dimissioni con attivazione ADI*

Peso: 2



80%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.2.1 **Potenziamento continuità assistenziale ospedale-territorio**
Modello organizzativo della dimissione protetta tramite protocolli condivisi ospedale-territorio

Peso: 3



80%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale presa in carico con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/ totale dimissioni a 30 giorni	32,30%	50,00%	30,30% <i>Valore ai nove mesi dell'anno 2018</i>	 61%
	Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI		1,80%	2,98% <i>Valore ai nove mesi dell'anno 2018</i>	 100%

5.3 **Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione**
Appropriatezza ricoveri in Hospice e nelle Cure Intermedie

Peso: 4



83%

5.3.1 **Appropriatezza dei ricoveri in Hospice**
Monitoraggio principali indicatori di valutazione dei ricoveri in Hospice

Peso: 3



83%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	28,40%	25,00%	27,00%	 92%
	Percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero <= 7 giorni	28,00%	20,00%	25,20%	 74%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.3.2 **Appropriatezza ricoveri nelle Cure Intermedie** Peso: 0
Al momento Obiettivo non valutabile in quanto la struttura assistenziale di cure intermedie di Colorno non è, per ora, identificata dalla Regione Emilia Romagna come Ospedale di Comunità. Le informazioni relative ai dati di attività non vengono, quindi, recepite dalla banca dati regionale.

Piano Azioni: 1.1.3.2 DGR 830/17 - Ospedali di Comunità

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Degenza media				
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mortalità entro 72 ore dall'ingresso				

5.4 **Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione** Peso: 3
Presa in carico della cronicità



100%

5.4.1 **Utilizzo della metodologia RISK-ER** Peso: 3
Si attende una proattività da parte dei DCP in sinergia con i MMG nella diffusione del fondamentale strumento RISK-ER per incardinare la Medicina di Iniziativa nelle Case della Salute



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Piano Azioni: 1.1.2.4 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - presa in carico della fragilità

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero piani assistenziali rivalutati e attivati			50,00	
	Numero di prese in carico in relazione alle tipologie dei bisogni espressi (Ambulatori Cronicità, Servizi Specialistici Aziendali, Assistenza Domiciliare, Sociale)				
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo Report Pazienti a Rischio di Ospedalizzazione da parte della CdS, MMG e Professionisti		Sì	Sì	 100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.5 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria Peso: 2
Sistema di controlli sui contratti attivati dai Medici di Medicina Generale negli ambiti Assistenza Domiciliare, Residenziale e Gestione Integrata Diabete

5.5.1 **Controlli contratti Gestione Integrata Diabete Medici di Medicina Generale** Peso: 2
Verifica aderenza alla checklist del protocollo Gestione Integrata Diabete

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Valorizzazione economica delle non conformità				

5.6 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione Peso: 7
Gestione Integrata delle Patologie Croniche



91%

5.6.1 **Consolidamento degli Ambulatori Infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche** Peso: 2
In particolare diabete mellito tipo 2, BPCO, Scopenso Cardiaco e IRC, anche attraverso strutturazione interfacce ospedaliere pubbliche e private coinvolte

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)



98%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Attivazione di due percorsi nelle CdS medie/alte		Progetto completato	Progetto completato	 100%
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero prestazioni svolte negli Ambulatori Infermieristici per la gestione della cronicità	24.189,00	24.189,00	23.442,00	 97%
	Numero pazienti in carico (dato che diverrà disponibile solo attraverso il pieno utilizzo della procedura informatica)				

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.6.2 Impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del questionario ACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Adozione del questionario PACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%

5.6.3 Appropriatelyzza ricoveri potenzialmente inappropriati con DGR 088

Il miglioramento della presa in carico del paziente con BPCO, passa attraverso la Gestione Integrata e l'aderenza alle procedure organizzative adottate. Il processo deve riflettersi in una diminuzione dei ricoveri con DRG 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva)

Peso: 2



75%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio della Gestione Integrata della BPCO in almeno una CdS		Progetto completato	Progetto avviato	 50%
	Aderenza ai percorsi organizzativi sviluppati per la BPCO		Progetto completato	Progetto avviato	 50%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri DRG 088	220,00	209,00 <i>Dato di produzione provinciale, esclusa AOU PR</i>	128,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 088	228,00	217,00	161,00	 100%

5.6.4

Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 429

Si evidenzia un numero elevato di ricoveri con DRG 429 (Disturbi Organici e Ritardo Mentale). Una adeguata presa in carico territoriale dovrebbe portare alla riduzione dei ricoveri in ambito ospedaliero

Peso: 1



90%

Piano Azioni: 1.1.4.4 Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri DRG 429	89,00	85,00 <i>Dato di produzione provinciale, esclusa AOU PR</i>	73,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 429	93,00	88,00	106,00	 80%

5.7

Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Gestione della Sicurezza e del Rischio Clinico (Nota: obiettivi in fase di valutazione/ridefinizione da parte del Responsabile Aziendale del Governo Clinico)

Peso: 2



100%

5.7.1

Gestione esami isto-citopatologici

Adozione della procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami isto-citopatologici in sicurezza e qualità (I semestre). Audit di verifica della funzionalità del percorso indicato dalla procedura (II semestre)

Peso: 2



100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Produzione e applicazione e audit della procedura aziendale a livello dipartimentale		Progetto completato	Progetto completato	 100%

5.8 Performance dell'utente: Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Monitoraggio accessibilità ambulatori MMG congiunto alle evidenze di Reportistica e di Tassi di Utilizzo del P.S.

Peso: 2



100%

5.8.1 Miglioramento dell'utilizzo del P.S. anche attraverso una piena accessibilità degli ambulatori MMG
Accessibilità ambulatori MMG finalizzata al miglioramento dell'utilizzo del P.S.

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Indice di consumo standardizzato di codici bianchi in P.S.	17,52	17,52	15,74	 100%
	Indice di consumo standardizzato di codici verdi in P.S.	230,85	230,85	225,16	 100%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo reportistica trimestrale MMG-P.S.	Si	Si	Si	 100%

5.9 Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo: Area dello sviluppo organizzativo
Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza, attraverso una tempestiva assegnazione e valutazione degli obiettivi assegnati

Peso: 2



100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.9.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Nota: Verbali OAS)		Si	Si	 100%

5.10 Performance dei Processi Interni: Area dell'Anticorruzione e della trasparenza

Attuazione degli adempimenti rispetto alla normativa relativa alla Trasparenza Amministrativa e alla prevenzione della Corruzione (L. 190/2012; DLgs. 33/2013)

Peso: 1



100%

5.10.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione

Peso: 1



100%

Piano Azioni: 7.1.1.3 Integrità e Trasparenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione	Si	Si	Si	 100%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.11 Performance dei Processi Interni: Area dell'Organizzazione
Dati inviati dai DCP aziendali al Dipartimento Valutazione e Controllo per il completamento della reportistica afferente i DCP

Peso: 1



70%

5.11.1 Qualità dei ritorni informativi da parte dei DCP al Dipartimento Valutazione e Controllo

Peso: 1



70%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Invio tempestivo e intellegibile dei dati per la predisposizione di reportistica DCP (Report Microinfusori, Cruscotto CdS, etc.)		Sì	Sì <i>Criticità nelle restituzioni informative relative ai microinfusori di insulina erogati</i>	 70%

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

6 Sanità Penitenziaria Peso: 0
In questa sezione vengono riportati indicatori di natura osservazionale relativi ad alcuni aspetti economici ed organizzativi della Sanità Penitenziaria

6.1 Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo: Area dello sviluppo organizzativo Peso: 0

6.1.1 Riorganizzazione Personale Medico e Infermieristico Peso: 0
Applicazione procedura definita per la riorganizzazione del Personale Medico e Infermieristico

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)



100%

Piano Azioni: 5.9.1.2 DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Applicazione procedura processo di riorganizzazione		Progetto completato	Progetto completato	 100%

6.2 Performance della Sostenibilità: Area economico-finanziaria Peso: 0

6.2.1 Mantenimento costi per Personale Dipendente e Convenzionato Peso: 0

Piano Azioni: 7.6.1.6 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario relativamente ai costi del personale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Costo per Personale Dipendente	1.418.738,00	1.418.738,00		
	Costo per Personale Convenzionato	1.149.689,00	1.149.689,00		
	Costo per Personale Interinale e Contratti "Co.Co.Co."	425.636,00	425.636,00		
	Costo Complessivo per Personale	2.994.063,00	2.994.063,00		

6.3 Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico Peso: 0

Scheda di budget DCP Parma 2018

Verifica finale al 31/12/2018

6.3.1 Applicazione della procedura Gestione Clinica del Farmaco
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 0



100%

Piano Azioni: 5.4.1.3 Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Diffusione utilizzo tablet		Progetto completato	Progetto completato	 100%

6.4 Performance della Sostenibilità: Area economico-finanziaria

Peso: 0

6.4.1 Contenimento Spesa Farmaceutica

Peso: 0

Piano Azioni: 5.4.1.10 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa Farmaceutica	245.852,24	245.852,24		

2018



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

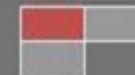
Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Cure Primarie Fidenza

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Celendo Maria Teresa

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura Dipartimento Cure Primarie Fidenza
Tipo Struttura Centro di Responsabilità
Codice Struttura 5250
Responsabile Celendo Maria Teresa
Validità 01/01/2018 - 31/12/2018



89%

OBIETTIVI

1 **Assistenza Specialistica Ambulatoriale** Peso: 17
Garantire gli standard dei tempi di attesa, migliorare l'accesso dei pazienti ai servizi di Assistenza Specialistica e l'appropriatezza nella prescrizione di prestazioni critiche.



71%

1.1 **Performance dell'Utente: Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni** Peso: 13
Garantire le performance per i tempi di attesa a monitoraggio nazionale e locale ex DGR 1056/2015 e DGR 1003/2016



63%

1.1.1 **Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, prestazioni programmabili** Peso: 4
Si specifica che il 90% di target (prenotazioni entro lo standard uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni) debba essere raggiunto per tutte le singole prestazioni a monitoraggio. Viene riportata anche la media complessiva delle performance per evidenziare il valore centrale del fenomeno



50%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico numerico in base a fascia	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni sia fissato a 30 gg. per le prime visite e a 60 gg. per gli esami strumentali	2,00	0,00	6,00	 0%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indice di performance dei TDA	Indice di performance di bacino complessivo per le prestazioni a monitoraggio, prestazioni programmabili	95,90	90,00	94,00	 100%

1.1.2 Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, urgenze differibili

Si specifica che il 90% di target (prenotazioni entro lo standard uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni) debba essere raggiunto per tutte le singole prestazioni a monitoraggio. Viene riportata anche la media complessiva delle performance per evidenziare il valore centrale del fenomeno

Peso: 4



30%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico numerico in base a fascia	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni debba essere garantito entro 7 giorni. Livello provinciale	23,00	0,00	27,00	 0%
	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni debba essere garantito entro 7 giorni. Livello distrettuale	31,00	0,00	28,00	
Indice di performance dei TDA	Indice di performance a livello provinciale per le prestazioni a monitoraggio, urgenze differibili	90,00	90,00	82,00	 60%

1.1.3 Allineamento dell'offerta delle prestazioni individuate dalla RER tra canali tradizionali (CUP) e canali informatici (CUBWEB)

Oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, messa a regime di sistema di prenotazione on line per almeno i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) delle visite e prestazioni di diagnostica strumentale

Peso: 2



100%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili con CUPWEB rispetto quelle disponibili a CUP		80,00%	80,00%	 100%

1.1.4 Prescrizioni e prenotazione dei controlli per i pazienti cronici e/o soggetti a visita controllo; ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente e appropriatezza prescrittiva delle visite di controllo
L'obiettivo è aumentare le prescrizioni del medico specialista per le cronicità e favorire le ri prenotazioni interne da parte della struttura erogante le visite di controllo, quota parte di visite di controllo che sono in tipo coda D (a disposizione solo per la struttura erogante)

Peso: 3



99%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista	228.033,00	228.033,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	222.787,00	 98%
	Numero di visite di controllo prescritte dal medico specialista	60.683,00	60.683,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	60.385,00	 100%
	Riprenotazione interna da parte della struttura erogante dei controlli. Numero di prenotazioni riservate	159.471,00	159.471,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	225.248,00	 100%

1.2 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva rispetto delle prestazioni ex DGR 704/12

Peso: 4



96%

1.2.1 Monitoraggio applicazione indicazioni DGR 704/12 e RM muscolo-scheletriche per pop. >= 65
Data la rilevanza delle prestazioni oggetto di monitoraggio si ripropone l'obiettivo con l'intendimento di raggiungere risultati migliori dell'anno 2017 (Nota: obiettivo in fase di valutazione)

Peso: 4



96%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo Motore Semantico, Reportistica fornita da RIT, per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva		Si	Si	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	RM osteoarticolare, indice consumo standardizzato	42,28	42,28	45,76	 92%
	TAC osteoarticolare, indice consumo standardizzato	3,89	3,89	4,13	 94%
	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	15,27	15,27	15,41	 99%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2**Servizi ICT**

Monitoraggio dei servizi ICT. Attraverso il monitoraggio dovranno essere presidiate le funzioni per portare a regime il sistema e tendere al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione

Peso: 8



100%

2.1**Performance dei Processi Interni: Area dell'Organizzazione**

Obiettivi di pieno utilizzo delle tecnologie ICT a vantaggio del paziente e del cittadino

Peso: 4



100%

2.1.1**Fascicoli elettronici attivati**

Incremento fascicoli elettronici attivati anche attraverso l'estensione dei punti di attivazione e l'utilizzo da parte dei MMG della Cartella SSI

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero postazioni attivate	9,00		9,00	
Indicatore generico percentuale in crescita	Fascicoli elettronici attivati sul totale della popolazione (nota: valore target calcolato per singolo distretto)	8,42%	12,00%	13,94%	 100%

2.1.2**Utilizzo della Cartella SSI da parte dei MMG**

Promozione e sostegno della diffusione dell'utilizzo della Cartella SSI in uso ai MMG

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.1.5 DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale attivazioni Cartella SSI sul totale dei MMG		63,50%	63,50% <i>Valore provvisorio</i>	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Numero di abbandoni su totale installazioni Cartella SSI		0,00	0,00 <i>Valore provvisorio</i>	 100%

2.2 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Utilizzo di software ad hoc per la gestione integrata delle patologie croniche

Peso: 4

2.2.1 Attivazione del software Arianna Percorsi in CdS media/alta complessità su almeno due percorsi (a livello distrettuale)

Peso: 4

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del software Arianna Percorsi per gestione di due patologie croniche		Progetto completato	Progetto avviato <i>Non si procede alla valutazione dell'obiettivo in quanto sono state oggettivate criticità di ordine tecnico per la realizzazione del progetto</i>	

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3 **Assistenza farmaceutica Territoriale**

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso incremento utilizzo farmaci equivalenti, monitoraggio prescrizioni, mantenimento percorso distribuzione per conto, incremento livelli erogazione diretta farmaci

Peso: 32



93%

3.1 **Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria**

Farmaceutica convenzionata

Peso: 14



91%

3.1.1 **Contenimento spesa farmaceutica**

Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica

Peso: 7

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in base a fascia	Spesa farmaceutica netta annuale distretto	10.499.280,00	10.272.127,00	10.074.422,51	 100%

3.1.2 **Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso monitoraggio prescrizioni, incremento utilizzo farmaci equivalenti, appropriatezza prescrittiva

Peso: 7



82%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	PPI	53,86	46,00	53,06	 85%
	Antidepressivi (SSRI)	34,01	32,68	34,40	 95%
	Fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni		1,40	1,87	 66%

3.2 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione *Farmaci equivalenti*

Peso: 3



99%

3.2.1 Utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee *Incremento utilizzo farmaci equivalenti attraverso azioni di informazione ed aggiornamento a tutti i medici prescrittori e cittadini*

Peso: 3



99%

Piano Azioni: 5.4.1.1 Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto (DDD)	84,10%	88,00%	86,90%	 99%

3.3 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria *Distribuzione per conto*

Peso: 3



100%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.3.1 Consolidamento percorso distribuzione per conto
Attuazione Accordo locale DPC

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.18 DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero confezioni distribuite	33.611,00	34.611,00	39.287,00	 100%

3.4 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Distribuzione diretta

Peso: 4

3.4.1 Rete della distribuzione diretta

Potenziamento della rete distribuzione diretta per favorire l'appropriatezza delle prescrizioni nella continuità ospedale-territorio. Mantenimento del valore dell'erogazione diretta dell'anno 2017.

Peso: 4

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore per mantenimento valore	Valore distribuzione diretta farmaci	2.991.369,00	2.991.369,00	2.225.706,46	<i>Non si procede alla valutazione a causa di cambiamenti nelle modalità di distribuzione diretta nel corso dell'anno 2018</i>

3.5 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria
Monitoraggio erogazione diretta in CRA e ADI

Peso: 4



87%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.5.1 Erogazione diretta in CRA (comprende tutti i posti letto autorizzati) farmaci fascia A
Contenimento dei costi

Peso: 1



92%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per posto letto, valore calcolato su 661 posti letto autorizzati	211,25	211,25	227,94	 92%

3.5.2 Erogazione effettuata in CRA per categoria terapeutica a maggior impatto

Peso: 2



89%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Antibatterici uso sistemico per posto letto autorizzato	7,48	7,48	9,20	 77%
	PPI per posto letto autorizzato	171,53	171,53	162,62	 100%

3.5.3 Erogazione diretta farmaci fascia C in ADI

Peso: 1



79%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa complessiva farmaci Fascia C erogati in ADI	15.381,73	15.381,73	18.052,28	 83%
	Spesa per paziente farmaci Fascia C erogati in ADI	7,41	7,41	9,18	 76%

3.6 Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Peso: 2



100%

3.6.1 Obiettivo di deprescrizione di particolari classi di farmaci nella popolazione anziana in CRA (PPI e Antipsicotici atipici)

Si raccomanda ai Professionisti clinici un corretto approccio prescrittivo nell'anziano, anche attraverso l'utilizzo dell'algoritmo predisposto all'uso da Azienda USL di Parma e da Thomas Jefferson University (TJU)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis agli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la de prescrizione dei PPI (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis agli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la de prescrizione degli Antipsicotici Atipici (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%

3.7 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria *Ossigeno liquido*

Peso: 2



87%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.7.1 Monitoraggio spesa per ossigeno liquido

Peso: 2



87%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Riduzione spesa per Ossigeno Liquido	101.289,68	101.289,68	114.863,29	 87%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4 **Assistenza Protesica e Integrativa** *Monitoraggio dei costi dell'Assistenza Protesica e Integrativa*

Peso: 14



89%

4.1 **Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria** *Assistenza protesica da autorizzazioni, con dettaglio su Protesi Acustiche, Ossigenoterapia, Nutrizione Artificiale, Ausili per Diabetici*

Peso: 14



89%

4.1.1 **Monitoraggio spesa e processo di erogazione dell'Assistenza Protesica da Autorizzazioni** *Monitoraggio costi Assistenza Protesica da autorizzazioni con dettaglio su Protesi Acustiche; ci si aspetta una riduzione del 5% nel costo della spesa per Assistenza Protesica da autorizzazioni e del 10% nel costo delle Protesi Acustiche, rispetto all'anno 2017. Introduzione nuovo flusso organizzativo per la Prescrizione in Dimissione*

Peso: 5



91%

Piano Azioni: 1.1.1.4 DGR 830/17 - Assistenza protesica - Appropriately prescrittiva

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Costo spesa per assistenza protesica al netto delle manutenzioni e trasporto	1.254.144,00	1.191.437,00	1.296.912,57	91%
	Costo complessivo per protesi acustiche	189.861,68	170.875,51	166.912,93	100%
	Costo per rinnovi di protesi acustiche	87.244,49	78.520,05	83.433,45	94%
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Implementazione di percorsi facilitati prescrizione Ausili Protesici in Dimissione		Progetto completato	Progetto completato parzialmente	70%
	Utilizzo nuovo software per Assistenza Protesica e monitoraggio della gestione del magazzino per ausili riciclabili		Progetto completato	Progetto completato	100%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4.1.2 Ossigenoterapia Domiciliare
Riduzione della spesa per Ossigenoterapia Domiciliare e applicazione protocollo per le Apnee Notturne (OSAS)

Peso: 3



90%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa ossigenoterapia domiciliare	431.948,25	431.948,25	475.398,47	 90%
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Applicazione Protocollo per Apnee Notturne		Progetto completato	Progetto non avviato <i>Non si procede alla valutazione dell'obiettivo in quanto sono state oggettivate criticità di ordine tecnico per la realizzazione del progetto</i>	

4.1.3 Nutrizione Artificiale
Riduzione della spesa per Nutrizione Artificiale

Peso: 3



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per NAD	334.954,33	334.954,33	304.352,63	 100%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4.1.4

Spesa per materiale per Assistenza Diabetici
Contenimento della spesa per materiale per Assistenza Diabetici

Peso: 3



72%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per materiale per Assistenza Diabetici	296.944,00	296.944,00	381.218,26	 72%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5 Obiettivi di Sistema delle Cure Primarie

Peso: 29



94%

5.1 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione

Aspetto organizzativo delle Case della Salute

Peso: 3



100%

5.1.1 Recepimento tratti principali DGR 2128/16 in tema di Organizzazione CdS

Attenzione agli aspetti organizzativi di strutturazione evolutiva delle CdS

Peso: 3



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Piano Azioni: 1.1.2.2 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio Board CdS per tutte le 2 CdS Medie/Alte		Progetto completato	Progetto completato	 100%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Coinvolgimento Professionisti del NCP nelle CdS		Sì	Sì	 100%
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale popolazione assistita da MMG operante in CdS	21,90%	21,90% <i>valore da aumentare</i>	24,30%	 100%

5.2 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione

Dimissioni con attivazione ADI

Peso: 2



87%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.2.1 **Potenziamento continuità assistenziale ospedale-territorio**
Modello organizzativo della dimissione protetta tramite protocolli condivisi ospedale-territorio

Peso: 2



87%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale presa in carico con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/ totale dimissioni a 30 giorni	41,80%	50,00%	36,80% <i>Valore ai nove mesi dell'anno 2018</i>	 74%
	Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI		1,80%	4,52% <i>Valore ai nove mesi dell'anno 2018</i>	 100%

5.3 **Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione**
Appropriatezza ricoveri in Hospice e nelle Cure Intermedie

Peso: 4



77%

5.3.1 **Appropriatezza dei ricoveri in Hospice**
Monitoraggio principali indicatori di valutazione dei ricoveri in Hospice

Peso: 2



60%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero <= 7 giorni	31,10%	20,00%	35,90%	 21%
	Percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	28,10%	25,00%	19,30%	 100%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.3.2 **Appropriatezza dei ricoveri nelle Cure Intermedie**
Monitoraggio principali indicatori di valutazione dei ricoveri nelle Cure Intermedie

Peso: 2



94%

Piano Azioni: 1.1.3.2 DGR 830/17 - Ospedali di Comunità

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Degenza media	20,00	20,00	22,30	 89%
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mortalità entro 72 ore dall'ingresso	0,30%	0,00%	0,00%	 100%

5.4 **Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione**
Presa in carico della cronicità

Peso: 3



100%

5.4.1 **Utilizzo della metodologia RISK-ER**
Si attende una proattività da parte dei DCP in sinergia con i MMG nella diffusione del fondamentale strumento RISK-ER per incardinare la Medicina di Iniziativa nelle Case della Salute

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 1.1.2.4 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - presa in carico della fragilità

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero piani assistenziali rivalutati e attivati			102,00	
	Numero di prese in carico in relazione alle tipologie dei bisogni espressi (Ambulatori Cronicità, Servizi Specialistici Aziendali, Assistenza Domiciliare, Sociale)				

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo Report Pazienti a Rischio di Ospedalizzazione da parte della CdS, MMG e Professionisti		Si	Si	 100%

5.5 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria Peso: 2
Sistema di controlli sui contratti attivati dai Medici di Medicina Generale negli ambiti Assistenza Domiciliare, Residenziale e Gestione Integrata Diabete

5.5.1 **Controlli contratti Gestione Integrata Diabete Medici di Medicina Generale** Peso: 2
Verifica aderenza alla checklist del protocollo Gestione Integrata Diabete

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Valorizzazione economica delle non conformità				

5.6 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione Peso: 7
Gestione Integrata delle Patologie Croniche

5.6.1 **Consolidamento degli Ambulatori Infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche** Peso: 2
In particolare diabete mellito tipo 2, BPCO, Scompenso Cardiaco e IRC, anche attraverso strutturazione interfacce ospedaliere pubbliche e private coinvolte
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)



100%



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Attivazione di due percorsi nelle CdS medie/alte		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero prestazioni svolte negli Ambulatori Infermieristici per la gestione della cronicità	32.650,00	32.650,00	47.414,00	 100%
	Numero pazienti in carico (dato che diverrà disponibile solo attraverso il pieno utilizzo della procedura informatica)				

5.6.2 Impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del questionario ACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Adozione del questionario PACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%

5.6.3 Appropriatelyzza ricoveri potenzialmente inappropriati con DGR 088

Il miglioramento della presa in carico del paziente con BPCO, passa attraverso la Gestione Integrata e l'aderenza alle procedure organizzative adottate. Il processo deve riflettersi in una diminuzione dei ricoveri con DRG 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva)

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio della Gestione Integrata della BPCO in almeno una CdS		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Aderenza ai percorsi organizzativi sviluppati per la BPCO		Progetto completato	Progetto completato	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri DRG 088	220,00	209,00 <i>Dato di produzione provinciale, esclusa AOU Pr</i>	128,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 088	92,00	87,00	69,00	 100%

5.6.4

Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 429
Si evidenzia un numero elevato di ricoveri con DRG 429 (Disturbi Organici e Ritardo Mentale). Una adeguata presa in carico territoriale dovrebbe portare alla riduzione dei ricoveri in ambito ospedaliero

Peso: 1



100%

Piano Azioni: 1.1.4.4 Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri DRG 429	89,00	85,00 <i>Dato di produzione provinciale, esclusa AOU Pr</i>	73,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 429	40,00	38,00	23,00	 100%

5.7

Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Gestione della Sicurezza e del Rischio Clinico (Nota: obiettivi in fase di valutazione/ridefinizione da parte del Responsabile Aziendale del Governo Clinico)

Peso: 2



100%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.7.1 **Gestione esami isto-citopatologici**
Adozione della procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami isto-citopatologici in sicurezza e qualità (I semestre). Audit di verifica della funzionalità del percorso indicato dalla procedura (II semestre)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Produzione e applicazione e audit della procedura aziendale a livello dipartimentale		Progetto completato	Progetto completato	 100%

5.8 **Performance dell'utente: Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Monitoraggio accessibilità ambulatori MMG congiunto alle evidenze di Reportistica e di Tassi di Utilizzo del P.S.

Peso: 2



99%

5.8.1 **Miglioramento dell'utilizzo del P.S. anche attraverso una piena accessibilità degli ambulatori MMG**
Accessibilità ambulatori MMG finalizzata al miglioramento dell'utilizzo del P.S.

Peso: 2



99%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Indice di consumo standardizzato di codici bianchi in P.S.	40,06	40,06	41,04	 98%
	Indice di consumo standardizzato di codici verdi in P.S.	207,81	207,81	209,47	 99%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo reportistica trimestrale MMG-P.S.	Si	Si	Si	 100%

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.9 Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo: Area dello sviluppo organizzativo Peso: 2
Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza, attraverso una tempestiva assegnazione e valutazione degli obiettivi assegnati 

5.9.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale Peso: 2


Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Nota: Verbali OAS)		Si	Si <i>Pur in assenza dei Verbali OAS ci sono stati fornite le coordinate amministrative delle assegnazioni e delle valutazioni degli obiettivi</i>	 100%

5.10 Performance dei Processi Interni: Area dell'Anticorruzione e della trasparenza Peso: 1
Attuazione degli adempimenti rispetto alla normativa relativa alla Trasparenza Amministrativa e alla prevenzione della Corruzione (L. 190/2012; DLgs. 33/2013) 

5.10.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione Peso: 1


Piano Azioni: 7.1.1.3 Integrità e Trasparenza

Scheda di budget DCP di Fidenza 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione	Si	Si <i>La relazione viene svolta a fine anno</i>	Si	 100%

5.11 Performance dei Processi Interni: Area dell'Organizzazione

Dati inviati dai DCP aziendali al Dipartimento Valutazione e Controllo per il completamento della reportistica afferente i DCP

Peso: 1



70%

5.11.1 Qualità dei ritorni informativi da parte dei DCP al Dipartimento Valutazione e Controllo

Peso: 1



70%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Invio tempestivo e intellegibile dei dati per la predisposizione di reportistica DCP (Report Microinfusori, Cruscotto CdS, etc.)		Si	Si <i>Criticità nelle restituzioni informative relative ai microinfusori di insulina erogati</i>	 70%

2018



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

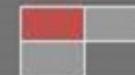
Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Cure Primarie Valli Taro / Ceno

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Gelmini Giovanni

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura	Dipartimento Cure Primarie Valli Taro / Ceno
Tipo Struttura	Centro di Responsabilità
Codice Struttura	6250
Responsabile	Gelmini Giovanni
Validità	01/01/2018 - 31/12/2018



81%

OBIETTIVI

1 **Assistenza Specialistica Ambulatoriale** Peso: 17
Garantire gli standard dei tempi di attesa, migliorare l'accesso dei pazienti ai servizi di Assistenza Specialistica e l'appropriatezza nella prescrizione di prestazioni critiche.



74%

1.1 **Performance dell'Utente: Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni** Peso: 13
Garantire le performance per i tempi di attesa a monitoraggio nazionale e locale ex DGR 1056/2015 e DGR 1003/2016



71%

1.1.1 **Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, prestazioni programmabili** Peso: 4
Si specifica che il 90% di target (prenotazioni entro lo standard uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni) debba essere raggiunto per tutte le singole prestazioni a monitoraggio. Viene riportata anche la media complessiva delle performance per evidenziare il valore centrale del fenomeno



75%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico numerico in base a fascia	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni sia fissato a 30 gg. per le prime visite e a 60 gg. per gli esami strumentali	0,00	0,00	2,00	 50%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indice di performance dei TDA	Indice di performance di bacino complessivo per le prestazioni a monitoraggio, prestazioni programmabili	98,30	90,00	96,00	 100%

1.1.2 Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, urgenze differibili

Si specifica come il 90% di target debba essere raggiunto per tutte le prestazioni monitorate a livello sistemico provinciale, in quanto l'ambito per le prestazioni in regime di Urgenza Differibile è quello complessivo aziendale. Vengono, altresì, riportanti i non raggiungimenti degli standard con finalità eminentemente di controllo e stimolo al ruolo proattivo del DCP nel quadro più generale della programmazione dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Peso: 4



30%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico numerico in base a fascia	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni debba essere garantito entro 7 giorni. Livello provinciale	23,00	0,00	27,00	 0%
	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni debba essere garantito entro 7 giorni. Livello distrettuale	17,00	0,00	18,00	
Indice di performance dei TDA	Indice di performance a livello provinciale per le prestazioni a monitoraggio, urgenze differibili	92,80	90,00	82,00	 60%

1.1.3 Allineamento dell'offerta delle prestazioni individuate dalla RER tra canali tradizionali (CUP) e canali informatici (CUBWEB)

Oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, messa a regime di sistema di prenotazione on line per almeno i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) delle visite e prestazioni di diagnostica strumentale

Peso: 2



100%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili con CUPWEB rispetto quelle disponibili a CUP		80,00%	80,00%	 100%

- 1.1.4 Prescrizioni e prenotazione dei controlli per i pazienti cronici e/o soggetti a visita controllo; ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente e appropriatezza prescrittiva delle visite di controllo
L'obiettivo è aumentare le prescrizioni del medico specialista per le cronicità e favorire le ri prenotazioni interne da parte della struttura erogante le visite di controllo, quota parte di visite di controllo che sono in tipo coda D (a disposizione solo per la struttura erogante)

Peso: 3



99%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista	228.033,00	228.033,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	222.787,00	 98%
	Numero di visite di controllo prescritte dal medico specialista	60.683,00	60.683,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	60.385,00	 100%
	Riprenotazione interna da parte della struttura erogante dei controlli. Numero di prenotazioni riservate	159.471,00	159.471,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	225.248,00 <i>Dato complessivo Aziendale</i>	 100%

- 1.2 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva rispetto delle prestazioni ex DGR 704/12

Peso: 4



87%

- 1.2.1 Monitoraggio applicazione indicazioni DGR 704/12 e RM muscolo-scheletriche per pop. >= 65
Data la rilevanza delle prestazioni oggetto di monitoraggio si ripropone l'obiettivo con l'intendimento di raggiungere risultati migliori dell'anno 2017

Peso: 4



87%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo Motore Semantico, Reportistica fornita da RIT, per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva	Si	Si	Si	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	RM osteoarticolare, indice consumo standardizzato	50,44	50,44	54,89	 91%
	TAC osteoarticolare, indice consumo standardizzato	5,05	5,05	7,25	 56%
	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	19,82	19,82	19,81	 100%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2**Servizi ICT**

Monitoraggio dei servizi ICT. Attraverso il monitoraggio dovranno essere presidiate le funzioni per portare a regime il sistema e tendere al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione

Peso: 8



95%

2.1**Performance dei Processi Interni: Area dell'Organizzazione**

Obiettivi di pieno utilizzo delle tecnologie ICT a vantaggio del paziente e del cittadino

Peso: 4



95%

2.1.1**Fascicoli elettronici attivati**

Incremento fascicoli elettronici attivati anche attraverso l'estensione dei punti di attivazione e l'utilizzo da parte dei MMG della Cartella SSI

Peso: 2



91%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero postazioni attivate	11,00		10,00	
Indicatore generico percentuale in crescita	Fascicoli elettronici attivati sul totale della popolazione (nota: valore target calcolato per singolo distretto)	5,75%	10,00%	9,08%	 91%

2.1.2**Utilizzo della Cartella SSI da parte dei MMG**

Promozione e sostegno della diffusione dell'utilizzo della Cartella SSI in uso ai MMG

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.1.5 DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale attivazioni Cartella SSI sul totale dei MMG	70,00%	70,00%	70,00% <i>Valore provvisorio</i>	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Numero di abbandoni su totale installazioni Cartella SSI		0,00	0,00	 100%

2.2 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Utilizzo di software ad hoc per la gestione integrata delle patologie croniche

Peso: 4

2.2.1 Attivazione del software Arianna Percorsi in CdS media/alta complessità su almeno due percorsi (a livello distrettuale)

Peso: 4

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del software Arianna Percorsi per gestione di due patologie croniche		Progetto completato	Progetto avviato <i>Non si procede alla valutazione dell'obiettivo in quanto sono state oggettivate criticità di ordine tecnico per la realizzazione del progetto</i>	

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3 **Assistenza farmaceutica Territoriale**

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso incremento utilizzo farmaci equivalenti, monitoraggio prescrizioni, mantenimento percorso distribuzione per conto, incremento livelli erogazione diretta farmaci

Peso: 32



78%

3.1 **Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria**

Farmaceutica convenzionata

Peso: 14



70%

3.1.1 **Contenimento spesa farmaceutica**

Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica

Peso: 7

Obiettivo incentivante (dirigenza)



75%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in base a fascia	Spesa farmaceutica netta annuale distretto	5.535.679,02	5.038.913,32	5.230.263,47	 75%

3.1.2 **Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso monitoraggio prescrizioni, incremento utilizzo farmaci equivalenti, appropriatezza prescrittiva

Peso: 7



65%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	PPI	57,40	46,00	60,14	 69%
	Antidepressivi (SSRI)	42,93	32,68	45,95	 59%
	Fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni		1,40	1,89	 65%

3.2 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione *Farmaci equivalenti*

Peso: 3



100%

3.2.1 Utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee *Incremento utilizzo farmaci equivalenti attraverso azioni di informazione ed aggiornamento a tutti i medici prescrittori e cittadini*

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.1 Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto (DDD)	88,00%	83,80%	87,10%	 100%

3.3 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria *Distribuzione per conto*

Peso: 3



100%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.3.1 Consolidamento percorso distribuzione per conto
Attuazione Accordo locale DPC

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.18 DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero confezioni distribuite	29.040,00	29.040,00	32.128,00	 100%

3.4 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Distribuzione diretta

Peso: 4



50%

3.4.1 Rete della distribuzione diretta
Potenziamento della rete distribuzione diretta per favorire l'appropriatezza delle prescrizioni nella continuità ospedale-territorio. Mantenimento del valore dell'erogazione diretta dell'anno 2017.

Peso: 4



50%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore per mantenimento valore	Valore distribuzione diretta farmaci	1.465.709,81	1.465.709,81	1.253.414,00	 50%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.5 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria
Monitoraggio erogazione diretta in CRA e ADI

Peso: 4



84%

3.5.1 Erogazione diretta in CRA (comprende tutti i posti letto autorizzati) farmaci fascia A
Contenimento dei costi

Peso: 1



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per posto letto, valore calcolato su 406 posti letto autorizzati	254,63	254,63	221,01	 100%

3.5.2 Erogazione effettuata in CRA per categoria terapeutica a maggior impatto

Peso: 2



92%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Antibatterici uso sistemico per posto letto autorizzato	6,68	6,68	6,03	 100%
	PPI per posto letto autorizzato	98,93	98,93	114,21	 85%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.5.3 Erogazione diretta farmaci fascia C in ADI

Peso: 1



52%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa complessiva farmaci Fascia C erogati in ADI	7.199,94	7.199,94	10.858,51	 49%
	Spesa per paziente farmaci Fascia C erogati in ADI	5,44	5,44	7,93	 54%

3.6 Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Peso: 2



100%

3.6.1 Obiettivo di deprescrizione di particolari classi di farmaci nella popolazione anziana in CRA (PPI e Antipsicotici atipici)
Si raccomanda ai Professionisti clinici un corretto approccio prescrittivo nell'anziano, anche attraverso l'utilizzo dell'algoritmo predisposto all'uso da Azienda USL di Parma e da Thomas Jefferson University (TJU)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis agli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la de prescrizione dei PPI (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis agli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la de prescrizione degli Antipsicotici Atipici (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.7 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria
Ossigeno liquido

Peso: 2



90%

3.7.1 Monitoraggio spesa per ossigeno liquido

Peso: 2



90%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Riduzione spesa per Ossigeno Liquido	84.627,60	84.627,60	93.066,36	 90%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4 **Assistenza Protesica e Integrativa** *Monitoraggio dei costi dell'Assistenza Protesica e Integrativa*

Peso: 14



78%

4.1 **Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria** *Assistenza protesica da autorizzazioni, con dettaglio su Protesi Acustiche, Ossigenoterapia, Nutrizione Artificiale, Ausili per Diabetici*

Peso: 14



78%

4.1.1 **Monitoraggio spesa e processo di erogazione dell'Assistenza Protesica da Autorizzazioni** *Monitoraggio costi Assistenza Protesica da autorizzazioni con dettaglio su Protesi Acustiche; ci si aspetta una riduzione del 5% nel costo della spesa per Assistenza Protesica da autorizzazioni e del 10% nel costo delle Protesi Acustiche, rispetto all'anno 2017. Introduzione nuovo flusso organizzativo per la Prescrizione in Dimissione*

Peso: 5



78%

Piano Azioni: 1.1.1.4 DGR 830/17 - Assistenza protesica - Appropriately prescrittiva

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Costo spesa per assistenza protesica al netto delle manutenzioni e trasporto	425.650,64	404.368,11	575.772,01	 58%
	Costo complessivo per protesi acustiche	76.480,95	68.832,86	86.630,79	 74%
	Costo per rinnovi di protesi acustiche	28.855,66	25.970,09	36.305,45	 60%
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Implementazione di percorsi facilitati prescrizione Ausili Protesici in Dimissione		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Utilizzo nuovo software per Assistenza Protesica e monitoraggio della gestione del magazzino per ausili riciclabili		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4.1.2 Ossigenoterapia Domiciliare
Riduzione della spesa per Ossigenoterapia Domiciliare e applicazione protocollo per le Apnee Notturne (OSAS)

Peso: 3



78%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa ossigenoterapia domiciliare	195.233,34	195.233,34	238.980,81	 78%
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Applicazione Protocollo per Apnee Notturne		Progetto completato	Progetto non avviato <i>Il progetto non è stato avviato; il Protocollo verrà adottato nel corso dell'anno 2019</i>	

4.1.3 Nutrizione Artificiale
Riduzione della spesa per Nutrizione Artificiale

Peso: 3



89%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per NAD	135.252,08	135.252,08	149.653,71	 89%

4.1.4 Spesa per materiale per Assistenza Diabetici
Contenimento della spesa per materiale per Assistenza Diabetici

Peso: 3



69%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018
Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per materiale per Assistenza Diabetici	148.805,22	148.805,22	195.384,40	 69%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5 Obiettivi di Sistema delle Cure Primarie

Peso: 29



86%

5.1 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione

Aspetto organizzativo delle Case della Salute

Peso: 3



100%

5.1.1 Recepimento tratti principali DGR 2128/16 in tema di Organizzazione CdS

Attenzione agli aspetti organizzativi di strutturazione evolutiva delle CdS

Peso: 3



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Piano Azioni: 1.1.2.2 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio Board CdS per tutte le 2 CdS Medie/Alte		Progetto completato	Progetto completato	100%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Coinvolgimento Professionisti del NCP nelle CdS		Sì	Sì	100%
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale popolazione assistita da MMG operante in CdS	49,70%	49,70% <i>Valore atteso in crescita</i>	49,30%	99%

5.2 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione

Dimissioni con attivazione ADI

Peso: 2



92%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.2.1 **Potenziamento continuità assistenziale ospedale-territorio**
Modello organizzativo della dimissione protetta tramite protocolli condivisi ospedale-territorio

Peso: 2



92%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale presa in carico con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/ totale dimissioni	31,90%	50,00%	41,70% <i>Dato ai nove mesi dell'anno 2018</i>	 83%
	Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI	1,80%	1,80%	4,55% <i>Dato ai nove mesi dell'anno 2018</i>	 100%

5.3 **Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione**
Appropriatezza ricoveri in Hospice e nelle Cure Intermedie

Peso: 4



59%

5.3.1 **Appropriatezza dei ricoveri in Hospice**
Monitoraggio principali indicatori di valutazione dei ricoveri in Hospice

Peso: 2



64%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	19,10%	25,00%	16,70%	 100%
	Percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero <= 7 giorni	38,20%	20,00%	34,30%	 29%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.3.2 **Appropriatezza dei ricoveri nelle Cure Intermedie**
Monitoraggio principali indicatori di valutazione dei ricoveri nelle Cure Intermedie

Peso: 2



54%

Piano Azioni: 1.1.3.2 DGR 830/17 - Ospedali di Comunità

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Degenza media	24,90	20,00	32,30	 39%
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mortalità entro 72 ore dall'ingresso	5,30%	0,00%	2,00%	 70%

5.4 **Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione**
Presa in carico della cronicità

Peso: 3



70%

5.4.1 **Utilizzo della metodologia RISK-ER**
Si attende una proattività da parte dei DCP in sinergia con i MMG nella diffusione del fondamentale strumento RISK-ER per incardinare la Medicina di Iniziativa nelle Case della Salute

Peso: 3



70%

Piano Azioni: 1.1.2.4 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - presa in carico della fragilità

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero piani assistenziali rivalutati e attivati				
	Numero di prese in carico in relazione alle tipologie dei bisogni espressi (Ambulatori Cronicità, Servizi Specialistici Aziendali, Assistenza Domiciliare, Sociale)				

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo Report Pazienti a Rischio di Ospedalizzazione da parte della CdS, MMG e Professionisti		Si	Si <i>Punteggio al 70% in quanto la progettualità è carente di numero di prese in carico e di relative prestazioni</i>	 70%

5.5 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria

Sistema di controlli sui contratti attivati dai Medici di Medicina Generale negli ambiti Assistenza Domiciliare, Residenziale e Gestione Integrata Diabete

Peso: 2

5.5.1 Controlli contratti Gestione Integrata Diabete Medici di Medicina Generale

Verifica aderenza alla checklist del protocollo Gestione Integrata Diabete

Peso: 2

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Valorizzazione economica delle non conformità				

5.6 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione

Gestione Integrata delle Patologie Croniche

Peso: 7



90%

5.6.1 Consolidamento degli Ambulatori Infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche

In particolare diabete mellito tipo 2, BPCO, Scompenso Cardiaco e IRC, anche attraverso strutturazione interfacce ospedaliere pubbliche e private coinvolte

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 2



96%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Attivazione di due percorsi nelle CdS medie/alte		Progetto completato	Progetto completato	 100%
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero prestazioni svolte negli Ambulatori Infermieristici per la gestione della cronicità	31.768,00	31.768,00	29.506,00	 93%
	Numero pazienti in carico (dato che diverrà disponibile solo attraverso il pieno utilizzo della procedura informatica)				

5.6.2 Impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del questionario ACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Adozione del questionario PACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%

5.6.3 Appropriatelyzza ricoveri potenzialmente inappropriati con DGR 088

Il miglioramento della presa in carico del paziente con BPCO, passa attraverso la Gestione Integrata e l'aderenza alle procedure organizzative adottate. Il processo deve riflettersi in una diminuzione dei ricoveri con DRG 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva)

Peso: 2



68%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio della Gestione Integrata della BPCO in almeno una CdS		Progetto completato	Progetto non avviato	 0%
	Aderenza ai percorsi organizzativi sviluppati per la BPCO		Progetto completato	Progetto completato parzialmente	 70%
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri DRG 088	220,00	209,00 <i>Dato di produzione provinciale, esclusa AOU Pr</i>	128,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 088	58,00	55,00	23,00	 100%

5.6.4

Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 429

Si evidenzia un numero elevato di ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 429 (Disturbi Organici e Ritardo Mentale). Una adeguata presa in carico territoriale dovrebbe portare alla riduzione dei ricoveri in ambito ospedaliero

Peso: 1



100%

Piano Azioni: 1.1.4.4 Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri DRG 429	89,00	85,00 <i>Dato di produzione provinciale, esclusa AOU Pr</i>	73,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 429	16,00	15,00	10,00	 100%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.7 Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico Peso: 2

Gestione della Sicurezza e del Rischio Clinico (Nota: obiettivi in fase di valutazione/ridefinizione da parte del Responsabile Aziendale del Governo Clinico)



100%

5.7.1 Gestione esami isto-citopatologici Peso: 2

Adozione della procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami isto-citopatologici in sicurezza e qualità (I semestre). Audit di verifica della funzionalità del percorso indicato dalla procedura (II semestre)



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Produzione e applicazione e audit della procedura aziendale a livello dipartimentale		Progetto completato	Progetto completato	 100%

5.8 Performance dell'utente: Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni Peso: 2

Monitoraggio accessibilità ambulatori MMG congiunto alle evidenze di Reportistica e di Tassi di Utilizzo del P.S.



99%

5.8.1 Miglioramento dell'utilizzo del P.S. anche attraverso una piena accessibilità degli ambulatori MMG Peso: 2

Accessibilità ambulatori MMG finalizzata al miglioramento dell'utilizzo del P.S.



99%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Indice di consumo standardizzato di codici bianchi in P.S.	23,66	23,66	24,62	 96%
	Indice di consumo standardizzato di codici verdi in P.S.	222,35	222,35	213,57	 100%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo reportistica trimestrale MMG-P.S.	Si	Si	Si	 100%

5.9 Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo: Area dello sviluppo organizzativo

Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza, attraverso una tempestiva assegnazione e valutazione degli obiettivi assegnati

Peso: 2



100%

5.9.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Nota: Verbali OAS)		Si	Si	 100%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.10 Performance dei Processi Interni: Area dell'Anticorruzione e della trasparenza Peso: 1
Attuazione degli adempimenti rispetto alla normativa relativa alla Trasparenza Amministrativa e alla prevenzione della Corruzione (L. 190/2012; DLgs. 33/2013)



100%

5.10.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione Peso: 1



100%

Piano Azioni: 7.1.1.3 Integrità e Trasparenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione	Sì	Sì <i>La relazione viene svolta a fine anno</i>	Sì	 100%

5.11 Performance dei Processi Interni: Area dell'Organizzazione Peso: 1
Dati inviati dai DCP aziendali al Dipartimento Valutazione e Controllo per il completamento della reportistica afferente i DCP



70%

5.11.1 Qualità dei ritorni informativi da parte dei DCP al Dipartimento Valutazione e Controllo Peso: 1



70%

Scheda di budget DCP Valli Taro e Ceno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Invio tempestivo e intellegibile dei dati per la predisposizione di reportistica DCP (Report Microinfusori, Cruscotto CdS, etc.)	Si	Si	Si <i>Criticità nelle restituzioni dei microinfusori di insulina erogati</i>	 70%

2018



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

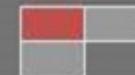
Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Cure Primarie Sud-Est

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile f.f. Lucertini Stefano

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura Dipartimento Cure Primarie Sud-Est
Tipo Struttura Centro di Responsabilità
Codice Struttura 7250
Responsabile f.f. Lucertini Stefano
Validità 01/01/2018 - 31/12/2018



92%

OBIETTIVI**1 Assistenza Specialistica Ambulatoriale**

Peso: 17

Garantire gli standard dei tempi di attesa, migliorare l'accesso dei pazienti ai servizi di Assistenza Specialistica e l'appropriatezza nella prescrizione di prestazioni critiche.



75%

1.1 Performance dell'Utente: Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Peso: 13

Garantire le performance per i tempi di attesa a monitoraggio nazionale e locale ex DGR 1056/2015 e DGR 1003/2016



71%

1.1.1 Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, prestazioni programmabili

Peso: 4

Si specifica che il 90% di target (prenotazioni entro lo standard uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni) debba essere raggiunto per tutte le singole prestazioni a monitoraggio. Viene riportata anche la media complessiva delle performance per evidenziare il valore centrale del fenomeno



75%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico numerico in base a fascia	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni sia fissato a 30 gg. per le prime visite e a 60 gg. per gli esami strumentali	0,00	0,00	1,00	 50%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indice di performance dei TDA	Indice di performance di bacino complessivo per le prestazioni a monitoraggio, prestazioni programmabili	99,40	90,00	98,00	 100%

1.1.2 Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, urgenze differibili

Si specifica che il 90% di target (prenotazioni entro lo standard uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni) debba essere raggiunto per tutte le singole prestazioni a monitoraggio. Viene riportata anche la media complessiva delle performance per evidenziare il valore centrale del fenomeno

Peso: 4



30%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico numerico in base a fascia	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni debba essere garantito entro 7 giorni. Livello provinciale	23,00	0,00	27,00	 0%
	Numero di prestazioni a monitoraggio prenotate con tempo di attesa medio superiore agli standard regionali, che prevedono come almeno il 90% delle prenotazioni debba essere garantito entro 7 giorni. Livello distrettuale	9,00	0,00	10,00	
Indice di performance dei TDA	Indice di performance a livello provinciale per le prestazioni a monitoraggio, urgenze differibili	95,40	90,00	82,00	 60%

1.1.3 Allineamento dell'offerta delle prestazioni individuate dalla RER tra canali tradizionali (CUP) e canali informatici (CUBWEB)

Oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, messa a regime di sistema di prenotazione on line per almeno i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) delle visite e prestazioni di diagnostica strumentale

Peso: 2



100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili con CUPWEB rispetto quelle disponibili a CUP		80,00%	80,00%	 100%

1.1.4 Prescrizioni e prenotazione dei controlli per i pazienti cronici e/o soggetti a visita controllo; ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente e appropriatezza prescrittiva delle visite di controllo
L'obiettivo è aumentare le prescrizioni del medico specialista per le cronicità e favorire le ri-prenotazioni interne da parte della struttura erogante le visite di controllo, quota parte di visite di controllo che sono in tipo coda D (a disposizione solo per la struttura erogante)

Peso: 3



99%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista	228.033,00	228.033,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	222.787,00	 98%
	Numero di visite di controllo prescritte dal medico specialista	60.683,00	60.683,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	60.385,00	 100%
	Riprenotazione interna da parte della struttura erogante dei controlli. Numero di prenotazioni riservate	159.471,00	159.471,00 <i>Valore atteso in aumento</i>	225.248,00	 100%

1.2 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva rispetto delle prestazioni ex DGR 704/12

Peso: 4



90%

1.2.1 Monitoraggio applicazione indicazioni DGR 704/12 e RM muscolo-scheletriche per pop. >= 65
Data la rilevanza delle prestazioni oggetto di monitoraggio si ripropone l'obiettivo con l'intendimento di raggiungere risultati migliori dell'anno 2017 (Nota: obiettivo in fase di valutazione)

Peso: 4



90%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo Motore Semantico, Reportistica fornita da RIT, per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva	Si	Si	Si	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	RM osteoarticolare, indice consumo standardizzato	38,13	38,13	41,12	 92%
	TAC osteoarticolare, indice consumo standardizzato	3,27	3,27	4,26	 70%
	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	16,66	16,66	16,50	 100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2**Servizi ICT**

Monitoraggio dei servizi ICT. Attraverso il monitoraggio dovranno essere presidiate le funzioni per portare a regime il sistema e tendere al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione

Peso: 8



100%

2.1**Performance dei Processi Interni: Area dell'Organizzazione**

Obiettivi di pieno utilizzo delle tecnologie ICT a vantaggio del paziente e del cittadino

Peso: 4



100%

2.1.1**Fascicoli elettronici attivati**

Incremento fascicoli elettronici attivati anche attraverso l'estensione dei punti di attivazione e l'utilizzo da parte dei MMG della Cartella SSI

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero postazioni attivate	14,00		15,00	
Indicatore generico percentuale in crescita	Fascicoli elettronici attivati sul totale della popolazione (nota: valore target calcolato per singolo distretto)	8,88%	13,00%	13,52%	 100%

2.1.2**Utilizzo della Cartella SSI da parte dei MMG**

Promozione e sostegno della diffusione dell'utilizzo della Cartella SSI in uso ai MMG

Peso: 2

Obiettivo incentivante (dirigenza)

100%

Piano Azioni: 1.1.1.5 DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale attivazioni Cartella SSI sul totale dei MMG		24,00%	24,00% <i>Valore provvisorio</i>	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Numero di abbandoni su totale installazioni Cartella SSI		0,00	0,00 <i>Valore provvisorio</i>	 100%

2.2 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Utilizzo di software ad hoc per la gestione integrata delle patologie croniche

Peso: 4

2.2.1 Attivazione del software Arianna Percorsi in CdS media/alta complessità su almeno due percorsi (a livello distrettuale)

Peso: 4

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del software Arianna Percorsi per gestione di due patologie croniche		Progetto completato	Progetto avviato <i>Non si procede alla valutazione dell'obiettivo in quanto sono state oggettivate criticità di ordine tecnico per la realizzazione del progetto</i>	

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3 **Assistenza farmaceutica Territoriale**

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso incremento utilizzo farmaci equivalenti, monitoraggio prescrizioni, mantenimento percorso distribuzione per conto, incremento livelli erogazione diretta farmaci

Peso: 32



95%

3.1 **Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria**

Farmaceutica convenzionata

Peso: 14



93%

3.1.1 **Contenimento spesa farmaceutica**

Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica

Peso: 7

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in base a fascia	Spesa farmaceutica netta annuale distretto	7.449.401,88	7.315.313,00	7.145.332,21	 100%

3.1.2 **Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso monitoraggio prescrizioni, incremento utilizzo farmaci equivalenti, appropriatezza prescrittiva

Peso: 7



85%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	PPI	48,26	46,00	51,94	 87%
	Antidepressivi (SSRI)	35,97	32,68	37,74	 85%
	Fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni		1,40	1,62	 84%

3.2 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione *Farmaci equivalenti*

Peso: 3



98%

3.2.1 Utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee *Incremento utilizzo farmaci equivalenti attraverso azioni di informazione ed aggiornamento a tutti i medici prescrittori e cittadini*

Peso: 3



98%

Piano Azioni: 5.4.1.1 Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto (DDD)	83,50%	88,00%	86,50%	 98%

3.3 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria *Distribuzione per conto*

Peso: 3



100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.3.1 Consolidamento percorso distribuzione per conto
Attuazione Accordo locale DPC

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.18 DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero confezioni distribuite	36.122,00	36.122,00	40.879,00	 100%

3.4 Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione
Distribuzione diretta

Peso: 4



100%

3.4.1 Rete della distribuzione diretta
Potenziamento della rete distribuzione diretta per favorire l'appropriatezza delle prescrizioni nella continuità ospedale-territorio. Mantenimento del valore dell'erogazione diretta dell'anno 2017.

Peso: 4



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore per mantenimento valore	Valore distribuzione diretta farmaci	2.045.428,00	2.020.798,00	2.095.634,24	 100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.5 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria
Monitoraggio erogazione diretta in CRA e ADI

Peso: 4



91%

3.5.1 Erogazione diretta in CRA (comprende tutti i posti letto autorizzati) farmaci fascia A
Contenimento dei costi

Peso: 1



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per posto letto, valore calcolato su 573 posti letto autorizzati	298,52	298,52	283,67	 100%

3.5.2 Erogazione effettuata in CRA per categoria terapeutica a maggior impatto

Peso: 2



92%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Antibatterici uso sistemico per posto letto autorizzato	10,90	10,90	12,59	 84%
	PPI per posto letto autorizzato	180,63	180,63	177,64	 100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.5.3 Erogazione diretta farmaci fascia C in ADI

Peso: 1



80%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa complessiva farmaci Fascia C erogati in ADI	9.800,39	9.800,39	12.170,21	 76%
	Spesa per paziente farmaci Fascia C erogati in ADI	6,28	6,28	7,33	 83%

3.6 Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Peso: 2



100%

3.6.1 Obiettivo di deprescrizione di particolari classi di farmaci nella popolazione anziana in CRA (PPI e Antipsicotici atipici)
Si raccomanda ai Professionisti clinici un corretto approccio prescrittivo nell'anziano, anche attraverso l'utilizzo dell'algoritmo predisposto all'uso da Azienda USL di Parma e da Thomas Jefferson University (TJU)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis agli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la de prescrizione dei PPI (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis agli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la de prescrizione degli Antipsicotici Atipici (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.7 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria
Ossigeno liquido

Peso: 2



89%

3.7.1 Monitoraggio spesa per ossigeno liquido

Peso: 2



89%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Riduzione spesa per Ossigeno Liquido	127.920,66	127.920,66	141.537,31	 89%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4 **Assistenza Protesica e Integrativa** *Monitoraggio dei costi dell'Assistenza Protesica e Integrativa*

Peso: 14



95%

4.1 **Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria** *Assistenza protesica da autorizzazioni, con dettaglio su Protesi Acustiche, Ossigenoterapia, Nutrizione Artificiale, Ausili per Diabetici*

Peso: 14



95%

4.1.1 **Monitoraggio spesa e processo di erogazione dell'Assistenza Protesica da Autorizzazioni** *Monitoraggio costi Assistenza Protesica da autorizzazioni con dettaglio su Protesi Acustiche; ci si aspetta una riduzione del 5% nel costo della spesa per Assistenza Protesica da autorizzazioni e del 10% nel costo delle Protesi Acustiche, rispetto all'anno 2017. Introduzione nuovo flusso organizzativo per la Prescrizione in Dimissione*

Peso: 5



94%

Piano Azioni: 1.1.1.4 DGR 830/17 - Assistenza protesica - Appropriately prescrittiva

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Costo spesa per assistenza protesica al netto delle manutenzioni e trasporto	860.131,00	817.125,00	974.733,70	 81%
	Costo complessivo per protesi acustiche	147.589,61	132.830,65	143.495,29	 92%
	Costo per rinnovi di protesi acustiche	54.676,91	49.209,22	51.738,66	 95%
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Implementazione di percorsi facilitati prescrizione Ausili Protesici in Dimissione		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Utilizzo nuovo software per Assistenza Protesica e monitoraggio della gestione del magazzino per ausili riciclabili		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4.1.2 **Ossigenoterapia Domiciliare**
Riduzione della spesa per Ossigenoterapia Domiciliare e applicazione protocollo per le Apnee Notturne (OSAS)

Peso: 3



89%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa ossigenoterapia domiciliare	407.941,37	407.941,37	454.700,91	 89%
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Applicazione Protocollo per Apnee Notturne		Progetto completato	Progetto non avviato <i>Il progetto non è stato avviato; il Protocollo verrà adottato nel corso dell'anno 2019</i>	

4.1.3 **Nutrizione Artificiale**
Riduzione della spesa per Nutrizione Artificiale

Peso: 3



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per NAD	281.259,94	281.259,94	274.470,29	 100%

4.1.4 **Spesa per materiale per Assistenza Diabetici**
Contenimento della spesa per materiale per Assistenza Diabetici

Peso: 3



97%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018
Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Spesa per materiale per Assistenza Diabetici	287.581,00	287.581,00	296.111,83	 97%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5 Obiettivi di Sistema delle Cure Primarie

Peso: 29



94%

5.1 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione *Assetto organizzativo delle Case della Salute*

Peso: 3



100%

5.1.1 Recepimento tratti principali DGR 2128/16 in tema di Organizzazione CdS *Attenzione agli aspetti organizzativi di strutturazione evolutiva delle CdS*

Peso: 3



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Piano Azioni: 1.1.2.2 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio Board CdS per tutte le 2 CdS Medie/Alte		Progetto completato	Progetto completato	 100%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Coinvolgimento Professionisti del NCP nelle CdS		Sì	Sì	 100%
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale popolazione assistita da MMG operante in CdS	62,30%	62,30% <i>Valore atteso in aumento</i>	62,00%	 100%

5.2 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione *Dimissioni con attivazione ADI*

Peso: 2



90%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.2.1 **Potenziamento continuità assistenziale ospedale-territorio**
Modello organizzativo della dimissione protetta tramite protocolli condivisi ospedale-territorio

Peso: 2



90%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale presa in carico con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/ totale dimissioni a 30 giorni	34,70%	50,00%	40,00% <i>Valore ai nove mesi dell'anno 2018</i>	 80%
	Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI		1,80%	4,64% <i>Valore ai nove mesi dell'anno 2018</i>	 100%

5.3 **Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione**
Appropriatezza ricoveri in Hospice e nelle Cure Intermedie

Peso: 4



82%

5.3.1 **Appropriatezza dei ricoveri in Hospice**
Monitoraggio principali indicatori di valutazione dei ricoveri in Hospice

Peso: 2



83%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero <= 7 giorni	33,30%	20,00%	17,90%	 100%
	Percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	33,30%	25,00%	33,30%	 67%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.3.2

Appropriatezza dei ricoveri nelle Cure Intermedie

Monitoraggio diventuo disponibile nel corso dell'anno 2018, con il recepimento nel flusso SIRCO dei dati relativi alle Cure Intermedie di Collecchio e Langhirano

Peso: 2



81%

Piano Azioni: 1.1.3.2 DGR 830/17 - Ospedali di Comunità

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Degenza media		20,00	27,60	 62%
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mortalità entro 72 ore dall'ingresso		0,00%	0,00%	 100%

5.4

Performance dell'Utente: Area dell'Integrazione

Presa in carico della cronicità

Peso: 3



100%

5.4.1

Utilizzo della metodologia RISK-ER

Si attende una proattività da parte dei DCP in sinergia con i MMG nella diffusione del fondamentale strumento RISK-ER per incardinare la Medicina di Iniziativa nelle Case della Salute

Peso: 3



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Piano Azioni: 1.1.2.4 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - presa in carico della fragilità

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero piani assistenziali rivalutati e attivati			85,00	
	Numero di prese in carico in relazione alle tipologie dei bisogni espressi (Ambulatori Cronicità, Servizi Specialistici Aziendali, Assistenza Domiciliare, Sociale)				

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo Report Pazienti a Rischio di Ospedalizzazione da parte della CdS, MMG e Professionisti		Si	Si	 100%

5.5 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria Peso: 2
Sistema di controlli sui contratti attivati dai Medici di Medicina Generale negli ambiti Assistenza Domiciliare, Residenziale e Gestione Integrata Diabete

5.5.1 **Controlli contratti Gestione Integrata Diabete Medici di Medicina Generale** Peso: 2
Verifica aderenza alla checklist del protocollo Gestione Integrata Diabete

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Valorizzazione economica delle non conformità				

5.6 Performance dei Processi Interni: Area della Produzione Peso: 7
Gestione Integrata delle Patologie Croniche

5.6.1 **Consolidamento degli Ambulatori Infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche** Peso: 2
In particolare diabete mellito tipo 2, BPCO, Scompenso Cardiaco e IRC, anche attraverso strutturazione interfacce ospedaliere pubbliche e private coinvolte
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)



90%



81%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Attivazione di due percorsi nelle CdS medie/alte		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero prestazioni svolte negli Ambulatori Infermieristici per la gestione della cronicità	26.330,00	26.330,00	16.439,00	 62%
	Numero pazienti in carico (dato che diverrà disponibile solo attraverso il pieno utilizzo della procedura informatica)				

5.6.2 Impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del questionario ACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Adozione del questionario PACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%

5.6.3 Appropriatelyzza ricoveri potenzialmente inappropriati con DGR 088

Il miglioramento della presa in carico del paziente con BPCO, passa attraverso la Gestione Integrata e l'aderenza alle procedure organizzative adottate. Il processo deve riflettersi in una diminuzione dei ricoveri con DRG 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva)

Peso: 2



85%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio della Gestione Integrata della BPCO in almeno una CdS		Progetto completato	Progetto completato parzialmente	 70%
	Aderenza ai percorsi organizzativi sviluppati per la BPCO		Progetto completato	Progetto completato parzialmente	 70%
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri DRG 088	220,00	209,00 <i>Dato di produzione provinciale, esclusa AOU Pr</i>	128,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 088	87,00	83,00	58,00	 100%

5.6.4

Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 429

Si evidenzia un numero elevato di ricoveri con DRG 429 (Disturbi Organici e Ritardo Mentale). Una adeguata presa in carico territoriale dovrebbe portare alla riduzione dei ricoveri in ambito ospedaliero

Peso: 1



97%

Piano Azioni: 1.1.4.4 Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri DRG 429	89,00	85,00 <i>Dato di produzione provinciale, esclusa AOU Pr</i>	73,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 429	18,00	17,00	18,00	 94%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.7 Performance dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico Peso: 2
Gestione della Sicurezza e del Rischio Clinico (Nota: obiettivi in fase di valutazione/ridefinizione da parte del Responsabile Aziendale del Governo Clinico)



100%

5.7.1 Gestione esami isto-citopatologici Peso: 2
Adozione della procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami isto-citopatologici in sicurezza e qualità (I semestre). Audit di verifica della funzionalità del percorso indicato dalla procedura (II semestre)



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Produzione e applicazione e audit della procedura aziendale a livello dipartimentale		Progetto completato	Progetto completato	 100%

5.8 Performance dell'utente: Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni Peso: 2
Monitoraggio accessibilità ambulatori MMG congiunto alle evidenze di Reportistica e di Tassi di Utilizzo del P.S.



100%

5.8.1 Miglioramento dell'utilizzo del P.S. anche attraverso una piena accessibilità degli ambulatori MMG Peso: 2
Accessibilità ambulatori MMG finalizzata al miglioramento dell'utilizzo del P.S.



100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Indice di consumo standardizzato di codici bianchi in P.S.	14,61	14,61	14,37	 100%
	Indice di consumo standardizzato di codici verdi in P.S.	197,93	197,93	194,53	 100%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza utilizzo reportistica trimestrale MMG-P.S.	Si	Si	Si	 100%

5.9 Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo: Area dello sviluppo organizzativo

Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza, attraverso una tempestiva assegnazione e valutazione degli obiettivi assegnati

Peso: 2



100%

5.9.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Nota: Verbali OAS)		Si	Si	 100%

Pur in assenza dei Verbali OAS ci sono stati fornite le coordinate amministrative delle assegnazioni e delle valutazioni degli obiettivi

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5.10 Performance dei Processi Interni: Area dell'Anticorruzione e della trasparenza Peso: 1
Attuazione degli adempimenti rispetto alla normativa relativa alla Trasparenza Amministrativa e alla prevenzione della Corruzione (L. 190/2012; DLgs. 33/2013)



100%

5.10.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione Peso: 1



100%

Piano Azioni: 7.1.1.3 Integrità e Trasparenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione	Sì	Sì <i>La relazione viene svolta a fine anno</i>	Sì	 100%

5.11 Performance dei Processi Interni: Area dell'Organizzazione Peso: 1
Dati inviati dai DCP aziendali al Dipartimento Valutazione e Controllo per il completamento della reportistica afferente i DCP



100%

5.11.1 Qualità dei ritorni informativi da parte dei DCP al Dipartimento Valutazione e Controllo Peso: 1



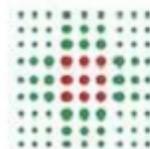
100%

Scheda di budget DCP Sud Est 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Invio tempestivo e intellegibile dei dati per la predisposizione di reportistica DCP (Report Microinfusori, Cruscotto CdS, etc.)	Si	Si	Si	 100%

2018



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

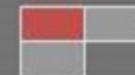
Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento di Sanità Pubblica

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Cozzolino Paolo

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura Dipartimento di Sanità Pubblica
Tipo Struttura Centro di Responsabilità
Codice Struttura 8200
Responsabile Cozzolino Paolo
Validità 01/01/2018 - 31/12/2018



100%

OBIETTIVI

1 **Tutte le aree diparimentali**

Peso: 24



98%

1.1 **AREA DELL'APPROPRIATEZZA , QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Peso: 5



100%

1.1.1 Esecuzione audit interni DSP
Esecuzione degli audit

Peso: 5

Obiettivo incentivante (dirigenza)

100%

Piano Azioni: 1.6.1.1 Percorso di accreditamento

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Report di Audit		Si	Si	 100%

1.2 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 3



100%

1.2.1 Piano Regionale della Prevenzione

Attuare i programmi di applicazione del nuovo piano regionale della prevenzione 2014 - 2018. Programmazione delle attività dei Servizi del DSP, nei singoli Piani di attività, delle azioni previste per l'anno 2017

Peso: 3



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Piano Azioni: 1.6.1.2 Piano Regionale della Prevenzione

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza presenza dei programmi in tutti i Piani di Attività dei servizi e relazione delle attività svolte al 31.12.2017		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.3 AREA DELL'ORGANIZZAZIONE

Peso: 5



100%

1.3.1 Revisione procedure controlli ufficiali Riedizione procedura DSP controlli ufficiali

Peso: 5



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Procedura edittata e protocollata		Si	Si <i>Elaborata Procedura dipartimentale per la gestione delle attività di controllo ufficiale (prot. 46585 del 9/7/2018) Revisionate le procedure sui controlli ufficiali di settori specifici</i>	 100%

1.4 AREA ECONOMICO FINANZIARIA

Peso: 5



91%

1.4.1 Personale dipendente Miglior utilizzo ore straordinare e monitoraggio ferie residue (allineamento aziendale)

Peso: 3



85%

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Costo ore straordinarie pagate		25.000,00	22.500,00 <i>Le ore di straordinario eccedenti i 22.500 euro sono state finanziate da progetti regionali con fondi commessa</i>	 100%
	Residuo medio ferie al 31/12/2018 personale dirigenza inferiore a 8 gg.	8	8	9,9	 75%
Indicatore generico giorni attesi in diminuzione	Residuo medio ferie al 31/12/2018 personale comparto inferiore a 5 gg.	5	5	6,3	 80%

1.4.2 **Formazione/qualificazione del personale**
Rispetto budget attribuito per formazione esterna
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Rispetto budget assegnato per formazione esterna	4.000,00	4.000,00	339,00 <i>La formazione esterna per l'anno 2018 è stata quasi totalmente finanziata da fondi commessa su progetti regionali.</i>	 100%

1.5 **AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO**

Peso: 3



100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.5.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza
Miglioramento del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale

Peso: 3



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Rif.: Verbali OAS)		Si	Si	 100%

1.6 AREA DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Peso: 3



100%

1.6.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 7.1.1.5 Miglioramento qualità inventario aziendale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza ed anticorruzione		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2 Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Peso: 30



100%

2.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 18



100%

2.1.1 Pianificazione Programmazione 2018 Definizione del Piano di attività 2018 del Servizio

Peso: 3

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 1.6.2.1 Pianificazione e Programmazione 2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Elaborazione del Piano di attività 2018		Sì	Sì <i>Prot. 11742 del 21/02/2018</i>	 100%

2.1.2 Raccolta ed elaborazione dati di attività SISP

Peso: 3

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 1.6.2.1 Pianificazione e Programmazione 2018

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Report budget SISP		Si	Si <i>Prot. 15386 del 07/03/2018</i>	 100%

2.1.3 Commissioni disabilità
 Monitorare sul rispetto del tempo medio attesa richiesta visita (<60gg)
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 4



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico giorni attesi in diminuzione	Rispetto del tempo medio attesa richiesta visita (<60gg)	50	50	40	 100%

2.1.4 Profilassi vaccinale adulti
 Soddisfacimento almeno del 95% delle richieste ricevute
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.2.3 Sorveglianza malattie infettive

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	N. vaccinazioni eseguite/n. vaccinazioni richieste		95,00%	100,00% <i>Al 31/12 eseguite 31191 su 31191 richieste</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2.1.5 **Igiene Ambiente**
Mantenimento del livello quali quantitativo nell'attività di vigilanza mediante il soddisfacimento del 90 % degli interventi programmati
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.2.2 Igiene Ambiente

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	N. interventi di vigilanza effettuati/n. interventi di vigilanza programmati (612)		90,00%	91,50% <i>Effettuati n. 560 interventi su vigilanza di cui 62 per legionella</i>	 100%

2.2 **AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI**

Peso: 8



100%

2.2.1 **Profilassi vaccinale anti pneumococcica**
Invio invito a vaccinarsi contro il pneumococco alla coorte dei 65 enni
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.2.7 DGR 830/17 - DGR 1423/2017 Vaccinazione degli ultrasessantacinquenni

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Spedizione invito alla coorte dei 65enni		Si	Si <i>Spedito invito ai 65enni (Coorte 1953) per un totale di 4.620 inviti</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2.2.2 Medicina Legale
 Rendere prenotabile su CUPWEB l'attività di certificazione per conseguimento/rinnovo patenti
Obiettivo incentivante (comparto)

Peso: 4



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Possibilità di Prenotazioni effettuate via WEB		Si	Si	 100%

2.3 AREA DELL'APPROPRIATEZZA , QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 4



100%

2.3.1 Sorveglianza malattie infettive
 Definizione di un protocollo operativo per il controllo della legionellosi nelle strutture sanitarie sensibili che tenga conto delle linee guida regionali e governo clinico degli operatori SISP

Peso: 4



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Piano Azioni: 1.6.2.6 DGR 830/2017 Contrasto alla Legionellosi

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adozione protocollo operativo per il controllo della legionellosi nelle strutture sensibili		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3 Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Peso: 18



100%

3.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 18



100%

3.1.1 Pianificazione Programmazione 2018 *Definizione del Piano di attività 2018 del Servizio*

Peso: 3

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 1.6.3.1 Pianificazione e Programmazione 2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Elaborazione del Piano di attività 2018		Sì	Sì <i>Prot. 15959 del 8-03-2018</i>	 100%

3.1.2 Raccolta ed elaborazione dati di attività SPSAL **Obiettivo incentivante (dirigenza)**

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 1.6.3.1 Pianificazione e Programmazione 2018

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Report budget SPSAL		Si	Si <i>Prot. 22886 del 05-04-2018</i>	 100%

3.1.3 Vigilanza presso strutture/impianti
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.3.2 Medicina del Lavoro

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Soddisfacimento del 90% degli interventi programmati (1231)		90,00%	100,00% <i>Effettuati 1582 interventi su 1231 programmati (128%)</i>	 100%

3.1.4 UOIA: Vigilanza presso strutture/impianti
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.3.3 UOIA

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	UOIA Soddisfacimento del 90% degli interventi programmati (414)		90,00%	100,00% <i>Effettuati 492 interventi su 414 programmati (119%)</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3.1.5

Medicina del Lavoro

Garantire il 90 % delle attività mediche collegate al Giudizio di idoneità nell'ambito di ricorsi avverso il giudizio del medico competente e le Visite specialistiche

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 4



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Realizzazione del 90% delle visite specialistiche presso l'Ambulatorio AUSL della MDL (635)		90,00%	100,00% <i>Effettuate n. 681 visite su n.635 programmate (107%)</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4 Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione

Peso: 10



100%

4.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 10



100%

4.1.1 Pianificazione Programmazione 2018 *Definizione del Piano di attività 2018 del Servizio*

Peso: 3



100%

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Piano Azioni: 1.6.4.1 Pianificazione e Programmazione 2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Elaborazione del Piano di attività 2018		Sì	Sì <i>prot.n. 10343 del 15.02.2018</i>	 100%

4.1.2 Raccolta ed elaborazione dati di attività SIAN

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 1.6.4.1 Pianificazione e Programmazione 2018

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Report budget SIAN		Si	Si <i>prot. n. 0014799 del 05/03/2018</i>	 100%

4.1.3 Vigilanza presso strutture/impianti
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.4.2 Igiene degli Alimenti

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Soddisfacimento del 90% degli interventi programmati (1350)		90,00%	97,00% <i>Effettuati n. 1306 interventi di vigilanza su 1350 programmati</i>	 100%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

5 Area dipartimentale sanità pubblica Veterinaria

Peso: 18



100%

5.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 18



100%

5.1.1 Pianificazione Programmazione 2018

Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Piano di attività 2018 del Servizio

Peso: 3

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 1.6.5.1 Pianificazione e Programmazione 2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Elaborazione piano di attività 2018		Sì	Sì <i>Prot. 10969 del 19/02/2018</i>	 100%

5.1.2 Raccolta ed elaborazione dati di attività ADSPV

Peso: 3

Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 1.6.5.1 Pianificazione e Programmazione 2018

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Report budget ADSPV		Si	Si <i>Prot. 18579 del 19/03/2018</i>	 100%

5.1.3 Controlli Servizio A
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.5.2 SERVIZIO A - Sanità Animale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	TBC - Soddisfacimento del 98% degli interventi programmati (33000)		98,00%	100,00% <i>Effettuati 33050 interventi su 33000 programmati</i>	 100%
	Interventi sul 100% dei cani morsicatori e controllo della aggressività		100,00%	100,00% <i>Si è intervenuto sul 100% delle segnalazioni ricevute (effettuati n. 388 interventi)</i>	 100%

5.1.4 Controlli Servizio B
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.5.2 SERVIZIO A - Sanità Animale

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	ORE DI MACELLAZIONE - Soddisfacimento del 90% degli interventi programmati (13400)		90,00%	100,00% <i>Ore totali di macellazione 13.485</i>	 100%
	VERIFICHE SU IMPIANTI DI TRASFORMAZIONE - Soddisfacimento del 90% degli interventi programmati (18978)		90,00%	96,00% <i>n. 18.284 verifiche effettuate su 18.978 programmate</i>	 100%

5.1.5 Controlli Servizio C
Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 4



100%

Piano Azioni: 1.6.5.3 SERVIZIO B - Igiene degli Alimenti di Origine Animale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	ISPEZIONI IN ALLEVAMENTI BOVINI - Soddisfacimento del 90% degli interventi programmati (1.112)		90,00%	100,00% <i>Interventi effettuati n. 1754 su n. 1112 programmati (157%)</i>	 100%

2018



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

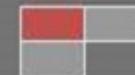
Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Pellegrini Pietro

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura	Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Tipo Struttura	Centro di Responsabilità
Codice Struttura	8300
Responsabile	Pellegrini Pietro
Validità	01/01/2018 - 31/12/2018



89%

OBIETTIVI

1	<u>Tutte le U.O. Dipartimentali</u>	<i>Peso: 42</i>		78%
1.1	<u>AREA DELLA PRODUZIONE</u>	<i>Peso: 4</i>		99%
1.1.1	Prosecuzione del ruolo del DAISMDP nelle costituente "Case della Salute" <i>Attività di raccordo e collaborazione con DCP e DSP e progetti di supporto alle disabilità</i>	<i>Peso: 2</i>		99%

Piano Azioni: 1.5.1.3 Qualità ed accreditamento / Comunicazione/ Governo Clinico

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Consulenze (anno2016)	2.353,00	2.353,00	2.299,00	 98%
	Prese in carico (anno 2016)	998,00	998,00	1.077,00	 100%

1.1.2 Collaborazione coi Nuclei Cure Primarie per migliorare l'accesso ai CSM

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.5.1.3 Qualità ed accreditamento / Comunicazione/ Governo Clinico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza documentale		Si	Si	 100%

1.2 AREA ECONOMICO FINANZIARIA

Peso: 23



78%

1.2.1 Mantenimento del livello di spesa secondo la media degli ultimi 4 anni
Relativamente alle categorie merceologiche (A01,A02,A03,A12)

Peso: 8

Obiettivo incentivante (dirigenza)



93%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Mantenimento della spesa (Metodologia di calcolo: reports mensili)	1.424.478,00 <i>Media anni 2014-2017 (GRMERC A01,A02,A03,A12,A14,</i>	1.424.478,00	1.460.656,00	 97%
Indicatore generico volume attività da contenere	Mantenimento consumi DDD (Metodologia di calcolo: reports mensili)	4.381.361,00 <i>Media anni 2014-2017 (GRMERC A01,A02,A03,A12,A14,</i>	4.381.361,00	4.902.798,00	 88%

1.2.2 Corretta implementazione del flusso FED
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Peso: 10



55%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in crescita	CSM - Corretta implementazione del flusso Fed (Riferimento: tabelle flusso FED RER). Valore riferimento anno 2016	148.039,00	148.039,00	80.857,00 <i>Valore SISEP al 07/02/2019 - aggiornamento dati al mese di novembre</i>	 55%

1.2.4 Spesa per Budget di salute
Applicazione DGR 1554 /2015 - risorse messe a disposizione dall'Ausl

Peso: 5



100%

Piano Azioni: 1.5.2.2 Attuazione Programma per le contenzioni fisiche c/o SPDC

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in crescita	Spesa anno 2017		1.276.951,84	1.288.125,61	 100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

1.3 AREA DELL'INTEGRAZIONE Peso: 10

1.3.1 Rivalutazione dei bisogni assistenziali (UVG) per una più idonea collocazione presso le strutture degli utenti classificati come psicogeriatrici Peso: 0
Miglioramento del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Nr. Utenti ricollocati/nr. Utenti valutati		50,00%	50,00% <i>Nr. 8 valutati nr. 4 ricollocati</i>	 100%
Indicatore generico economico in crescita	Volume economico della ricollocazione (minori costi)		50.000,00	72.000,00	 100%

1.3.2 Avvio dialogo/percorsi con gli Enti Locali per gestione condivisa sulle tematiche delle aree autismo e minori Peso: 0



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza percorsi		Sì	Sì	 100%

1.3.3 Avvio percorso di riesame dei bisogni assistenziali degli utenti ricoverati in strutture con PARAI particolarmente onerosi per eventuale revisione Peso: 0



100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Nr. Utenti ricollocati/nr. Utenti valutati		10,00%	21,00% <i>Nr. 3 pazienti ricollocati su nr. 14</i>	 100%
Indicatore generico economico in diminuzione	Volume economico della rivalutazione (minori costi)			0,00 <i>Dato al momento non disponibile</i>	

1.3.4 Avvio inserimento utenti con percorsi giudiziari attualmente ospitati in strutture extra ausl, nelle strutture residenziali aziendali Peso: 0



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Nr. Utenti con percorsi giudiziari ricollocati in strutture ausl		2,00	4,00	 100%
Indicatore generico percentuale in crescita	Nr. Utenti con percorsi giudiziari ricollocati in strutture ausl/nr. Utenti percorsi giudiziari in strutture extra ausl				

1.3.5 Ipotesi di riconversione di strutture aziendali per l'area disabili/autismo

Peso: 0



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenza progetto di riconversione		Sì	Sì	 100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

1.4 AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Peso: 3



50%

1.4.1 Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza *Miglioramento del Personale in forza con focalizzazione sulla performance individuale*

Peso: 3



50%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Rispetto dei tempi nella predisposizione delle schede di assegnazione degli obiettivi e di valutazione degli obiettivi (Rif.: Verbali OAS)		Si	Si <i>Pur in assenza dei verbali OAS ci sono state fornite le coordinate amministrative delle assegnazioni e delle valutazioni degli obiettivi. Per il Dipartimento viene segnalato un mancato rispetto delle scadenze.</i>	 50%

1.5 AREA DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Peso: 2

1.5.1 Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione

Peso: 0



100%

Piano Azioni: 7.1.1.4 Integrità e Trasparenza

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Relazione sugli adempimenti in materia di Trasparenza ed anticorruzione		Si	Si	 100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

2 **Aree Psichiatria Adulti e Dipendenze Patologiche** Peso: 2

2.1 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO Peso: 2

2.1.1 Completamento del sistema per l'Emergenza-Urgenza Peso: 0
Consulenze effettuate in ambito ospedaliero (Parma e Fidenza)



100%

Piano Azioni: 1.5.1.2 La salute mentale nella Case della salute

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mantenimento delle consulenze entro il 2% del numero totale degli accessi in PS		2,00%	1,89%	 100%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Documentale: Ufficio qualità Dipartimentale		Sì	Sì	 100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

3 Area Psichiatria Adulti

Peso: 14



99%

3.1 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 2



98%

3.1.1 Pazienti trattati in Lea Territoriale *monitoraggio del volume raggiunto anno 2017*

Peso: 2



98%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	"Primi contatti" mantenimento in un range +/- 10% del volume raggiunto anno2017	3.227,00	3.227,00	3.236,00 + 0,28%	100%
	"Prestazioni totali" mantenimento in un range +/- 10% del volume raggiunto anno2017	210.233,00	210.233,00	201.725,00 - 4,27%	100%
	"Pazienti trattati" mantenimento in un range +/- 10% del volume raggiunto anno2017	8.450,00	8.450,00	8.902,00 + 5,35%	95%

3.2 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 8

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

3.2.1

REMS

Elaborazione di proposta di cruscotto finalizzato alla definizione di percorsi giudiziari anche alternativi alla REMS.

Peso: 0



100%

Piano Azioni: 1.5.2.1 Appropriatelyzza nell'utilizzo della rete ospedaliera e residenziale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	num di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/num residenti ammessi nelle REMS		100,00%	100,00%	 100%

3.2.2

Governo clinico

Approvazione documento sul Governo clinico, monitoraggio contenzioni in ambito SPDC, miglioramento della sicurezza

Peso: 0



99%

Piano Azioni: 1.5.1.3 Qualità ed accreditamento / Comunicazione/ Governo Clinico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Documentale: documento sul Governo clinico		Si	Si	 100%
	Documentale: report cadute		Si	Si	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Contenimento sulla popolazione target residente entro la quota di 20 TSO/anno/ 100.000 residenti		20,00	20,60	 97%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

3.2.3 Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

Peso: 0



99%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Ritenzione in trattamento pazienti con esordio psicotico (EP) dopo un anno diagnosi/ tot. pazienti EP standard rispetto anno 2017	87,00%	89,00%	88,00%	 99%
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Procedure ed attivazione progetti		Sì	Sì	 100%

3.3 AREA DELL'INTEGRAZIONE

Peso: 2

3.3.1 Integrazione socio-sanitaria. Budget di salute

Peso: 0

Armonizzazione dei diversi strumenti alla metodologia Budget di Salute ed effettuazione della ricerca sugli esiti

100%

Piano Azioni: 1.5.1.8 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Attivazione progetti Terapeutico-Riabilitativi (PTR) con Budget di Salute (valore anno 2017)	116,00	116,00	135,00	 100%

3.4 AREA ECONOMICO FINANZIARA

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

3.4.1 Monitoraggio Costi REMS

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Consolidamento della spesa anno 2017 (fonte dati Co.An)	1.549.573,00	1.549.572,00 <i>consuntivo 2017</i>	1.500.547,48 <i>Dato provvisorio</i>	 100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

4 Area Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza

Peso: 12



98%

4.1 AREA DELL'ORGANIZZAZIONE

Peso: 1

4.1.1 Polo Pediatrico (Casa della Salute del Bambino e Adolescente)

Peso: 0



100%

Piano Azioni: 1.5.3.2 Polo Pediatrico (Casa della Salute del Bambino e Adolescente)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Atti di apertura della Struttura		Si	Si	 100%

4.2 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 4



98%

4.2.1 RTI-RTP-M "San Polo"

Pieno utilizzo della Residenza a Trattamento Intensivo (RTI-M) e Post acuto per minori

Peso: 2



97%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Report minori collocati in strutture		Si	Si	 100%
Indicatore generico percentuale in crescita	Mantenimento indice di occupazione anno 2017	94,80%	94,80%	90,00% <i>100% su 8 posti 68% su posto in urgenza</i>	 95%

4.2.2 Pazienti trattati
monitoraggio del volume raggiunto anno 2017

Peso: 2



98%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	"Primi contatti" mantenimento in un range +/- 10% del volume raggiunto anno2017		2.628,00	2.511,00 - 4,45%	 96%
	"Prestazioni totali" mantenimento in un range +/- 10% del volume raggiunto anno2017		68.085,00	66.784,00 - 1,81%	 98%
	"Pazienti trattati" mantenimento in un range +/- 10% del volume raggiunto anno2017		6.459,00	6.489,00 +0,46%	 100%

4.3 AREA DELLA CENTRALITA' DEL PAZIENTE

Peso: 7

4.3.1 Definizione delle "Politiche per l'Accesso"
Attuazione annuale delle azioni previste nel Piano triennale per l'accesso finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa nell'ambito di percorsi di presa in carico con i PLS

Peso: 0



50%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Effettuazione del 70% delle prime visite entro i 30 gg. (dato ELEA)		70,00%	35,00%	 50%

4.3.2 Piano abbattimento liste d'attesa

Peso: 0



67%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Visita Neuropsichiatrica (I.P. => 90%)	59,90%	90,00%	60,30%	 67%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

5 Area Dipendenze Patologiche

Peso: 12



100%

5.1 AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

Peso: 2

5.1.1 Nuove dipendenze

Monitoraggio/mappatura delle realtà giovanili per le nuove dipendenze e modalità di assunzione, facilitazione dell'invio dei medesimii servizi di cura sert. Promozione e sviluppo del PDTA Gioco d'azzardo Patologico

Peso: 0



100%

Piano Azioni: 1.5.4.3 Nuove dipendenze

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Uscite sul territorio dell'unità di strada		36,00	93,00	 100%

5.2 AREA DELL'INTEGRAZIONE

Peso: 2

5.2.1 Salute mentale e dipendenze patologiche negli Istituti Penitenziari

Valutazione del fabbisogno di assistenza nelle Carceri per problemi correlati a Dipendenza da sostanze ed aspetti di salute, valutazione all'ingresso, valutazione su segnalazione, definizione ed applicazione di percorsi di cura con trattamenti multidisciplinari

Peso: 0



0%

Piano Azioni: 1.5.4.1 Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	coinvolgimento dei Servizi Territoriali competenti in riferimento ai residenti della Ausl Parma		90,00%		 0%
	Valutazione psicologica dei nuovi giunti in carcere secondo protocollo regionale		90,00%		 0%

5.3 AREA DELLA PRODUZIONE

Peso: 3



99%

5.3.1 Pazienti trattati mantenimento volume raggiunto anno 2017

Peso: 3



99%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Nuovi Pazienti mantenimento volume raggiunto anno 2017	504,00	504,00	508,00	 100%
	"Prestazioni totali" mantenimento volume raggiunto anno 2017	124.678,00	124.678,00	121.906,00	 98%
	"Pazienti in carico mantenimento volume raggiunto anno 2017	2.141,00	2.141,00	2.156,00	 100%

5.4 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA' ,SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 3

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

5.4.1 Uso appropriato, secondo le indicazioni registrate dei farmaci per dissassuefazione da alcool

Peso: 0



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Monitoraggio consumi DDD Campral >20% anno 2017	6.028,00	7.234,00	7.343,00	 100%

5.5 AREA ECONOMICO FINANZIARIA

Peso: 2



100%

5.5.1 Inserimenti in Comunità Terapeutiche

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Rispetto del budget assegnato (solo rette e progetto bassa soglia)	1.545.300,00	1.545.300,00	1.536.119,00	 100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

6 **Area Servizi Psichiatrici Ospedalieri**

Peso: 18



96%

6.1 **AREA DELLA PRODUZIONE**

Peso: 8



93%

6.1.1 **Mantenimento indice di occupazione dei posti letto in SPDC**

Peso: 3



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mantenimento indice di occupazione dei posti letto in SPDC 2017		92,00%	92,00%	 100%

6.1.2 **Durata media della degenza**

Peso: 3



86%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico giorni attesi in diminuzione	Mantenimento della durata media degenza in SPDC 2017	11	10	12	 80%
	Mantenimento della durata media degenza in SPOI ausl 2017	16	14	17	 79%
	Mantenimento della durata media degenza in SPOI convenzionato 2017	9	8	7	 100%

6.2 AREA DEGLI ESITI

Peso: 4



100%

6.2.1 Contenzioni

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.5.1.3 Qualità ed accreditamento / Comunicazione/ Governo Clinico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Tendenza a zero delle contenzioni comunque inferiore alla performance anno 2017	20,00	14,00	5,00	 100%

6.2.2 TSO

Peso: 2



100%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Contenimento TSO anche in relazione ai dati generali RER (TSO per assistiti residenti - popolazione target)		17,80	15,67 <i>Dato InSider stimato sui 9 mesi</i>	 100%

6.3 AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA' , SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 3

6.3.1 Per le UU.OO Degenza Ordinaria interventi efficaci di igiene delle mani

Peso: 0



3%

Piano Azioni: 6.3.1.5 DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Litri di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza (St. 20 litri/1000 ggdeg)	20,00	20,00	0,55 <i>Solo spoi degenze (ggdeg 10611, It 14,65)</i>	 3%

6.4 ECONOMICO FINANZIARIA

Peso: 3



96%

6.4.1 Rispetto accordo RER - AIOP

Peso: 3



96%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2018 - BOZZA

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	rispetto dell'accordo AIOP (cod. 40)	3.465.040,00	3.465.040,00	3.606.018,00 <i>Dato preconsuntivo + 4,07%</i>	 96%

2018



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

Scheda Qualità

Verifica finale al 31/12/2018

Responsabile Direttore Sanitario

La presente scheda raggruppa gli obiettivi relativi al sistema qualità (area appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico) inseriti nelle schede di budget negoziate con i Dipartimenti Sanitari Aziendali

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Struttura Scheda Qualità
Tipo Struttura Centro di Responsabilità
Codice Struttura 1001
Responsabile Direttore Sanitario
Validità 01/01/2018 - 31/12/2018



91%

OBIETTIVI

1 **Dipartimento Cure Primarie**

Peso: 26



92%

1.1 **APPROPRIATEZZA, QUALITA' PRESCRITTIVA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE CRITICHE**

Peso: 3



93%

1.1.1 Prescrizioni e prenotazioni dei controlli per pazienti cronici e/o soggetti a visita di controllo; ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente e appropriatezza prescrittiva delle visite di controllo
L'obiettivo è aumentare le prescrizioni del medico specialista per le cronicità e favorire le ri prenotazioni interne da parte della struttura erogante le visite di controllo, quota parte di visite di controllo che sono in tipo coda D (a disposizione solo per la struttura erogante)

Peso: 3



93%

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista		276.302,00	222.787,00	 81%
	Numero di visite di controllo prescritte dal medico specialista		60.789,00	60.385,00	 99%
	Riprenotazione interna da parte della struttura erogante dei controlli. Numero di prenotazioni riservate		159.471,00	225.248,00	 100%

1.2 APPROPRIATEZZA, QUALITÀ PRESCRITTIVA PER CATEGORIE TERAPEUTICHE CRITICHE

Peso: 6



89%

1.2.1 Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso monitoraggio prescrizioni, incremento utilizzo farmaci equivalenti, appropriatezza prescrittiva

Peso: 3

Obiettivo incentivante (dirigenza)



80%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	PPI		46,00	54,24	 82%
	Antidepressivi (SSRI)		32,68	38,61	 82%
	Fluorochinoloni in donne di età 20-59 ann		1,40	1,75	 75%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.2.2 Utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee
Incremento utilizzo farmaci equivalenti attraverso azioni di informazione ed aggiornamento a tutti i medici prescrittori e cittadini

Peso: 3



98%

Piano Azioni: 5.4.1.1 Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto (DDD)		88,00%	86,40%	 98%

1.3 APPROPRIATEZZA NELLA PRESCRIZIONE E NELL'EROGAZIONE DI PARTICOLARI CLASSI DI FARMACI

Peso: 2



100%

1.3.2 Obiettivo di deprescrizione di particolari classi di farmaci nella popolazione anziana in CRA (PPI e Antipsicotici atipici)
Si raccomanda ai Professionisti clinici un corretto approccio prescrittivo nell'anziano, anche attraverso l'utilizzo dell'algoritmo predisposto all'uso da Azienda USL di Parma e da Thomas Jefferson University (TJU)

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis gli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la deprescrizione dei PPI (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Diffusione ai DCP, e agli altri nodi assistenziali in primis gli Ospedali AUSL e AOU PR, dell'apposita documentazione per la deprescrizione degli Antipsicotici Atipici (algoritmi) nella popolazione anziana		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

1.4 PERCORSI DI GESTIONE INTEGRATA

Peso: 2



100%

1.4.1 Impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC)

Peso: 2

Partecipazione ai lavori di stesura ed adozione delle indicazioni contenute nella procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami istocitopatologici in sicurezza e qualità



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Adozione del questionario ACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%
	Adozione del questionario PACIC		Progetto completato	Progetto completato	 100%

1.5 FOCALIZZAZIONE SUI DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI LEA

Peso: 9



87%

1.5.1 Appropriately ricoveri in Hospice

Monitoraggio principali indicatori di valutazione dei ricoveri in Hospice

Peso: 3



76%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Percentuali di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni		25,00%	23,10% <i>Report CdG</i>	 100%
	Percentuali di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero <= 7 giorni		20,00%	29,80% <i>Report CdG</i>	 51%

1.5.2

Appropriatezza ricoveri con DGR 088

Il miglioramento della presa in carico del paziente con BPCO, passa attraverso la Gestione Integrata e l'aderenza alle procedure organizzative adottate. Il processo deve riflettersi in una diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva)

Peso: 3



85%

Piano Azioni: 1.1.2.5 DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Avvio della Gestione Integrata della BPCO in almeno una CdS		Progetto completato	Progetto completato parzialmente	 70%
	Aderenza ai percorsi organizzativi sviluppati per la BPCO		Progetto completato	Progetto completato parzialmente	 70%
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri con DRG 088		209,00	123,00	 100%
	consumo distrettuale ricoveri con DRG 088		435,00	296,00	 100%

1.5.3

Appropriatezza ricoveri con DGR 429

Continua il monitoraggio di ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 429 (Disturbi Organici e Ritardo Mentale). Una adeguata presa in carico territoriale dovrebbe portare alla riduzione dei ricoveri in ambito ospedaliero

Peso: 3



100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Produzione provinciale di ricoveri con DRG 429		85,00	76,00	 100%
	Consumo distrettuale ricoveri con DRG 429		165,00	164,00	 100%

1.6 GESTIONE DELLA SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 4



100%

1.6.1 Applicazione della procedura Gestione Clinica del Farmaco Con particolare riferimento alla U.O. Sanità Penitenziaria **Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)**

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.3 Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Diffusione utilizzo tablet per la somministrazione della terapia farmacologica		Progetto completato	Progetto completato	 100%

1.6.2 Gestione esami isto-citopatologici

Partecipazione ai lavori di stesura ed adozione delle indicazioni contenute nella procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami isto-citopatologici in sicurezza e qualità

Peso: 2



100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Produzione ed applicazione della procedura aziendale a livello dipartimentale		Progetto completato	Progetto completato	 100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

2 Dipartimento Salute Mentale

Peso: 12



84%

2.1 APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 12



84%

2.1.1 Completamento del sistema per l'Emergenza-Urgenza *Consulenze effettuate in ambito ospedaliero (Parma e Fidenza)*

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.5.1.2 La salute mentale nella Case della salute

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mantenimento delle consulenze entro il 2% del numero totale degli accessi in PS		2,00%	1,89%	 100%

2.1.2 REMS *Elaborazione di proposta di cruscotto finalizzato alla definizione di percorsi giudiziari anche alternativi alla REMS.*

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 1.5.2.1 Appropriata nell'utilizzo della rete ospedaliera e residenziale

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/num residenti ammessi nelle REMS		100,00%	100,00%	 100%

2.1.3 Governo clinico
Approvazione documento sul Governo clinico, monitoraggio contenzioni in ambito SPDC, miglioramento della sicurezza

Peso: 2



99%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Documentale: documento sul Governo clinico		Si	Si	 100%
	Documentale: report cadute		Si	Si	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Contenimento sulla popolazione target residente entro la quota di 20 TSO/anno/100.000 residenti		20,00	20,60	 97%

2.1.4 Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

Peso: 2



99%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Ritenzione in trattamento pazienti con esordio psicotico (EP) dopo un anno diagnosi/ tot. pazienti EP standard rispetto anno 2017		89,00%	88,00%	 99%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Procedure ed attivazione progetti		Si	Si	 100%

2.1.5 Uso appropriato, secondo le indicazioni registrate, dei farmaci per disassuefazione da alcool

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Monitoraggio consumi DDD Campral >20% anno 2017	6.028,00	7.234,00	7.343,00	 100%

2.1.6 Per tutte le UU.OO. di degenza ordinaria: interventi efficaci di igiene delle mani

Peso: 2



3%

Piano Azioni: 6.3.1.5 DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Litri di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza (St. 20 litri/1000 ggdeg)		20,00	0,55 <i>Solo spoi degenze (ggdeg 10611, lit 14,65)</i>	 3%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

3	<u>Dipartimento Sanità Pubblica</u>	<i>Peso: 4</i>	 100%
3.1	<u>APPROPRIATEZZA , QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</u>	<i>Peso: 4</i>	 100%
3.1.1	Esecuzione audit interni DSP <i>Esecuzione degli audit</i>	<i>Peso: 2</i>	 100%

Piano Azioni: 1.6.1.1 Percorso di accreditamento

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Report Audit effettuati		Sì	Sì <i>Effettuati gli audit interni a tutti i servizi DSP nel mese di dicembre 2018 come da programma protocolli 80999 – 81003 – 81001 – 80997 – 81002 - 81000 del 05/12/2018)</i>	 100%

3.1.2	Sorveglianza malattie infettive <i>Definizione di un protocollo operativo per il controllo della legionellosi nelle strutture sanitarie sensibili che tenga conto delle linee guida regionali e governo clinico degli operatori SISP</i>	<i>Peso: 2</i>	 100%
	Obiettivo incentivante (dirigenza)		

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Piano Azioni: 1.6.2.6 DGR 830/2017 Contrasto alla Legionellosi

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adozione protocollo operativo per il controllo della legionellosi nelle strutture sensibili		Sì	Sì	 100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4 Dipartimenti Ospedalieri

Peso: 58



92%

4.1 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Peso: 36



93%

4.1.1 Adesione al Prontuario Regionale

Adesione al Prontuario regionale ed al Prontuario AVEN nella continuità terapeutica: prescrizioni in dimissione e dopo visita specialistica

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.19 DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale di adesione \geq 98% (N. prescrizioni aderenti al prontuario AVEN/N. prescrizioni verificate negli ambiti specifici)		98,00%	98,00%	 100%

4.1.2 Corrette modalità di prescrizione dei farmaci per principio attivo

Nelle prescrizioni in dimissione e dopo visita specialistica va indicato, salvo casi particolari, il principio attivo

Peso: 2



98%

Piano Azioni: 5.4.1.19 DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale prescrizione con principio attivo = 95% (N. prescrizioni per principio attivo/n. prescrizioni verificate negli ambiti specifici)		95,00%	93,00%	 98%

4.1.3 **Appropriatezza prescrittiva PPI**
Prescrizione PPI in dimissione e dopo visita specialistica secondo i criteri della nota 1 e 48

Peso: 3



86%

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale prescrizione PPI >= 98% (N. prescrizioni PPI appropriate/n. prescrizioni PPI totali)		98,00%	84,00%	 86%

4.1.4 **Adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso**
Con particolare riferimento alla U.O. di Endoscopia Digestiva

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.7 Rete delle Farmacie Oncologiche

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Per gli anti TNF alfa raggiungimento del 45% del consumo biosimilare dell'Infliximab		45,00%	73,50%	 100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4.1.5 Prosecuzione nell'attività di monitoraggio intensivo dei farmaci sottoposti a registro AIFA anche ai fini del recupero economico tramite le procedure di rimborso Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.3 Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Monitoraggio registri AIFA		Sì	Sì	 100%

4.1.6 Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici elaborate dal gruppo GReFO Peso: 2
Obiettivo incentivante (dirigenza)



100%

Piano Azioni: 5.4.1.14 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci Oncologici e Terapie Antitumorali

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adesione alle raccomandazioni regionali		Sì	Sì	 100%

4.1.7 Eventi Formativi Peso: 2
interventi formativi in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico ai fini dell'appropriatezza prescrittiva di molecole sotto osservazione regionale



0%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Svolgimento di almeno 1 evento formativo sul campo		1,00	0,00	 0%

4.1.8 Ambulatori diabetologici: adesione alle raccomandazioni regionali farmaci incretinomimetici e glifozine
Adesione alle raccomandazioni regionali farmaci incretinomimetici e glifozine per i pazienti affetti da diabete di tipo 2 e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel documento del PTR n. 172 e suoi aggiornamenti

Peso: 3



100%

Piano Azioni: 5.4.1.10 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adesione alle raccomandazioni regionali		Si	Si	 100%

4.1.9 Ambulatorio di Pneumologia: prescrizione appropriata dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.10 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Prescrizione appropriata farmaci		Si	Si	 100%

4.1.10 Centri accreditati terapia anticoagulante: Adesione alle raccomandazioni Regionali sulla prescrizione dei farmaci anticoagulanti NAO
Prescrizione appropriata secondo le linee di indirizzo rere al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi su scala provinciale

Peso: 2

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Piano Azioni: 5.4.1.11 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	% prescrizioni farmaci a minor costo sul totale delle prescrizioni		80,00%	0,00%	
				<i>Dato Insider al momento non disponibile</i>	
Indicatore generico volume attività da contenere	La quota di pazienti che passano da AVK a NAO diminuita del 50% rispetto al 2017		39,00	0,00	
				<i>Dato al momento non disponibile</i>	

4.1.11 Ambulatorio di Epatologia: strategia terapeutica per il trattamento dell'epatite C cronica

La strategia terapeutica per i nuovi trattamenti (e i ritrattamenti) dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale privilegiando quelli che presentano il miglior rapporto costo/opportunità

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.15 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Epatite C -

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adesione ai criteri gruppo regionale		Sì	Sì	
					100%

4.1.12 Ambulatorio dello scompenso cardiaco: Trattamento insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan)

Adesione alle raccomandazioni d'uso (PT AIFA) nella prescrizione di: sacubitril+valsartan per il trattamento in pazienti adulti dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica con ridotta frazione di eiezione

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.12 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Presenza in carico nuovi pazienti anno 2018 (nr. max)		25,00	20,00	 100%

4.1.13

Appropriatezza prescrizione farmaci specialistici

Adesione alle Linee Guida Terapeutiche e Regionali. Linee Guida Terapeutiche del PTR : Farmaci per la cura della malattia di Parkinson; formulazione PT. - Monitoraggio prescrizioni e verifica dei PT

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.16 DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Emofilia A e B - Farmaci Neurologici

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Adesione ai criteri gruppo regionale		Sì	Sì	 100%

4.1.14

Uso appropriato della Terapia Pressione Negativa

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 5.4.1.21 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Monitoraggio secondo la scheda regionale		Sì	Sì	 100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

4.1.15 **Uso appropriato di DM a ultrasuoni e radiofrequenza**
Adesione alle Linee di indirizzo regionali indicazioni per l'utilizzo in chirurgia di dm a ultrasuoni e radiofrequenza

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale di adesione => 90%	79,90%	90,00%	94,50%	 100%

4.1.16 **Avvio gestione informatizzata della terapia farmacologica in tutte le UU.OO.**
Somministrazione della terapia farmacologica con identificazione paziente/farmaco. Secondo cronogramma

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Si	Si <i>In tutte le UU.OO.</i>	 100%

4.1.17 **Messa a regime progetto cartella clinica infermieristica informatizzata**
Obiettivo incentivante (comparto)

Peso: 2



100%

Piano Azioni: 7.7.1.4 Cartella Clinica Elettronica - SEZIONE INFERMIERISTICA

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Evidenze documentali		Si	Si <i>Secondo cronogramma</i>	 100%

4.2 FOCALIZZAZIONE SUI DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI LEA Peso: 16
Le Aziende Sanitarie devono perseguire l'obiettivo di trasferire la casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital e ambulatoriale) (Insider, RER)



89%

4.2.1 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero Peso: 3

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico percentuale in diminuzione	Mantenimento % ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni Ospedale Borgotaro	1,91%	1,91%	0,00% <i>Dato Insider non ancora disponibile</i>	
	Diminuzione % ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni Ospedale Fidenza	5,08%	3,34%	0,00% <i>Dato Insider non ancora disponibile</i>	
Indicatore generico volume attività da contenere	Mantenimento Indice di Performance Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici Ospedale Borgotaro	-0,91	-0,91	0,00 <i>Dato Insider non ancora disponibile</i>	
	Diminuzione Indice di Performance Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici Ospedale Fidenza	0,47	-0,52	0,00 <i>Dato Insider non ancora disponibile</i>	

4.2.2 Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 088 Peso: 2
Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva)



100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Riduzione -5% rispetto al valore 2017	99,00	94,00	51,00 <i>Dato SISEPS aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 100%

4.2.3 **Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 158**
Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 158 (interventi su ano e stoma senza CC)

Peso: 3



78%

Piano Azioni: 2.2.3.10 DGR 830/17 - Appropriatezza - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Riduzione -5% rispetto al valore 2017 Ospedale Borgotaro	76,00	72,00	87,00 <i>Dato SISEPS aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 79%
	Riduzione -5% rispetto al valore 2017 Ospedale Fidenza	74,00	70,00	86,00 <i>Dato SISEPS aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 77%

4.2.4 **Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 429**
Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 429 (disturbi organici e ritardo mentale)

Peso: 2



100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Mantenimento ricoveri in regime ordinario al valore 2017	54,00	54,00	43,00 <i>Dato SISEPS aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 100%

4.2.5 **Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 503**
Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 503 (interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione)

Peso: 3



88%

Piano Azioni: 2.2.3.10 DGR 830/17 - Appropriatezza - Dipartimento Chirurgico

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Riduzione -5% rispetto al valore 2017 Ospedale Borgotaro	90,00	86,00	106,00 <i>Dato SISEPS aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 77%
	Riduzione -5% rispetto al valore 2017 Ospedale Fidenza	79,00	75,00	61,00 <i>Dato SISEPS aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 100%

4.2.6 **Appropriatezza ricoveri potenzialmente inappropriati con DRG 538**
Diminuzione dei ricoveri in discipline per acuti in regime ordinario con DRG 538 (escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC)

Peso: 3



84%

Piano Azioni: 2.2.3.10 DGR 830/17 - Appropriatezza - Dipartimento Chirurgico

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da contenere	Riduzione -5% rispetto al valore 2017 Ospedale Borgotaro	17,00	16,00	21,00 <i>Dato SISEPS aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 69%
	Riduzione -5% rispetto al valore 2017 Ospedale Fidenza	44,00	42,00	41,00 <i>Dato SISEPS aggiornato al 18/03/2019. Consolidato senza mobilità passiva</i>	 100%

4.3 GESTIONE DELLA SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO

Peso: 6



95%

4.3.1 Gestione esami isto-citopatologici

Partecipazione ai lavori di stesura ed adozione delle indicazioni contenute nella procedura aziendale per la raccolta, conservazione e tracciatura degli esami isto-citopatologici in sicurezza e qualità

Peso: 2



100%

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore Stato Avanzamento Progetto	Produzione ed applicazione della procedura aziendale a livello dipartimentale		Progetto completato	Progetto completato	 100%

4.3.2 Sorveglianza epidemiologica infezioni nosocomiali ed antibiotico resistenze

Da parte delle UU:OO. Patologia clinica

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Peso: 2



100%

Scheda Qualità anno 2018

Verifica finale al 31/12/2018

Piano Azioni: 6.3.2.4 DGR 919 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero di report inviati alle UU.OO.		20,00	30,00	 100%

4.3.3 Per le UU.OO Degenza Ordinaria interventi efficaci di igiene delle mani

Peso: 2



Piano Azioni: 6.3.1.5 DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018			Performance
		Val. Riferimento	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Litri di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza (St. 20 litri/1000 ggdeg)		20,00	17,06 <i>Riferito a tutti i Dipartimenti Ospedalieri</i>	 85%