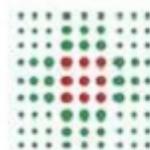


2017



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

Stampa Piano delle Azioni 2017

Verifica finale al 31/12/2017

Alcuni indicatori verranno aggiornati appena disponibili i dati a consuntivo

Direzione Generale



SOMMARIO

1 - ASSISTENZA TERRITORIALE

1.1 - Cure Primarie

1.1.1 - Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza	1
1.1.2 - Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie	6
1.1.3 - Cure Intermedie	8
1.1.4 - Le cure domiciliari	10
1.1.5 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	13

1.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

1.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	22
1.2.2 - Sportello Unico Distrettuale	27
1.2.3 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	29

1.3 - SALUTE DONNA

1.3.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	33
1.3.2 - Azioni di integrazione	38
1.3.3 - Spazio Giovani	44
1.3.4 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	47

1.4 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

1.4.1 - Quadro generale	52
1.4.2 - Area Psichiatria Adulti	59
1.4.3 - Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	61
1.4.4 - Area Dipendenze Patologiche	65
1.4.5 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	67

1.5 - SANITA' PUBBLICA

1.5.1 - Quadro Generale e attività trasversali	70
1.5.2 - Igiene e Sanità Pubblica	73
1.5.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	78
1.5.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	81
1.5.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	83
1.5.6 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	86

SOMMARIO

1 - ASSISTENZA TERRITORIALE

1.5 - SANITA' PUBBLICA

1.6 - GLI SCREENING

1.6.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	94
1.6.2 - Screening del tumore del collo uterino	95
1.6.3 - Screening del tumore della mammella	96
1.6.4 - Screening del tumore del colon retto	98

2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

2.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero

2.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	101
---	-----

2.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale

2.2.1 - Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata	110
2.2.2 - DGR 830/17 - - Linee di Programmazione RER	124

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

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

3.1.1 - Obiettivi generali	140
----------------------------	-----

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

3.2.1 - Obiettivi generali	143
----------------------------	-----

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

3.3.1 - Obiettivi- azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori	147
--	-----

3.4 - Monitoraggio della mobilità passiva

3.4.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva	152
---	-----

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

3.5.1 - Inquadramento generale	153
--------------------------------	-----

4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

4.1 - AREA TRASVERSALE

4.1.1 - Obiettivi generali	156
4.1.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	168

SOMMARIO

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

5.1 - CURE PALLIATIVE

5.1.1 - Obiettivi generali	172
5.1.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	177

5.2 - DEMENZE

5.2.1 - Quadro generale	179
-------------------------	-----

5.3 - EMERGENZA URGENZA-118

5.3.1 - Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario	183
5.3.2 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi	187
5.3.3 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	190

5.4 - Politica del farmaco

5.4.1 - Quadro generale	192
5.4.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	200

5.5 - Medicina riabilitativa

5.5.1 - Quadro generale	211
-------------------------	-----

5.6 - PATOLOGIE CRONICHE

5.6.1 - Prevenzione cardiovascolare	215
5.6.2 - Nutrizione Artificiale	217

5.7 - Sviluppo reti cliniche pediatriche

5.7.1 - Area Territoriale	219
5.7.2 - Area Ospedaliera	225
5.7.3 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	227

5.8 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata

5.8.1 - Quadro generale	230
-------------------------	-----

5.9 - SANITA' PENITENZIARIA

5.9.1 - Quadro generale	234
5.9.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	235

SOMMARIO

5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	
5.10 - Psicologia Clinica e di Comunità	
5.10.1 - Quadro Generale	238
6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI	
6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione	
6.1.1 - Azioni di consolidamento	239
6.2 - Il Sistema Informatico Aziendale	
6.2.1 - Obiettivi 2017	241
6.2.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	248
6.3 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'	
6.3.1 - DGR 1003 del 28-02-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	252
6.3.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	259
6.4 - GOVERNO CLINICO	
6.4.1 - Quadro generale	261
6.4.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	268
7 - IL SISTEMA AZIENDA	
7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE	
7.1.1 - Quadro generale	274
7.1.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	280
7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta	
7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse	285
7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	
7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo	286
7.3.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	297
7.4 - LA FORMAZIONE	
7.4.1 - Obiettivi generali e specifici	298
7.4.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	304

SOMMARIO

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi	306
7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna	310

7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni	312
7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale	317
7.6.3 - Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni	318
7.6.4 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	321

7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze

7.7.1 - Organizzazione e gestione del personale	326
---	-----

7.8 - Sicurezza del lavoro

7.8.1 - Quadro generale	331
7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria	335
7.8.3 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	340

7.9 - Politiche degli acquisti e logistica

7.9.1 - Obiettivi 2017	342
7.9.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	348

7.10 - Il Piano degli Investimenti

7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature	350
7.10.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	361

7.11 - Azioni per il risparmio energetico

7.11.1 - Quadro generale	366
7.11.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	370

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area	Sub-Area	Settore	Performance
<u>1 - ASSISTENZA TERRITORIALE</u>	<u>1.1 - Cure Primarie</u>	<u>1.1.1 - Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza</u>	
		<u>1.1.2 - Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie</u>	
		<u>1.1.3 - Cure Intermedie</u>	
		<u>1.1.4 - Le cure domiciliari</u>	
		<u>1.1.5 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
	<u>1.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE</u>	<u>1.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa</u>	
		<u>1.2.2 - Sportello Unico Distrettuale</u>	
		<u>1.2.3 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
	<u>1.3 - SALUTE DONNA</u>	<u>1.3.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione</u>	
		<u>1.3.2 - Azioni di integrazione</u>	
		<u>1.3.3 - Spazio Giovani</u>	
		<u>1.3.4 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
	<u>1.4 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</u>	<u>1.4.1 - Quadro generale</u>	
		<u>1.4.2 - Area Psichiatria Adulti</u>	
		<u>1.4.3 - Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza</u>	
<u>1.4.4 - Area Dipendenze Patologiche</u>			
<u>1.4.5 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>			
<u>1.5 - SANITA' PUBBLICA</u>	<u>1.5.1 - Quadro Generale e attività trasversali</u>		
	<u>1.5.2 - Igiene e Sanità Pubblica</u>		
	<u>1.5.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro</u>		
	<u>1.5.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</u>		
	<u>1.5.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</u>		
	<u>1.5.6 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>		

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area	Sub-Area	Settore	Performance
<u>1 - ASSISTENZA TERRITORIALE</u>	<u>1.6 - GLI SCREENING</u>	<u>1.6.1 - Quadro generale e obiettivi comuni</u>	
		<u>1.6.2 - Screening del tumore del collo uterino</u>	
		<u>1.6.3 - Screening del tumore della mammella</u>	
		<u>1.6.4 - Screening del tumore del colon retto</u>	
<u>2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA</u>	<u>2.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero</u>	<u>2.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera</u>	
	<u>2.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale</u>	<u>2.2.1 - Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata</u> <u>2.2.2 - DGR 830/17 - - Linee di Programmazione RER</u>	
<u>3 - ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE</u>	<u>3.1 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria</u>	<u>3.1.1 - Obiettivi generali</u>	
	<u>3.2 - Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</u>	<u>3.2.1 - Obiettivi generali</u>	
	<u>3.3 - Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u>	<u>3.3.1 - Obiettivi- azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u>	
	<u>3.4 - Monitoraggio della mobilità passiva</u>	<u>3.4.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva</u>	
	<u>3.5 - Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere</u>	<u>3.5.1 - Inquadramento generale</u>	
<u>4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</u>	<u>4.1 - AREA TRASVERSALE</u>	<u>4.1.1 - Obiettivi generali</u> <u>4.1.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
<u>5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO</u>	<u>5.1 - CURE PALLIATIVE</u>	<u>5.1.1 - Obiettivi generali</u> <u>5.1.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area	Sub-Area	Settore	Performance
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	<u>5.2 - DEMENZE</u>	<u>5.2.1 - Quadro generale</u>	
	<u>5.3 - EMERGENZA URGENZA-118</u>	<u>5.3.1 - Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario</u>	
		<u>5.3.2 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi</u>	
		<u>5.3.3 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
	<u>5.4 - Politica del farmaco</u>	<u>5.4.1 - Quadro generale</u>	
		<u>5.4.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
	<u>5.5 - Medicina riabilitativa</u>	<u>5.5.1 - Quadro generale</u>	
	<u>5.6 - PATOLOGIE CRONICHE</u>	<u>5.6.1 - Prevenzione cardiovascolare</u>	
		<u>5.6.2 - Nutrizione Artificiale</u>	
	<u>5.7 - Sviluppo reti cliniche pediatriche</u>	<u>5.7.1 - Area Territoriale</u>	
<u>5.7.2 - Area Ospedaliera</u>			
<u>5.7.3 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>			
<u>5.8 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata</u>	<u>5.8.1 - Quadro generale</u>		
<u>5.9 - SANITA' PENITENZIARIA</u>	<u>5.9.1 - Quadro generale</u>		
	<u>5.9.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>		
<u>5.10 - Psicologia Clinica e di Comunità</u>	<u>5.10.1 - Quadro Generale</u>		
6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI	<u>6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione</u>	<u>6.1.1 - Azioni di consolidamento</u>	
	<u>6.2 - Il Sistema Informatico Aziendale</u>	<u>6.2.1 - Obiettivi 2017</u>	
		<u>6.2.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
<u>6.3 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'</u>	<u>6.3.1 - DGR 1003 del 28-02-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento</u>		
	<u>6.3.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>		

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area	Sub-Area	Settore	Performance
6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI	6.4 - GOVERNO CLINICO	6.4.1 - Quadro generale	
		6.4.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE	7.1.1 - Quadro generale	
		7.1.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	
	7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta	7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse	
		7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo
	7.4 - LA FORMAZIONE	7.3.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	
		7.4.1 - Obiettivi generali e specifici	
	7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso	7.4.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER	
		7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi	
	7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo	7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna	
		7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni	
7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale			
7.6.3 - Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni			
7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze	7.6.4 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER		
	7.7.1 - Organizzazione e gestione del personale		
7.8 - Sicurezza del lavoro	7.8.1 - Quadro generale		
	7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria		
	7.8.3 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER		

Piano delle Azioni 2017

Indice

Area	Sub-Area	Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA	<u>7.9 - Politiche degli acquisti e logistica</u>	<u>7.9.1 - Obiettivi 2017</u> <u>7.9.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
	<u>7.10 - Il Piano degli Investimenti</u>	<u>7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature</u> <u>7.10.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	
	<u>7.11 - Azioni per il risparmio energetico</u>	<u>7.11.1 - Quadro generale</u> <u>7.11.2 - DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER</u>	

Area 1 ASSISTENZA TERRITORIALE

Sub-Area 1.1 Cure Primarie

Settore 1.1.1 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le Case della Salute, 17 attive nell'Azienda USL di Parma, come interpretate nella Regione Emilia Romagna, presentano elementi di innovazione assoluta nel panorama del Servizio Sanitario Nazionale, rappresentando non solo la struttura in cui vengono erogate le cure primarie, ma anche il contesto in cui realizzare interventi di prevenzione, promozione e costruzione sociale della salute, attraverso un lavoro multidisciplinare e in team, composto non solo dai professionisti e dagli operatori ma anche dai cittadini. Nel panorama regionale il percorso di sviluppo delle Case della Salute si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, e socio-sanitaria, per migliorare l'appropriatezza e la continuità della risposta ai bisogni della popolazione di riferimento. La gestione delle malattie croniche, caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, si sostanzia nella capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti e tra i professionisti e l'assistito. Le Case della Salute rappresentano, quindi, il contesto ottimale dove le modalità assistenziali non potranno che tendere ad un approccio proattivo della cronicità e ad uno sviluppo integrato delle professionalità. Obiettivo a cui tendere è la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappiano valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche.</p> <p>Nel 2017 si procederà ad avviare le Case della Salute pianificate per il corrente anno nei Distretti di Parma, Fidenza e Valli Taro-Ceno, verrà ulteriormente sviluppato il percorso di integrazione tra i Professionisti che operano e/o opereranno nelle Case della Salute, anche attraverso strumenti formativi, e particolare enfasi sarà posta al processo di costruzione partecipata della salute coinvolgendo i principali stakeholders dei contesti in cui sono presenti le Case della Salute.</p>	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance 2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.1.1	Completamento della pianificazione Distrettuale	relativa alle Case della Salute	
Descrizione	In ogni Distretto si darà compimento alle fasi di attivazione delle singole strutture programmate nella pianificazione distrettuale.		Rendicontazione Le Case della Salute attive nell'Azienda USL di Parma sono 17, complessivamente è stato realizzato il 65,6% della programmazione. Nel Distretto di Parma si sono svolte le azioni propedeutiche all'avvio del cantiere per la Casa della Salute di Via XXIV Maggio, riferita all'NCP "Lubiana San Lazzaro". Nel Distretto di Fidenza si sono perfezionati gli accordi con il Comune di Noceto finalizzati all'apertura della specifica Casa della Salute. Il Distretto Sud-Est ha sviluppato un progetto finalizzato alla realizzazione di una Casa della Salute, in aggiunta alle sei Distrettuali già attive, in ambito montano località Lagrimone.	
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/16

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.1.1	Completamento della pianificazione Distrettuale relativa alle Case della Salute							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. CdS attivate/N. CdS programmate		Relazione Distretti	% >=	0,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.1.2	Definizione dell'assetto organizzativo delle Case della Salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Avvio della implementazione in tutte le Case della Salute degli elementi organizzativi ed assistenziali contenuti nella DGR 2128/16 , permettendo un accesso ed una presa in carico della popolazione basata sulla integrazione tra servizi sanitari (territorio ed ospedale), tra servizi sanitari e sociali, e sulla partecipazione di tutte le risorse della comunità di riferimento, utilizzando anche il modello Hub (CdS a media/alta complessità) e Spoke (CdS a bassa complessità).			E' stata realizzata una prima ricognizione finalizzata ad evidenziare le caratteristiche organizzative ed i relativi fabbisogni delle strutture, alla luce delle innovazioni introdotte dalla DGR 2128/16. Tale fase, che ha visto coinvolta direttamente la Direzione Aziendale, le Direzioni Distrettuali e Dipartimentali, ha consentito di sviluppare e condividere gli aspetti caratterizzanti (funzioni e competenze) dei ruoli chiave (Responsabile Clinico, Responsabile Organizzativo, Board), e di evidenziare le linee operative da porre in essere per il pieno allineamento alla DGR 2128/16.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio processo		Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	1.1.1.3	Promozione e sviluppo della integrazione professionale: percorso formativo integrato per il personale delle Case della Salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Realizzazione di eventi formativi integrati (con particolare riferimento alle Case della Salute del Distretto di Parma) al fine di perseguire il necessario cambiamento culturale tra i Professionisti prioritariamente orientato al miglioramento del lavoro in team ed alla costruzione dei PDTA integrati ospedale/territorio, ed alla implementazione degli elementi organizzativi ed assistenziali contenuti nella DGR 2128/16 .			Il percorso formativo è stato pianificato e sono stati realizzati 4 eventi plenari associati ad attività di laboratorio con il coinvolgimento di circa 40 professionisti (AUSL, AOU, Enti Locali, ASP e Volontariato). Il tema di fondo è stata una riflessione , con una condivisione degli strumenti, per lo sviluppo organizzativo delle Case della Salute, in relazione alla DGR 2128/16. La giornata conclusiva si è svolta il 10/11/17 con la presentazione degli interessanti lavori prodotti nei laboratori.						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	1.1.1.3	Promozione e sviluppo della integrazione professionale: percorso formativo integrato per il personale delle Case della Salute							
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza programma informativo		U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.1.4	Valutazione della Performance							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento del "Cruscotto Multidimensionale" definito per la Casa della Salute di San Secondo ed estensione del processo di valutazione multidimensionale ad altri contesti di Case della Salute			Il Cruscotto è stato implementato nelle Case della Salute di San Secondo P.se, esperienza pilota, Medesano, Colorno e Langhirano. E' stata aggiornata l'anagrafica degli indicatori che sono stati adeguati, in coerenza alle nuove indicazioni introdotte dalla DGR 2128/16.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza report aggiornati		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.1.5	Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Programmazione e gestione di incontri informativi con la cittadinanza (almeno 3 eventi a livello Distrettuale) nella Case della Salute sulle tematiche relative all'educazione sanitaria, corretto uso dei servizi, corretti stili di vita, promozione utilizzo FSE, definiti preliminarmente tramite il coinvolgimento dei principali stakeholders in integrazione con il Piano per l'Ascolto Aziendale			Sono proseguite, consolidandosi, le occasioni di coinvolgimento della popolazione nei 4 Distretti con la realizzazione di incontri ed eventi di informazione e sensibilizzazione sui temi della salute. Di norma le attività sono state promosse direttamente o realizzate in stretta connessione con i professionisti delle case della salute di riferimento dei diversi ambiti distrettuali. Gli argomenti trattati e le modalità organizzative sono state condivise con l'Associazionismo, il Volontariato, i MMG, coordinati dai DCP.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.1.5	Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale		Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.1.1.6	Definizione, adozione e monitoraggio dei percorsi assistenziali							
Descrizione	Tutti i DCP sono tenuti a sviluppare percorsi omogenei con particolare riferimento alla presa in carico delle persone affette da multimorbilità e rischio di fragilità/non autosufficienza, secondo i principi del chronic care model, in collaborazione con l'U.O. Governo clinico. Strutturazione di almeno due percorsi di quelli indicati dalla DGR 221/15, sulla base delle indicazioni della Direzione Sanitaria Aziendale.		Rendicontazione	Nell'ambito del progetto ACADEMY, coordinato da CERGAS Bocconi, è stato avviato un gruppo di lavoro interaziendale per la strutturazione del PDTA della BPCO. Un primo step del progetto è stato presentato al Work-shop tenutosi a Milano il 29/96/17; sono proseguiti gli incontri e si è arrivati alla predisposizione di un elaborato finale da sottoporre alle Direzioni Sanitarie.					
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale percorsi strutturati		U.O. Governo Clinico	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.1.7	Programma "Leggieri"							
Descrizione	Consolidamento del Programma "Leggieri" con particolare riferimento alle Case della Salute attive		Rendicontazione	Il Programma "Leggieri", ormai consolidato, esprime molto bene il livello di integrazione tra Cure Primarie e Salute Mentale, in ogni NCP/Casa della Salute, sono presenti lo Psichiatra di riferimento, il MMG di riferimento ed il Neuropsichiatra di riferimento. Prosegue puntualmente la raccolta dei dati e la rendicontazione come richiesta dalla RER.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.1.7	Programma "Leggieri"							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. casi in carico (Livello 2a e Livello 2b)		DAISM-DP	Numero >=		2.353,00		3.137,00		

Settore	1.1.2	Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta, all'interno delle Aziende Sanitarie territoriali, il punto di riferimento per l'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie nonché per l'integrazione con i servizi sociali, anche al fine di affrontare in modo efficace le problematiche connesse all'aumento del fabbisogno assistenziale derivante dall'incremento sia della popolazione anziana che della incidenza di patologie croniche.</p> <p>Gli obiettivi del 2017 saranno indirizzati all'avvio del processo di adeguamento agli indirizzi normativi nazionali (art. 1 della Legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016) che propongono una configurazione strutturale dell'assistenza primaria finalizzata ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie, nel processo di riconciliazione dei NCP con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), nel contesto di Sviluppo delle Case della Salute. Nel 2017 il percorso di sviluppo organizzativo delle cure primarie sarà orientato prioritariamente all'accreditamento dei Dipartimenti di Cure Primarie ed al monitoraggio sistematico dell'evoluzione organizzativa attraverso la partecipazione all'Osservatorio Cure Primarie ed all'utilizzo sistematico dei Profili di Cura.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.2.1	Accreditamento del Dipartimento Cure Primarie							
Descrizione			Rendicontazione						
Adeguamento ai requisiti del sistema così come definito dalla DGR 1604/15 in collaborazione con l'U.O. Qualità e Accreditamento.			Il processo procede secondo la calendarizzazione definita. E' stato elaborato il manuale di accreditamento ed inserito nella piattaforma FORAVEN. Sono stati elaborati, al 90%, i piani organizzativi che rispondono ai requisiti generali.						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 1604/15					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adeguamento principali requisiti specifici entro dicembre 2017	U.O. Qualità/Acc.		Data <=		31/12/2017		31/12/2017		
Adeguamento requisiti generali entro il 1° semestre 2017	U.O. Qualità/Acc.		Data <=	30/06/2017		30/06/2017		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.2.2	Riconfigurazione strutturale dell'assistenza primaria							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.2.2	Riconfigurazione strutturale dell'assistenza primaria							
Avvio del processo di adeguamento agli indirizzi normativi nazionali (art. 1 della Legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016) che propongono una configurazione strutturale dell'assistenza primaria finalizzata ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie, nel processo di riconciliazione dei NCP con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), sulla base degli indirizzi regionali di prossima emanazione			In attesa degli indirizzi regionali, è stato fatto un primo momento di riflessione sull'evoluzione dell'assetto strutturale dell'assistenza primaria rispetto all'attuale organizzazione in Nuclei di Cure Primarie, verso le AFT, aggregazioni momoprofessionali, e le UCCP, Unità Complesse di Cure Primarie, legata anche allo sviluppo delle Case della Salute nell'attuale contesto provinciale.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio processo		Relazione DCP	Sì/No =		Sì		Sì		

Settore	1.1.3	Cure Intermedie
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le mutazioni del contesto epidemiologico e sociale che si sono verificate in questi ultimi decenni, associate ad una sempre più pressante necessità di contenere i costi ricercando soluzioni di efficientamento dei sistemi di erogazione delle attività, hanno imposto un processo di ridefinizione della rete ospedaliera ed una forte accelerazione verso il consolidamento dei servizi di assistenza primaria territoriali, che rappresentano l'ambito prioritario per l'accoglienza, l'orientamento e la gestione delle problematiche sanitarie e sociali dei cittadini. E' in questo scenario che trovano sviluppo le Cure Intermedie, costituite da un area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, con l'obiettivo prioritario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio. Obiettivo del 2017 sarà il consolidamento del processo di riconfigurazione della rete ospedaliera attraverso l'offerta di assistenza territoriale di Cure Intermedie per pazienti stabilizzati ad alta necessità assistenziale, e la individuazione dei contesti idonei per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, nel rispetto di una progettualità coerente con lo sviluppo delle Case della Salute.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.3.1	Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso la Casa della Salute di San Secondo P.se							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento del funzionamento dei 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità dei 10 posti letto di Riabilitazione Estensiva in regime di week hospital e dei 10 posti letto di Lungoassistenza ed implementazione del flusso informativo SIRCO			L'implementazione del flusso SIRCO avviene con regolarità nel rispetto delle scadenze regionali, grazie al coordinamento aziendale fatto dal Responsabile della Casa della Salute di San Secondo. L'attività è ormai consolidata; nel primo trimestre ci sono state 28 dimissioni dall'OsCo, 34 dalla RE, e 35 dalla LA; la degenza media è pari a 20,7 con un tasso di ricovero in ospedale per acuti pari a 9,3%; la mortalità durante il ricovero è stata pari al 2,1%, entro 72 h pari a 4,1, e le cadute pari a 0						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza implementazione Flusso SIRCO		SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Obiettivo	1.1.3.2	Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento del funzionamento dei 18 posti letto di lungo assistenza presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro			L'attività è ormai consolidata; nel primo trimestre ci sono state 53, in netto aumento rispetto all'analogo periodo del 2016; la degenza media è pari a 23,4 con un tasso di ricovero in ospedale per acuti pari a 11,3%; la mortalità durante il ricovero è stata pari a 22,6%, entro 72 h pari a 13,2, e le cadute pari a 0						

Obiettivo	1.1.3.2	Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza implementazione Flusso SIRCO		SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.3.3	Sviluppo di posti letto di cure intermedie in strutture socio-sanitarie							
Descrizione	Sviluppo della rete dei posti letto dell'area delle cure intermedie anche presso strutture della rete socio-sanitaria a supporto delle dimissioni difficili e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).		Rendicontazione Nella cornice della rimodulazione della rete ospedaliera e con l'obiettivo di potenziare la continuità ospedale-territorio, con particolare riferimento alle dimissioni difficili, questa Azienda ha avviato una programmazione di attivazione di posti letto di cure intermedie anche nelle strutture socio-sanitarie. In particolare nel Distretto Sud-Est, il Comitato di Distretto ha approvato la attivazione di una rete di 15 posti letto di cure intermedie, 6 sono stati attivati presso il Centro Cure Progressive di Langhirano e 6 già attivi presso la CRA di Collecchio. Nel Distretto di Parma sono attivi 6 posti letto presso la CRA di Colorno. Si stanno avviando le procedure per rilevare l'attività di queste strutture nel flusso SIRCO						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività		Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.1.4	Le cure domiciliari
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>La programmazione 2017 nel settore delle Cure Domiciliari sarà articolata su azioni di consolidamento e manutenzione sistematica delle attività iniziate negli anni precedenti e che hanno portato ad uniformare le modalità di registrazione delle prestazioni e dei servizi eseguiti con una loro qualificazione complessiva pur nel rispetto delle specificità territoriali. Particolare attenzione sarà posta al flusso informativo quale elemento di tracciabilità delle prestazioni e dei servizi erogati e come strumento di fornitura di indicatori di attività e di qualità distinti per articolazione territoriale e, ove presenti, di Casa della Salute. Nel corso del 2017, al fine di adeguare il debito informativo ex Circolare n.10 del 2016 e nell'ambito dell'ICT, si intende migliorare la circolarità delle informazioni nelle cure domiciliari tra il Team curante attraverso l'utilizzo di strumenti informatici innovativi ; a tal fine verrà consolidato l'utilizzo del nuovo applicativo ADI-WEB ed inizierà la sperimentazione presso il Distretto di Parma dell'utilizzo del tablet, quale dispositivo mobile di registrazione dell'attività domiciliare. Applicazione di quanto previsto ex circolare n. 10/2016 per quanto attiene alle nuove tipologia di TAD introdotta: cure palliative di base e cure palliative specialistiche</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.4.1	Qualità assistenza							
Descrizione			Rendicontazione						
Applicazione uniforme dei criteri di eleggibilità di accesso alle cure domiciliari.			Nei DCP prosegue la verifica dell'applicazione dei criteri di eleggibilità per l'accesso alle cure domiciliari e per il corrente anno è stato affrontato il tema dell'appropriatezza dei prelievi e dell'apertura dei contratti ADI						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.4.2	Cartella Domiciliare Multidisciplinare							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento del modello omogeneo di cartella domiciliare finalizzata alla rendicontazione dell'attività dell'equipe multidisciplinare domiciliare in modo integrato. Condivisione ed adozione in tutte le realtà distrettuali			E' stato adottato con determinazione aziendale n. 26 del 12/05/16 il modello di cartella di assistenza domiciliare integrata recepito in tutte le realtà distrettuali						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.4.2	Cartella Domiciliare Multidisciplinare							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Relazione DCP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.4.3	Qualità Flusso ADI							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento attività gruppo aziendale per il miglioramento del flusso SIADI (almeno due incontri)			Il gruppo aziendale qualità del dato, aggiornato nei suoi componenti, ha effettuato 2 incontri in data 24/01/17 e 21/11/17. I principali temi affrontati sono stati la omogeneizzazione dei comportamenti, la codifica delle attività indirette e l'analisi del significativo numero di TAD aperte e chiuse nello stesso giorno, segnalato dalla RER come anomalia da correggere e l'avvio della registrazione dell'attività delle TAD di cure palliative.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo		DGR 1003/16				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza incontri		Dip. Val. Controllo	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.4.4	Implementazione applicativo ADI-WEB							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.4.4	Implementazione applicativo ADI-WEB							
Consolidamento in tutti i distretti dell'utilizzo del nuovo software e sperimentazione utilizzo dispositivo mobile nel Distretto di Parma			Nel primo trimestre 2016 è stata avviata e conclusa la formazione a livello aziendale di tutti gli operatori che utilizzano il nuovo software adi-web. In data 15/03/16 è stata effettuata la migrazione dei dati da softwaew in uso a quello nuovo. Sono continuate le opportune verifiche in merito alla qualità del flusso SIADI-Repetto ed è stata programmata la fase successiva che prevede l'utilizzo del tablet al domicilio per la registrazione dei dati al letto del paziente nel Distretto di Parma. E' stato individuato come sperimentatore l' NCP Parma Centro che ha iniziato l'utilizzo dello strumento. Per favorirne il compiuto utilizzo in tutte le CdS/NCP sedi di equipe domiciliare è stato attivato il Wi-fi .						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	RIT		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.1.5	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale.. (vd DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER - ALLEGATO B)</p>		

Obiettivo	1.1.5.1	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo
Descrizione	Rendicontazione	
<p>Il 5 dicembre 2016, con la DGR 2128/2016, la Regione ha approvato le nuove linee di indirizzo clinico-organizzative delle Case della Salute. Obiettivi principali sono il coinvolgimento della comunità nelle sue diverse forme, la collaborazione con il sociale e l'integrazione ospedaleterritorio, secondo uno stile di lavoro multidisciplinare basato sui principi della medicina di iniziativa. Ad oggi le Case della Salute attive sono 88.</p> <p>Tutte le Aziende USL dovranno promuovere l'implementazione dei contenuti delle nuove indicazioni nelle Case della Salute, con particolare riferimento alla strutturazione delle aree integrate di intervento, l'individuazione del referente organizzativo e del board gestionale organizzativo. Dovranno inoltre proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.</p>	<p>Le Case della Salute attive in Provincia di Parma sono 17 (il 65,6% della programmazione è stata realizzata).</p> <p>Alla luce delle nuove linee di indirizzo emanate dalla RER (DGR 2128/16) è stata fatta una prima ricognizione con i Distretti ed i DCP (15/06/17) per quanto riguarda la configurazione rispetto al grado di complessità assistenziale, all'organizzazione per aree integrate di intervento ed ai ruoli di coordinamento clinico ed organizzativo, presenti nelle Case della Salute attive. E' stato deciso di approfondire le diverse competenze che caratterizzano il ruolo del referente clinico e del referente organizzativo e sono stati predisposti specifici obiettivi con indicatori per una più puntuale formalizzazione degli incarichi.</p> <p>I percorsi multidisciplinari sono stati attivati in tutte le Case della Salute e rendicontati nello specifico sistema informativo.</p> <p>Sono stati individuati i Referenti Organizzativi di tutte le Case della Salute e formalizzati i board organizzativi-gestionali delle Case della Salute a medio/alta complessità coinvolgendo anche, in una logica hub&spoke le rispettive Case della Salute a bassa complessità.</p> <p>Il coinvolgimento della comunità prosegue, con diverse progettualità che valorizzano i diversi contesti, nei quattro Distretti. Nel primo semestre sono stati realizzati: 8 eventi nel Distretto di Parma, 9 eventi nel Distretto di Fidenza, 5 eventi nel Distretto Sud-Est, 2 eventi nel Distretto Valli Taro e Ceno.</p>	
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.2	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche - presa in carico della fragilità'			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Dovranno garantire, inoltre, l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.</p> <p>Per la gestione integrata delle patologie croniche, tutte le Aziende dovranno garantire all'interno delle Case della Salute l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, Insufficienza Renale Cronica.</p> <p>Rispetto alla presa in carico della fragilità\complessità, e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in integrazione ospedale-territorio, tra ambito sanitario e sociale e con il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato) le Aziende di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini) dovranno proseguire il progetto già avviato, con rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati; - le Aziende di Piacenza, Imola, e Romagna, ambito di Cesena, dovranno avviare l'utilizzo dei Profili di Rischio in almeno 1 Casa della Salute, con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale.</p> <p>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).</p>			<p>Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità sono attivi in tutte le Case della Salute ed è stato avviato il percorso per la informatizzazione degli ambulatori infermieristici. Per quanto riguarda l'impiego degli strumenti per la valutazione dei percorsi, dopo la sperimentazione nel 2016 della somministrazione del questionario ACIC c/o la Casa della Salute di San Secondo, sono state coinvolte le CdS di Langhirano, Colorno, Medesano e Busseto (una in ogni Distretto) per la somministrazione del Questionario ACIC alle equipe multiprofessionali ed il questionario PACIC focalizzato sul percorso diabete.</p> <p>Gli elenchi dei pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione sono stati presentati in tutte le CdS e, per promuovere l'utilizzo e la condivisione degli elenchi nelle equipe multiprofessionali, in ogni distretto è stato individuato un MMG referente del progetto per rafforzare il coinvolgimento e facilitare l'integrazione nell'equipe multiprofessionale.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.5.2	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche - presa in carico della fragilita'							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di Case della Salute con impiego degli strumenti PACIC e ACIC		specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		4,00		
numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive		specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		100,00%		
report sintetico sull'implementazione del Profili di Rischio (Risk-ER) nelle Case della Salute		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

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

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

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.1.5.5	DGR 830/17 - Valutazione e qualità delle cure primarie								
Descrizione			Rendicontazione							
Le Aziende dovranno continuare a diffondere gli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale: tutti gli strumenti infatti hanno lo scopo di favorire il confronto tra professionisti delle cure primarie, tra professionisti territoriali e specialisti ospedalieri e tra Aziende.		I Profili di Nucleo rappresentano ormai uno strumento di confronto routinariamente utilizzato nei NCP, l'Accordo Integrativo Locale prevede che almeno due riunioni di NCP siano dedicate al confronto sui Profili; anche per i Profili dei PLS è prevista una massima condivisione e confronto nelle UPCP. L'Osservatorio Regionale Cure Primarie viene sistematicamente alimentato; con i rappresentanti del Servizio Assistenza Territoriale della RER si è proceduto ad una verifica e ad un aggiornamento dei dati nell'anagrafica delle Case della Salute								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							

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

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

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.5.7	DGR 830/17 - Continuità assistenziale – dimissioni protette							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con i professionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. Individuazione tempestiva e conseguente tempestivo avvio dei percorsi rappresentano un elemento imprescindibile dei protocolli di dimissione protetta.</p> <p>L'individuazione del case manager appare fondamentale in quanto diventa il garante della continuità del percorso assistenziale e di tutte le procedure utili a prendere in carico il paziente sul territorio assumendo un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero.</p>			<p>Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e sono stati formalizzati tre gruppi di lavoro finalizzati a sviluppare soluzioni possibili per la realizzazione di percorsi integrati per pazienti fragili e cronici. I tre gruppi di lavoro, composti da professionisti delle due aziende sanitarie, da medici di medicina generale e da professionisti delle ASP, hanno lavorato sui seguenti temi: 1) Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro-attivi di carattere sanitario e socio-sanitario; 2) Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio; 3) Attuazione di percorsi integrati fra servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per Anziani finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione. I Gruppi hanno terminato i lavori ed hanno prodotto i nuovi protocolli sia per migliorare il percorso di dimissione protetta, in particolare dall'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma che tra i servizi territoriali, ospedalieri e le Case Residenze per gli anziani, che sono stati presentati in un incontro di condivisione il 15/12/17. La figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est)</p>						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.5.7	DGR 830/17 - Continuità assistenziale – dimissioni protette							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera		specifico flusso di riferimento	% =		45,00%		36,01%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.5.8	DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>In aprile 2017 la Regione Emilia-Romagna ha siglato, con le organizzazioni sindacali della medicina generale, un'intesa per l'adozione del software di gestione della Scheda Sanitaria Individuale (SSI) "Cartella SOLE". Le Aziende devono promuovere il percorso di diffusione della cartella SSI con il pieno supporto della società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati e affiancamento. La diffusione della SSI su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario di legislatura, che impegna tutte le Aziende ad agevolare il percorso fornendo tutto il supporto necessario e collaborando con i servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie Sanitarie e Socio-sanitarie). Particolare impegno è richiesto ai Dipartimenti Cure Primarie che dovranno contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i rispettivi Nuclei di Cure Primarie.</p>			<p>I DCP si sono impegnati nella promozione dell'utilizzo dell'SSI, facilitando il confronto e la condivisione nei NCP, in collaborazione con la società CUP 2000. Nell'Azienda USL di Parma sono 204 i MMG che hanno aderito all'SSI (71%), in 9 non hanno aderito (3,2%), ed in 72 non hanno manifestato l'intenzione (24,8%). Sono già 104 i MMG con la SSI installata (35,5%) ed è già stata pianificata la attivazione per i rimanenti MMG che hanno aderito all'SSI.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.5.8	DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% MMG con installazione SSI/MMG convenzionati		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%	14,70%	35,50%		

Sub-Area 1.2 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Settore 1.2.1 Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le politiche regionali in tema di governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale, che si sono susseguite in questi ultimi anni ed in particolare la DGR 1735/14, pongono l'enfasi sullo sviluppo di politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche, attraverso programmi per il potenziamento dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali che, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva, determinino un aumento della produzione ed un avvicinamento del paziente al sistema di cura e di assistenza. Gli obiettivi per il 2017 sono impostati in modo da perseguire i contenuti della nuova DGR 1056/2015 che ha rafforzato i livelli di attenzione posti sul mantenimento dei tempi di attesa, 30 gg per visite e 60 gg per esami strumentali, pertanto l'attività di monitoraggio dei volumi di attività specialistica prodotti e di verifica dei tempi in cui le prestazioni sono erogate, sarà una attività di particolare impegno per l'anno 2017. Particolare attenzione andrà riposta nella predisposizione dei percorsi di garanzia per le discipline critiche.

Dimensione Performance 1 Performance dell'utente Area Performance 1.1 Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo 1.2.1.1 DGR 1003 - Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Descrizione	Rendicontazione
Le azioni messe in campo negli ultimi anni hanno consentito di raggiungere buoni risultati rispetto agli indici di performance definiti, pertanto proseguono le azioni precedentemente messe in campo. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016). Per l'anno 2016 assumeranno carattere prioritario: - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obbiettivo ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità	Prosegue il monitoraggio dei tempi di attesa raggiungendo performance del 99% per le prestazioni con priorità D e dell'90% per le prestazioni con priorità B.

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 1056/15
------------------------------	-------	--	------------------------------	--------------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso, nelle rilevazioni regionali ex ante	fonte MAPS	% >=		90,00%	98,00%	99,00%		
Indice di performance per le prestazioni di urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante	fonte MAPS	% >=		90,00%	98,00%	90,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.2	DGR 1003 - Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - monitoraggio DGR377/2016							
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative			Rispetto alla applicazione della DGR 377/2016 sono stati attuati i contenuti della procedura aziendale stilata già nel 2016 e si è provveduto entro il 31 dicembre 2017 ad inviare 1.623 verbali sanzionatori. E' stato richiesto il dato ad IG, non essendo completo il 13 esimo invio ASA, il dato non può al momento essere estratto. si fornirà al completamento dell'invio ASA del 2017.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 1056/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di disdette (rispetto anno 2016)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		229.109,00				
numero di abbandoni (rispetto anno 2016)		specifico flusso di riferimento	Numero <=		77.483,00				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.2.1.3	DGR 1003 - Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa							
Descrizione			Rendicontazione						
Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza (decreto 9/12/15 ed eventuali nuovi LEA) e delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013)			Prosegue il monitoraggio della ppropriatezza prescrittiva di TC ed RMN oggetto della DGR 704/2013 valutando gli esiti del monitoraggio nel contesto dei NCP, l'appropriatezza complessivamente ha raggiunto buoni livelli 58.19% complessivamente su base aziendale per le prestazioni oggetto della delibera. Il dato definitivo viene normalmente fornito nel contesto dell'osservatorio regionale TA, lo stesso dato viene poi utilizzato dall'OIV regionale per la valutazione dei DG. Non essendo completo il dato ASA sulla mobilità non si è discusso al momento dell'obiettivo nel contesto dell'osservatorio.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 1056/15					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.2.1.3	DGR 1003 - Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Analisi delle prescrizioni (RM muscolo scheletriche e TC osteoarticolari e nuovi LEA se definitivi) distinte per tipologia di prescrittore e azioni per la riduzione dell'inappropriatezza	specifico flusso di riferimento		% >=		50,00%					
Prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016(rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento		% >=		10,00%					
riduzione Indice di consumo di RM osteoarticolari nell'anno 2016 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	specifico flusso di riferimento		% >=		20,00%					
riduzione Indice di consumo di TC nell'anno 2016 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	specifico flusso di riferimento		% >=		20,00%					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.2.1.4	DGR 1003 - Prescrizioni e Prenotazione controlli								
Descrizione			Rendicontazione							
Prescrizioni e Prenotazione dei controlli: spetta allo specialista, che ha in carico il paziente, prescrivere le prestazioni senza rinviare il paziente al medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli devono essere effettuate da parte dello specialista o struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino.			Continua il percorso di presa in carico dei pazienti cronici da parte delle case della salute anche tramite code presidio specifiche che consentono la riprenotazione interna delle prestazioni di controllo. Buono è anche il livello raggiunto in termini di prescrizione specialistica, si mantiene pressochè costante rispetto al 2016 (primo semestre 2016: 78.893, primo semestre 2017: 78.518).nel 2016 le prescrizioni dema effettuate dagli specialisti sono state 140996 nel 2017 le prescrizioni dema effettuate dagli specialisti sono state 164681							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 1056/15						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA) (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento		Numero >=		150.000,00	78.518,00	164.681,00			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.2.1.5	DGR 1003 - Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica.			<p>Sono stati effettuati incontri con gli uffici risorse distrettuali per poter concordare una modalità univoca di strutturazione delle agende. Tale modalità prevede di individuare code specifiche riservate ai controlli e posti prenotabili solo da utenti pre-definiti (code D o code struttura) riservati ai pazienti inseriti in percorsi di presa in carico delle patologie croniche. Tali modalità di configurazione delle agende sono state avviate a partire da luglio 2016. Per quanto attiene la valorizzazione delle prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche, è stato utilizzato un metodo empirico che riconosce come fonte dei dati, da noi utilizzati, il cup, in quanto consente la tracciabilità del presidio in cui la prenotazione è avvenuta.</p> <p>Per i semestri 2016 e per il primo semestre 2017 si è proceduto al calcolo degli appuntamenti riferibili a pazienti cronici prenotati entro le case della salute.</p> <p>il numero di prenotazioni effettuate per pazienti cronici nelle case della salute nel primo semestre 2016 è stato di 30.704 mentre nel primo semestre 2017 è stato di 28.749.</p>						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 1056/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% prenotaz per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotati per le stesse patologie croniche (rispetto anno 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		38,00%				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.6	DGR 1003 - Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.6	DGR 1003 - Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN							
Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015), tenuto conto delle indicazioni Regionali rispetto all'applicazione dei nuovi LEA			Per quanto attiene il monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015) è stata prevista l'aggiunta della condizione di erogabilità o di appropriatezza in uno specifico campo, tale inserimento rende possibile ex post la rendicontazione distinta delle prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle che vedono inserita una condizione di erogabilità.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 1056/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità		RIT	Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.7	Miglioramento di accessibilità al sistema di prenotazione							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2016 si è proceduto ad inserire tutte le prestazioni a monitoraggio regionale nella prenotabilità CUP-WEB, nel corrente anno si dovrà implementare l'esposizione delle prestazioni individuate dalla RER su CUP-WEB garantendo l'allineamento dell'offerta delle prestazioni individuate tra canali tradizionali (CUP) e canale informatico (CUP-WEB)			Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitabilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 172/15 DGR 1056/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.prestazioni offerte nel canale tradizionali/ N.prestazioni offerte CUP-WEB		CUP-WEB	Numero =	1,00	1,00	1,00	1,00	100,00%	

Settore	1.2.2	Sportello Unico Distrettuale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Per facilitare l'accesso alle prestazioni, in applicazione della DGR 309/00, l'Azienda ha dato continuità alle azioni di miglioramento dei percorsi interni dello sportello unico distrettuale che ormai ha raggiunto una sua stabilizzazione operativa. La nuova DGR 1056/2015 ha rafforzato i livelli di attenzione posti sul mantenimento dei tempi di attesa, 30 gg per visite e 60 gg per esami strumentali, pertanto l'attività di monitoraggio dei volumi di attività specialistica prodotti e di verifica dei tempi in cui le prestazioni sono erogate, sarà una attività di particolare impegno per l'anno 2016. Particolare attenzione andrà riposta nella predisposizione dei percorsi di garanzia per le discipline critiche.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.2.2.1	Creazione di un nuovo portale internet							
Descrizione			Rendicontazione						
Completamento e messa on-line di un sito internet, esteso all'Area Vesta Emilia Nord, dedicato alle informazioni relative all'accesso ai servizi di Sportello Unico per i cittadini ed alle relative procedura per gli Operatori.			L'attività è stata temporaneamente sospesa per le attività di messa a regime del nuovo programma di anagrafica regionale.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività		Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	No	Sì	No	No	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.2.2	Fascicolo Sanitario Elettronico							
Descrizione			Rendicontazione						
Promozione dell'attivazione del FSE da parte dei cittadini			L'attività di promozione dell'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico procede regolarmente. I Fascicoli sanitari attivati nell'anno 2017 sono 13504, di cui 6269 nel primo semestre e 7135 nel secondo. Il numero di Fascicoli Sanitari Elettronici attivi al 31/12/2017 sono 39744.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero		Riferimento Normativo					
				DGR mandato DG					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.2.2.2	Fascicolo Sanitario Elettronico								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N. FSE attivi		specifico flusso di riferimento	Numero >=		34.000,00		39.744,00			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	1.2.2.3	BANCA DATI NORMATIVE DI SPORTELLO UNICO								
Descrizione				Rendicontazione						
Migliorare l'accessibilità alle fonti normative che regolano l'attività degli Sportelli Unici Distrettuali				Lo sviluppo di una banca dati, condivisa con i Referenti Distrettuali di Sportello Unico, viene costantemente aggiornata.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Creazione e sviluppo banca dati normativa		programma software "al fresco"	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%		

Settore	1.2.3	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS) devono mantenere l'impegno, avviato da anni, di garantire tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso l'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15). Per il 2017 è previsto il monitoraggio degli interventi aziendali ritenuti prioritari, in particolare rispetto: ? al miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali anche in applicazione del DPCM sui LEA del 12/1/2017. -all'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti (rispetto al totale delle prescrizioni) che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale. Inoltre, nel 2016 ha assunto particolare rilevanza l'adozione della delibera n. 377 del 22 marzo 2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" che ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione dell'obbligo di disdetta da parte dei cittadini che non intendono o non possono usufruire della prenotazione in modo da liberare dei posti nelle agende di prenotazione. Le Aziende sanitarie hanno avviato diverse azioni per favorire sia la prenotazione che la disdetta attraverso l'attivazione di un numero verde gratuito in ogni Provincia, lo sviluppo di alcune funzionalità presso le farmacie, gli sportelli Cup e il sito web www.cupweb.it (anche App "ER Salute" per smartphone e tablet), il potenziamento del servizio di recall (telefonata o sms) per ricordare al cittadino l'avvicinarsi di un appuntamento. Per tutto il corso del 2017 fondamentale sarà il monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni sull'obbligo di disdetta. Inoltre, tutte le Aziende sanitarie hanno reso prenotabili on line sul CUPWEB regionale tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa (come da DGR 1056/15). Importante potenziare sempre più l'utilizzo di tale modalità di prenotazione, ampliando il catalogo di prestazioni prenotabili e garantendo che l'offerta delle prestazioni prenotabili on-line sia la medesima di quella a sportello. A questo fine le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere, e l'eventuale IRCSS di riferimento, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, dovranno mettere a disposizione del sistema di prenotazione on line almeno i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) delle visite e prestazioni di diagnostica strumentale(vedi DGR830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.9)</p>		

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

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.3	DGR 830/17 - Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica							
Descrizione			Rendicontazione						
Verifica appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari (DGR 704/2013)			Prosegue il monitoraggio della appropriatezza prescrittiva di TC ed RMN oggetto della DGR 704/2013 valutando gli esiti del monitoraggio nel contesto dei NCP, l'appropriatezza complessivamente ha raggiunto buoni livelli 58.19% complessivamente su base aziendale per le prestazioni oggetto della delibera. Il dato definitivo viene normalmente fornito nel contesto dell'osservatorio regionale TA, lo stesso dato viene poi utilizzato dall'OIV regionale per la valutazione dei DG. Non essendo completo il dato ASA sulla mobilità non si è discusso al momento dell'obiettivo nel contesto dell'osservatorio.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di consumo di TC osteoarticolare e RM muscoloscheletriche (riduzione 2017 rispetto al 2012)	Flusso ASA		% >=		20,00%	0,00%			

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.5	DGR 830/17 - Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB							
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale			Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste.Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.5	DGR 830/17 - Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% visite e prestaz. diagn strum di primo accesso nel catalogo di prestaz prenotabili on line su CUPWEB/ num viste e prestaz dignostica strum di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP		SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	% >=		80,00%		85,00%		

Sub-Area	1.3	SALUTE DONNA
-----------------	------------	---------------------

Settore	1.3.1	Azioni di consolidamento ed integrazione
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Si rilancia con forza l'approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie e si definiscono gli strumenti, le aree prioritarie e gli obiettivi indicati dalle DGR 533/2008 e 1690/2008		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.1.1	Percorso Nascita							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento delle azioni relative all' applicazione della DGR n. 533/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita". Utilizzo percorso DSA2 Gravidanza Fisiologica in tutti i distretti da parte dell'ostetrica.			Ben consolidata l'applicazione del DGR 533/2008 come previsto dalle direttive dell'AUSL in merito al programma percorso nascita ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica, come da DGR 1097/2011. In tutti i distretti dell'AUSL, viene utilizzato il percorso "DSA2 Gravidanza fisiologica" da parte dell'ostetrica.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 533/08 DGR 1097/2011					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Gravide in carico ost/gravide in carico Consultori		Dati attività salute donna	% >=	50,00%	50,00%	56,00%	55,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.1.2	Percorso Nascita - Diagnosi Prenatale							
Descrizione			Rendicontazione						
Offerta attiva a tutte le gravide in carico ai Consultori Familiari di Diagnosi Prenatale precoce, delle principali anomalie cromosomiche			A tutte le gravide che si rivolgono ai Consultori Familiari viene offerta la procedura per la Diagnosi Prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche. Sono state acquisite le indicazioni (RER 06/06/2017) dei nuovi LEA (DPCM 12/01/2017)						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.3.1.2	Percorso Nascita - Diagnosi Prenatale								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Gravide che ricevono la proposta per Translucenza Nucale (TN)/nati		Dati attività salute Donna	% >=	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.3.1.3	Percorso Nascita - Disturbi emozionali in gravidanza								
Descrizione			Rendicontazione							
Assistenza alle donne in gravidanza e nel 1° anno di vita del bambino per disturbi emozionali			Ben consolidata l'assistenza alle donne che presentano disturbi emozionali in gravidanza e nel 1° anno di vita del bambino. Si è costituito un gruppo di lavoro per revisione del percorso interaziendale ed extra-aziendale							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N.gravide con disturbi emozionali/n. gravidanze in carico		Dati attività Salute Donna	% <=	1,00%	1,00%	4,00%	3,70%	0,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.3.1.4	Percorso Nascita - Accompagnamento alla nascita								
Descrizione			Rendicontazione							
Corsi di accompagnamento alla nascita Presentazione del Percorso Nascita			Vengono regolarmente effettuati corsi di accompagnamento alla nascita ed incontri di presentazione del "Percorso Nascita" rivolto alle mamme e ai papà							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N. Presentazioni percorso nascita		Dati attività Salute Donna	Numero >=	5,00	9,00	6,00	12,00	100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.1.5	Percorso Nascita: nuove procedure							
Descrizione			Rendicontazione						
Percorso per "Immunoprofilassi anti-D prenatale sistemica" per le gravide seguite in Provincia di Parma.			Si è consolidato il percorso per "Immunoprofilassi anti-D prenatale sistemica" iniziato nel giugno 2015 per le gravide seguite a Parma città e Provincia						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.gravide sottoposte a immunoprofilassi/gravide seguite consultorio		Dati attività Salute Donna	% >=	5,00%	10,00%	8,70%	10,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.1.6	Percorso Nascita: "ABOM"							
Descrizione			Rendicontazione						
Percorso di Assistenza di Base Ostetrica Modificata (ABOM) in cui l'assistenza clinica della gravida è affidata all'ostetrica secondo i protocolli concordati per le situazioni di rischio contenuto o di cui si prevede risoluzione (Aree Grigie)			Continua il percorso di Assistenza di Base Ostetrica Modificata (ABOM) da parte dell'ostetrica secondo i protocolli concordati per le situazioni di rischio contenuto o di cui si prevede risoluzione						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale avvio procedura		Atto Direzione Sanitaria	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.1.7	Dimissione Appropriata della madre e del neonato							
Descrizione			Rendicontazione						
Applicazione protocollo "Dimissione appropriata della madre e del neonato" con specificità per ogni territorio.			Ben consolidata l'applicazione del protocollo della "Dimissione Appropriata della madre e del neonato" in tutta l'AUSL con specificità per ogni territorio						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.1.7	Dimissione Appropriata della madre e del neonato							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. puerpere assistite/n. nati		Dati attività salute donna	% >=	30,00%	60,00%		78,34%	0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.1.8	DGR 1003 - Percorso nascita							
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)			E' stata garantita l'assistenza alle grevide e alle puerpere da parte delle ostetriche per gravidanze fisiologiche: in caso di gravidanze patologiche si sono attivati dei percorsi integrati. I professionisti hanno partecipato attivamente ai percorsi di formazione regionale e ai lavori di gruppo della commissione nascita.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare (media regionale 2015)		specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		54,00%		
% di donne straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi/totale dei parti di donne straniere nullipare (media regionale 2015)		specifico flusso di riferimento	% >=		22,50%		45,00%		
Numero gravide assistite dai consultori familiari/ totale parti		specifico flusso di riferimento	% >=		46,00%		52,80%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.1.9	DGR 1003 - Percorso IVG							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.1.9	DGR 1003 - Percorso IVG							
Dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche.			Sono state garantite a tutte le utenti che ne hanno fatto richiesta, le prestazioni in base alle modalità del percorso IVG - DGR 1003 rispettando i tempi di attesa.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	27,80%	26,40%		

Settore	1.3.2	Azioni di integrazione
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel corso del 2017 si prevede di dare continuità a specifiche aree di integrazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.2.1	Integrazione nei DCP, DSM, SIP - CENTRO LDV							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza". Il servizio, operativo presso il Consultorio Familiare -Casa della Salute Parma Centro, è finalizzato al trattamento degli uomini autori di violenza di genere e intrafamiliare ed è in rete con tutte le agenzie del territorio provinciale che si occupano di violenza di genere.			Si conferma l'attività del "Centro LDV-Liberiamoci dalla Violenza" che, partito nel 2015, si sta consolidando attraverso la promozione sia all'interno dell'AUSL che presso Enti ed Istituzioni della Provincia di Parma. Al Centro si sono rivolti nuovi utenti autori di violenza di genere e intrafamiliare.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti in carico LDV	Dati attività salute donna		Numero >=	7,00	10,00	14,00	14,00	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.2.2	Integrazione nei DCP, DSM, SIP - PERCORSO CONDIVISO CON U.O. DIABETOLOGIA							
Descrizione			Rendicontazione						
Percorso condiviso con U.O. di Diabetologia nel Distretto di Parma su target specifici ed in fasce temporali definite nella settimana, per donne diabetiche con richiesta di contraccezione			Continua il percorso condiviso con la Diabetologia del Distretto di Parma per pazienti diabetiche con richiesta di contraccezione						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti trattati e seguiti da U.O. Diabetologia	Dati attività salute donna		Numero >=	3,00	6,00	6,00	10,00	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.2.3	Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento gestione integrata territorio-ospedale inerenti i percorsi della gravidanza in base al livello di rischio (ambulatori gravidanza a rischio)			Continua la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria inerente ai percorsi della gravidanza in base al livello di rischio						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR N. 1377/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Protocollo clinico condiviso		Atti Direzione Sanitaria	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.2.4	Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma - Gravidanza a termine ad alto e basso rischio							
Descrizione			Rendicontazione						
Percorso per la presa in carico all'Ambulatorio gravidanza a termine" ad alto rischio e basso rischio nel rispetto della DGR 1377/2013			Si conferma il percorso per la presa in carico all'Ambulatorio "Gravidanza a termine" ad alto e basso rischio in collaborazione con l'AOSP-Universitaria di Parma						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	1377/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Gravide prese in carico/gravide consultorio		Dati attività salute donna	% >=	45,00%	90,00%	62,30%	62,00%	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.2.5	Integrazione con i Servizi Sociali							
Descrizione			Rendicontazione						
Collaborazione con il Centro per le Famiglie del Comune di Parma e Fidenza sui temi della genitorialità. Collaborazione per il progetto "Oltre la strada" per la tutela delle vittime di sfruttamento			Si è consolidata la collaborazione con il Centro per le Famiglie del comune di Parma e Fidenza sui temi della genitorialità. Si conferma la collaborazione per il progetto "Oltre la Strada" per la tutela delle vittime di sfruttamento.						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.2.5	Integrazione con i Servizi Sociali							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1690/2008 Art. 18 legge 28/2003 Art. 18 D.L. 286/98 DGR 771/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. incontri con i genitori		dati attività salute donna	Numero =	3,00	6,00	8,00	12,00	100,00%	
Evidenza attività		Relazione salute donna	Si/No =	Si	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.2.6	PRODUZIONE							
Descrizione	Proseguimento "Progetto sperimentale offerta di contraccezione adeguata, per erogazione diretta, alle donne straniere e alle fasce deboli" realizzato nell'ambito del progetto Nazionale dell'ISS di prevenzione delle IVG sulla popolazione immigrata a cui la RER ha aderito. Sono stati somministrati in forma gratuita, contraccettivi "long action" presso i servizi consultoriali del Distretto di Parma, (in modo particolare Spazio immigrati e Spazio Giovani) Distretto di Fidenza, Borgotaro e Sud-Est.		Rendicontazione	Si conferma il "Progetto sperimentale offerta di contraccezione adeguata, per erogazione diretta, alle donne straniere e fasce deboli" avviato nel 2015. Nel corso del 2016 è stato esteso anche ai Distretti di Fidenza, Borgotaro e Sud-Est.					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1394/2014					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. contraccettivi somministrati nei consultori dei 4 distretti aziendali		Dati depositati Salute Donna	Numero >=	15,00	30,00	34,00	68,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.3.2.7	Fascicolo Sanitario Elettronico							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.3.2.7	Fascicolo Sanitario Elettronico							
Promozione dell'attivazione e dell'utilizzo del FSE per le utenti che si presentano ai Consultori afferenti alla U.O. Salute Donna			Si conferma l'attivazione del FSE per le utenti che si presentano ai Consultori Familiari e alla Casa della Salute Parma Centro.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR mandato DG					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.FSE attivati		CUP 2000	Numero >=	35,00	60,00	32,00	88,00	91,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.3.2.8	Informatizzazione							
Descrizione			Rendicontazione						
Informatizzazione della refertazione ecografica in collaborazione con il Servizio Risorse Informatiche. Prosecuzione del processo di dematerializzazione della ricetta in tutti i Distretti			Sono stati utilizzati gli strumenti messi a disposizione e si prevede un miglioramento dei dati relativi alla informatizzazione della refertazione ecografica per la diffusione del sistema di refertazione in più sedi.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 930/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. ricette dematerializzate		RIT	Numero >=	1.700,00	3.000,00	1.587,00	3.096,00	100,00%	
N. refertazioni informatizzate/totale ecografie effettuate		RIT	% >=	40,00%	70,00%	52,40%	64,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.3.2.9	Qualità dei Flussi informativi ASA e SICO							
Descrizione			Rendicontazione						
. ASA: Applicazione della procedura aziendale per la correzione degli errori . SICO: assicurare azioni organizzative necessarie al caricamento dei dati ai fini di una produzione del flusso SICO di adeguata qualità, in applicazione ai percorsi informatizzati definiti con il RIT.			E' stato assicurato il corretto caricamento dei dati sia per quanto riguarda il flusso ASA che SICO in collaborazione con il RIT						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.3.2.9	Qualità dei Flussi informativi ASA e SICO							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Circolare N.9 del 28\11\2008					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Completezza dei dati con margine di tolleranza del 1%		RIT	% >=	60,00%	80,00%	75,00%	80,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.3.2.10	Accreditamento							
Descrizione			Rendicontazione						
Avvio di procedure e protocolli finalizzati a garantire aderenza ai criteri per l'accREDITamento delle strutture sanitarie.			E' stato redatto un nuovo protocollo IVG (Art. 6) Si è provveduto alla stesura di un Piano organizzativo per la Salute Donna						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 172/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale in almeno tre procedure rientranti nella metodologia dell'accREDITamento		Relazione Salute Donna	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	1.3.2.11	Formazione							
Descrizione			Rendicontazione						
Programmazione e realizzazione di eventi formativi per gli operatori dei Consultori aziendali al fine di perseguire gli obiettivi specifici, in particolare la costruzione dei percorsi, attraverso la promozione e lo sviluppo delle competenze e della integrazione professionale.			Si è svolta nel primo semestre 2017 la formazione sullo Screening violenza donne in gravidanza rivolto agli operatori sanitari Sono stati fatti n. 4 incontri relativi alla formazione sul campo "Assistenza alla gravidanza ad alto/basso rischio in consultorio".						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	1.3.2.11	Formazione							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza eventi formativi		Atti U.O. Formazione	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.3.3	Spazio Giovani
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Per lo Spazio Giovani si prevede lo sviluppo di azioni connesse all'accoglienza e al sostegno. Prevenzione comportamenti a rischio negli adolescenti.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.3.1	Punto di Accoglienza							
Descrizione			Rendicontazione						
Supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali			Si conferma l'attività di supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali; il punto di accoglienza dello spazio giovani è attivo e l'orario di apertura è articolato su 5 giorni alla settimana.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. utenti presi in carico		Dati attività Salute Donna	Numero >=	40,00	90,00	89,00	193,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.3.2	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente							
Descrizione			Rendicontazione						
Interventi presso alcune scuole superiori di I° e II° grado per prevenzione di comportamenti sessuali a rischio in riferimento delle Linee Guida regionali del "Progetto Adolescenza"			Si è confermata l'attività di educazione alla salute nelle scuole per prevenire comportamenti a rischio con la modalità della Peer Education						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		DGR 771/2015				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. interventi		Dati attività Salute Donna	Numero >=	2,00	5,00	6,00	6,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.3.3	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente in ambito extra scolastico							
Descrizione			Rendicontazione						
Interventi di prevenzione in ambito extra scolastico (Centri di Aggregazione Giovanili) in collaborazione con il Comune di Parma.			Si sono svolti incontri presso Centri di Aggregazione giovanili per la prevenzione dei comportamenti a rischio nell'adolescente in collaborazione con il Comune di Parma						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. interventi		Relazione Salute Donna	Si/No =	Si	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.3.4	DGR 1003 - Salute riproduttiva							
Descrizione			Rendicontazione						
Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-35 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).			E' stato aperto un ambulatorio dedicato ai giovani adulti per la preservazione della fertilità presso il Consultorio Familiare - Casa della salute Parma Centro						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale incrementale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani rispetto al 2016		specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	-0,04%	-0,02%		
Attivazione di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti presso il Consultorio familiare del Distretto di Parma Città		Relazione Salute Donna	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.3.5	DGR 1003 - Promozione della salute in adolescenza							
Descrizione			Rendicontazione						
Aumentare gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti per incrementare del 5% i ragazzi coinvolti sulla popolazione target rispetto al 2016			Si è riscontrata una diminuzione delle richieste da parte delle Istituzioni scolastiche per criticità interne agli istituti (difficoltà organizzative, aumento progetti offerti da vari enti dedicati ai giovani, ecc.)						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale incrementale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) rispetto al 2016		specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	-0,09%	-0,06%		

Settore	1.3.4	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel corso del 2017 andrà monitorata l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati, dovrà essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Andrà promossa l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La scheda scelta del parto è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità. A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, deve essere garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono. Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA).</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.3.4.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita			
Descrizione	<p>Nel 2017 dovrà essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Andrà promossa l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La scheda scelta del parto è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.</p>		Rendicontazione	<p>E' stata garantita l'assistenza alle gravide e alle puerpere da parte delle ostetriche per gravidanze fisiologiche; ove presenti patologie si sono attivati percorsi integrati. I professionisti coinvolti hanno partecipato attivamente ai percorsi di formazione regionale e ai lavori di gruppo della commissione nascita; particolare attenzione è stata posta nella promozione di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita.</p>	
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo		

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.3.4.2	DGR 830/17 - Salute riproduttiva							
Descrizione			Rendicontazione						
Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-34 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).		Sono state messe in atto modalità per favorire l'accesso al consultorio familiare per adolescenti fino a 20 anni in particolare per i ragazzi stranieri; è stato attivato uno spazio ad accesso facilitato per i giovani adulti (20-35 anni)							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.3.4.2	DGR 830/17 - Salute riproduttiva							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop (rispetto a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		7,00%		5,60%		
Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.4.3	DGR 830/17 - Promozione della salute in adolescenza							
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità.			E stata data la disponibilità da parte degli operatori dell'ausl per gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti attraverso incontri con gli insegnanti e contatti diretti con le scuole, ma purtroppo molte classi non hanno potuto partecipare per criticità interne all'istituto (difficoltà organizzative, errori nelle richieste...ecc.)						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) (rispetto a media regionale anno scolastico 2015/2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		18,10%		19,60%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.3.4.4	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.3.4.4	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento							
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare			<p>Per quanto riguarda la gestione della Promozione dell'Allattamento da parte dell'U.O. Salute Donna : Sono stati effettuati degli incontri informativi a cadenza mensile (n.6) rivolti alle neo mamme e mamme in gravidanza sull'importanza dell'allattamento al seno nell'ambito delle attività previste dal progetto "Percorso Nascita" in collaborazione con il Comune di Parma. Oltre a quanto previsto dal Progetto della Dimissione Appropriata è stata incrementata l'attività ambulatoriale di sostegno all'allattamento al seno.</p> <p>Per quanto riguarda le attività svolte dalla Pediatria di Comunità per la Promozione dell'Allattamento : All'inizio dell'anno si è proceduto a sensibilizzare gli operatori degli ambulatori vaccinali alla corretta raccolta dati. La rilevazione è solo annuale e i dati vengono elaborati a livello regionale. Nel corso dell'anno 2017 la Pediatria di Comunità ha partecipato a tre incontri sulla tematica in questione in collaborazione con il Salute Donna. I dati 2017 sulla percentuale di allattamento sono in fase di elaborazione da parte della Regione e saranno forniti in aprile: dai primi dati ricevuti sembra che per Parma si siano ridotte le percentuali di schede missing e che la sensibilizzazione effettuata abbia migliorato la raccolta dei questionari</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% allattamento completo a cinque mesi (rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento	% >=		28,00%					
% allattamento completo a tre mesi (rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento	% >=		52,00%					
% non allattamento a cinque mesi (rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento	% <=		26,00%					
% non allattamento a tre mesi (rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento	% <=		21,00%					
Percentuale di dati mancanti	specifico flusso di riferimento	% <=		10,00%					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.4.5	DGR 830/17 - Percorso IVG							
Descrizione				Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione						
Obiettivo	1.3.4.5	DGR 830/17 - Percorso IVG	Nel 2017 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche.							Per quanto riguarda la gestione territoriale del Percorso IVG: I consultori familiari hanno garantito la prestazione con le modalità previste dal percorso IVG, rispettando i tempi di attesa, a tutte le utenti che ne hanno fatto richiesta.	
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale			
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (riferito a media regionale 2016)	specifico flusso di riferimento	% >=		27,00%	30,00%	16,00%					
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	27,80%	26,40%					

Sub-Area	1.4	SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE
-----------------	------------	--

Settore	1.4.1	Quadro generale
----------------	--------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le azioni del 2017 per le Aree della Psichiatria Adulti (PA) Neuropsichiatria e Infanzia e Adolescenza (NPIA) e Dipendenze Patologiche (DP) vedono come prioritarie l'accessibilità e i processi di integrazione intra ed interistituzionale.

Il DAI SMDP ha pienamente realizzato la riorganizzazione prevista dalla delibera ASUL 703/13; percorsi di collaborazione formalizzati sono in atto con la NPIA dell' Azienda Ospedaliero Universitaria.

Obiettivo strategico per tutte le aree del DAI SM-DP per il 2017 è l'applicazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla salute mentale nelle Case della Salute, al Budget di Salute e alla integrazione socio-sanitaria, ai percorsi giudiziari conseguenti alla chiusura degli OPG in un'ottica di costante coinvolgimento e partecipazione dell'utenza, delle famiglie e del contesto sociale. Nella qualificazione della rete residenziale e dei servizi un ruolo centrale viene assunto dall'affidamento d'essi in forma di procedura aperta finalizzata alla successiva stipula di Accordi Quadro ex art. 59 del D.Lgs. 163/2006.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
------------------------	---	---	------------------	-----	---------------------------------

Obiettivo	1.4.1.1	Percorso organizzativo dipartimentale
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione
Attuazione del nuovo Regolamento con particolare riferimento alle integrazioni tra le aree disciplinari SMA/DP strutturate in U.O.C. distrettuali. Il regolamento sarà inviato a tutti gli operatori per opportuna presa in visione.	Il regolamento è stato redatto in tutte le sue articolazioni ed è stato sottoposto alla valutazione del Comitato ristretto di Dipartimento. In fase di formulazione la relativa Delibera e l'acquisizione del parere dell'Università'

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Diffusione del Regolamento	atti DAISMDP	Sì/No	Sì	Sì	No	No	0,00%	

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

Obiettivo	1.4.1.2	Percorsi Integrati Ospedale-Territorio
------------------	----------------	---

Descrizione	Rendicontazione
Realizzazione del sistema di Emergenza-Urgenza del DAI SMDP e relativi raccordi con l'NPIA. Realizzazione del programma DCA.	Prosegue, come per gli scorsi anni, l'attività di Coordinamento delle strutture coinvolte nel percorso DCA, sotto la supervisione del personale Dirigente referente della Clinica Psichiatrica a direzione Universitaria. È stato sottoscritto il PDTA interaziendale relativo ai DCA I dati delle consulenze sono raccolti dai rispettivi cruscotti e sono costantemente monitorati

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	1.4.1.2	Percorsi Integrati Ospedale-Territorio							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di incontri coordinamento DCA		atti DAISMDP	Numero >=		4,00		5,00		
Consulenze effettuate presso i Pronto Soccorsi/ ingressi totali ai PS Parma e Fidenza		UO SPOI e UOC Fidenza	% <=		2,00%		1,85%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.4.1.3	La salute mentale nella Case della salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Mantenimento delle attività di raccordo e di collaborazione, nelle diverse sedi distrettuali, con i Dipartimenti Cure Primarie ed il Dipartimento di Sanità Pubblica. Implementazione del Programma "Leggieri" e delle attività di tutte le aree del DAI SMDP nelle Case della Salute.			Prosegue l'attività di raccordo con le Case della Salute, in particolare in quelle dove l'equipe multidisciplinare è ormai in funzione dallo scorso anno. Il dato 2017 delle prese in cura condivise in ambito Leggieri, ha evidenziato una sostanziale stabilità della collaborazione tra MMG e SMA soprattutto in ambito di consulenza. È stata deliberata l'istituzione delle equipe di accoglienza presso la Casa della salute di S.Secondo.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Consulenze in ambito Leggieri		atti DAI SMDP-DCP	Numero >=		2.353,00		2.306,00		
Presa in cura condivisa in ambito Leggieri		atti DAI SMDP-DCP	Numero >=		951,00		831,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.4.1.4	Qualità ed accreditamento / Comunicazione							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.4.1.4	Qualità ed accreditamento / Comunicazione							
<p>In base al Piano triennale per lo sviluppo della Qualità del DAI-SMDP, nel corrente anno si effettueranno azioni volte a proseguire l'adeguamento ai requisiti previsti per le RTE e a mantenere aggiornati sia della Carta dei Servizi che del Sito</p> <p>Verra' restituito l'esito di audit sulla corretta tenuta documentale delle cartelle cliniche territoriali DAISM DP</p> <p>Verra' restituito l'esito dell'indagine sulla qualità percepita in ambito SMA e DP</p> <p>Prosecuzione del percorso di adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento regionale</p>			<p>La carta dei Servizi e' in fase di realizzazione, con particolari accorgimenti che la renderanno maggiormente fruibile ai cittadini e con una piu' spiccata tendenza all'utilizzo dei nuovi mezzi di trasmissione di informazioni .</p> <p>Il sito, ricalcherà la logica della nuova Carta dei servizi ed e' costantemente monitorato ed aggiornato</p> <p>Per quel che riguarda la qualità percepita segnaliamo un'attività sui pazienti REMS i cui risultati sono stati pubblicati su "Rivista di Criminologia".</p>						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Restituzione audit documentazione cartella clinica		atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		
Restituzione indagine qualità percepita		atti DAISMDP	Sì/No		Sì				
Sito aziendale aggiornato		atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	1.4.1.5	Formazione							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Potenziare l'attuale assetto rivolto ad elaborare proposte formative sulla base delle esigenze di integrazione tra le aree disciplinari e le componenti multiprofessionali, valorizzando le competenze individuali presenti e di attivando le potenziali sinergie tra le stesse.</p> <p>Implementare lo sviluppo di attività formative con particolare riferimento al Budget di salute, con ruolo di Responsabilità di coordinamento a livello Regionale.</p> <p>Realizzazione del progetto nazionale sulla riduzione delle disuguaglianze all'accesso ai Servizi di promozione della Salute.</p>			<p>Il gruppo regionale di coordinamento sul Budget di salute e' stato coordinato dal DAISM DP di Parma e sono state realizzate iniziative formative di area vasta, come da piano formativo. Il DAISMDP ha provveduto a coordinare il lavoro di raccolta del materiale informativo relativo all'applicazione del Budget di Salute nelle Aziende coinvolte. Sul sito AUSL Parma e' stato reso disponibile il materiale relativo agli eventi formativi realizzati nell'anno e quello prodotto dalle singole AUSL regionali, nonché le pubblicazioni inerenti al Budget di Salute</p>						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano		Riferimento Normativo					

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	1.4.1.5	Formazione								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Eventi del Progetto Formativo Regionale Budget di Salute in Area Vasta		eventi	% =		100,00%		100,00%			
Incontri formativi per operatori Progetto nazionale su ogni Distretto		eventi	% =		100,00%		100,00%			
Piano formativo		atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì			

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica					
Obiettivo	1.4.1.6	Innovazione e ricerca								
Descrizione			Rendicontazione							
Prosecuzione dell'attività di sviluppo dei programmi di innovazione, di indagine scientifica e di ricerca			Sono già state pubblicate su riviste specializzate 13 articoli L'evento "publication day" è stato realizzato come gli scorsi anni							
Obiettivi Performance	3.1.1	Attività di ricerca	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Evidenza pubblicazioni su riviste nazionali e/o internazionali/anno		evidenza documentale	Numero <=		10,00		19,00			
Evento "Publication day"		atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	1.4.1.7	Governo Clinico								
Descrizione			Rendicontazione							
Revisione del documento sul governo clinico del DAI-SMDP 2015-17. Consolidamento ed ulteriore sviluppo di programmi specifici in materia di appropriatezza prescrittiva tramite diffusione di linee guida, monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci.			Il documento sul Governo clinico è in fase avanzata di revisione, mentre sono proseguite le attività di monitoraggio dell'utilizzo e della relativa spesa sui farmaci. Il dipartimento ha partecipato all'audit regionale sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci antipsicotici.							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	1.4.1.7	Governo Clinico							
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Revisione del documento sul governo clinico		Evidenza documentale	Si/No =		Si		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.4.1.8	Sistema informativo/ Comunicazione							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento del processo di interfaccia tra gli applicativi aziendali e i programmi Dipartimentali (Efeso, Elea e Sister) Collegamento delle funzioni del sistema informativo salute mentale alle attività del Dipartimento valutazione e controllo.			L'integrazione tra gli applicativi aziendali e i sistemi Efeso ed Elea e' pienamente realizzata ed attendei di entrare in completa produzione a seguito di quelle che saranno le decisioni aziendali anche in altri ambiti. Il personale dedicato del Dipartimento e' inoltre coinvolto nel progetto Regionale di realizzazione della cartella unica informatizzata dei DAIS DP dell aziende di tutta la Regione						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale		Sistema Informatico	Si/No		Si		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.1.9	DGR 1003 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale - UVM e accessibilità al Budget di Salute							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.1.9	DGR 1003 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale - UVM e accessibilità al Budget di Salute							
Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi: -Consolidare l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), composta dall'Azienda Usl e dai Servizi sociali, per l'accesso al budget di salute Garantire la valutazione multidisciplinare attraverso la partecipazione alle Commissioni UVM distrettuali, contribuendo alla identificazione e standardizzazione di strumenti di valutazione.			Il consolidamento dell'attività delle UVM è stato perseguito sia attraverso la costituzione di commissioni UVM dedicate, nello specifico, alla valutazione multidisciplinare dell'accesso al Budget di Salute, sia attraverso la regolare partecipazione alle sedute UVM distrettuali. In entrambe le sedi sono stati condivisi gli strumenti di valutazione in uso Tuttavia, rimangono ambiti territoriali nei quali l'attivazione del Budget di Salute non è ancora vista nell'ambito della integrazione socio sanitaria E' in corso di conclusione la ricerca sugli esiti						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. valutazioni UVM/n. progetti attivati		Atti DAISMDP	% =		100,00%		50,00%		
Prosecuzione ed eventuale pubblicazione della ricerca sugli esiti BdS		Evidenza documentale	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.4.1.10	Percorsi giudiziari							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.4.1.10	Percorsi giudiziari	<p>La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31.3.2015. La Regione ha predisposto un programma per raggiungere tale risultato e per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza. Sono attive le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) presso l'Ausl di Bologna, per Avec e Romagna, e presso l'Ausl di Parma, per Aven.</p> <p>Per tutte le Ausl: presidiare attentamente, in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro un mese dall'ammissione nelle REMS.</p> <p>Elaborazione di proposta di cruscotto finalizzato alla definizione di percorsi giudiziari anche alternativi alla REMS.</p> <p>In ambito di Promozione e tutela della Salute negli Istituti penitenziari, applicazione del protocollo per il rischio suicidario</p>						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
num di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/ num residenti ammessi nelle REMS		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
applicazione del Protocollo rischio suicidario		Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	1.4.2	Area Psichiatria Adulti
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Prosegue attività del Programma Leggeri e la qualificazione dell'organizzazione dei percorsi per l'E-U</p> <p>Elaborazione di un programma strategico per la riqualificazione delle prestazioni e dei percorsi per un migliore collegamento funzionale tra le aree ospedaliere e territoriali nel settore dell'emergenza/urgenza e miglioramento dell'appropriatezza.</p> <p>Perfezionamento delle funzioni assistenziali ospedaliere erogate dalla rete privata e governo e monitoraggio del processo di integrazione delle strutture afferenti all'AIOF attraverso lo specifico "Cruscotto".</p> <p>Qualificazione, differenziazione e razionalizzazione dell'offerta residenziale e territoriale tramite lo sviluppo di progetti con "Budget di salute"</p> <p>Predisposizione delle azioni per il prossimo spostamento del CSM di Fidenza e dalla RTI "PRP" presso la nuova ala dell'Ospedale di Vaio.</p> <p>Sviluppo delle competenze inerenti la didattica e ricerca.</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.2.1	Qualificazione della rete ospedaliera							
Descrizione			Rendicontazione						
Proseguono le attività di "cruscotto" per la gestione integrata degli accessi ospedalieri e residenziali intensivi per ricoveri in fase di acuzie.			I cruscotti proseguono la loro ormai indispensabile attività, divenendo ormai il controllo principale sui tempi di attesa e sulla appropriatezza degli invii. Proseguono quindi con regolarità gli invii alle strutture dei repori						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Report inviati dal Cruscotto	Numero >=	22,00	44,00	24,00	46,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.4.2.2	Residenzialità adulti							
Descrizione			Rendicontazione						
Analisi dell'offerta residenziale ed elaborazione di proposta di revisione, nell'ottica dell'implementazione dei progetti territoriali con Budget di salute.			Stanno proseguendo le attività di revisione dell'offerta residenziale, e sono state avanzate, in sede regionale, più appropriate classificazioni degli interventi in ambito Budget di salute. E' stato realizzato un report semestrale degli interventi residenziali in questo specifico ambito E' stato rivisto sia la classificazione che il contratto per la gestione della Fattoria di Vigheffio, ed e' stato attivato il Gruppo appartamento "Armonia" di Felino						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.4.2.2	Residenzialità adulti							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Piano di revisione della rete residenziale		Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	1.4.2.3	Attuazione Programma per le contenzioni fisiche c/o SPDC							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosecuzione attività in materia di contenzioni fisiche presso l'SPDC.			Il registro delle contenzioni e' presente nella struttura ed il piano formativo degli operatori e' stato pienamente realizzato						
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Piano formativo per il personale per la prevenzione		atti DAISMDP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Registro contenzioni pazienti non intossicati		atti SPDC	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.4.3	Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>I livelli di afferenza ai servizi ed i volumi di utenza sono fortemente aumentati, in linea con le tendenze regionali. Questo influenza fortemente i tempi di accesso e per questo è stato stilato uno specifico Piano che andrà continuato per tutto il 2017.</p> <p>Si conferma l'attualità di nuove problematiche relative all'età adolescenziale e gli ambiti interculturali.</p> <p>L'area di NPIA è partecipe ed impegnata nel processo di collegamento ed integrazione strutturale con gli altri ambiti disciplinari del DAI-SMDP in particolare si evidenzia la necessità di garantire i principi della continuità assistenziale nelle fasi di passaggio tra età minore ed età adulta e di perfezionamento dei raccordi operativi nella casistica di soggetti "multiproblematici" o con necessità di presa in carico di lungo periodo.</p> <p>Altro ambito di attenzione è rappresentato dal collegamento con le attività in ambito Ospedaliero sia per la Specialistica (neonatologia, otorino, ecc) e le situazioni di Emergenza Urgenza di minori e giovani con patologie neuro psichiatriche per i quali sono da realizzare gli specifici protocolli (con Azienda Ospedaliera Universitaria, NPIA, Pediatria-Ospedale del Bambino, Riabilitazione), anche a seguito dell'apertura della RTI-M – RTP-M di San Polo.</p> <p>Continua l'attività del Cruscotto per la gestione degli accessi e il monitoraggio dei percorsi residenziali e dei minori collocati in ambito extrafamiliare e collaborazione alla stesura dei Progetti Quadro. Diffusione di linee di indirizzo per la definizione degli "appoggi domiciliari" e, in riferimento alle prerogative del "Cruscotto", dei relativi criteri d'accesso.</p> <p>Realizzazione del Programma Provinciale Integrato per l'autismo e stesura della parte relativa ai Progetti di Vita.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.4.3.1	Polo Pediatrico (Casa della Salute del Bambino e Adolescente)							
Descrizione			Rendicontazione						
Apertura del nuovo Polo Pediatrico			Si attende che le modifiche strutturali, rese necessarie dagli obblighi della Normativa, permettano l'apertura del Polo. Le strutture coinvolte saranno trasferite con le modalità definite nel corso del 2017						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si		No		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.3.2	Piano Accesso							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.3.2	Piano Accesso							
Attuazione annuale delle azioni previste nel Piano per l'accesso finalizzate al mantenimento dei tempi di attesa nei limiti fissati dalla normativa.			Il persistere di un'elevata domanda di prime visite in tutta la NPIA, in particolare sul sistema di prenotazione CUP, evidenzia ancora una difficoltà nel raggiungimento per gli obiettivi fissati per i tempi di attesa. Tuttavia si registra un buon risultato nei tempi di attesa relativo agli accessi in base ai percorsi clinici definiti negli specifici protocolli con Azienda Ospedaliera Universitaria e PDLS.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite accesso diretto	Sistema informativo Elea		% >=	70,00%	70,00%	71,20%	72,00%	100,00%	
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite prenotazione CUP	Sistema informativo CUP		% >=	60,00%	60,00%	54,90%	94,00%	92,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	1.4.3.3	Collocazioni extrafamiliari (Cruscotto)							
Descrizione			Rendicontazione						
Potenziare le attività di prevenzione e cura di minori ed adolescenti con particolare attenzione ai percorsi di ricovero in emergenza.			Il dato sembra indicare la buona efficacia degli interventi territoriali in ambito di prevenzione dei ricoveri di minori in SPDC. Istituito il gruppo per la revisione delle procedure relative agli accessi in emergenza urgenza dei minori						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Ricoveri di minori presso SPDC	Sistema Informativo		Numero <=		22,00	1,00	9,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.3.4	Progetto Regionale DSA							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento delle Attività Neuropsichiatriche nell'ambito del programma DSA			Prosegue l'attività dei Gruppi di conformità delle diagnosi DSA, nella misura di 13 incontri già realizzati nel primo semestre del 2017						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri del gruppo di conformità		evidenza documentale	Numero >=		15,00		33,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.3.5	Interventi precoci, cura e sostegno per adolescenti e giovani							
Descrizione			Rendicontazione						
Sviluppo ed attuazione di percorsi interdisciplinari a favore di adolescenti e giovani a rischio di dipendenza patologica o con esordi psicotici ed altre manifestazioni psicopatologiche. Revisione della documentazione relativa alla diagnosi e al trattamento del minore nell'ambito del Sistema Emergenza Urgenza			la Relazione Milestone e' stata redatta, mentre il documento sull'Emergenza Urgenza e' in fase di conclusione per quel che riguarda la revisione, pur essendo comunque presente nelle strutture						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazione Milestone		Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		
Revisione della documentazione Emergenza Urgenza per minori		Evidenza documentale	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.3.6	DGR 1003 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Protocollo diagnostico							
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -Garantire l'applicazione del protocollo diagnostico a tutti i nuovi casi 0-17 anni			La particolare attenzione rivolta in questi ultimi anni al tema dell'Autismo ha permesso alla NPIA una piu' articolata ed efficace applicazione del protocollo, costantemente monitorato, in particolare, dal Centro dedicato						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. protocolli applicati su nuovi casi 0 -17	Report Team Autismo		% =		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	1.4.3.7	Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Passaggio servizi età adulta							
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -effettuare la rivalutazione funzionale al 16° anno di età: pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta			Vedi Rendicontazione Obiettivo 1.4.5.1 DGR 830/17 Come per il precedente item, lo sforzo in questo particolare segmento di utenza ha permesso di realizzare un cruscotto ad hoc per il monitoraggio delle rivalutazioni al 16° anno ed il conseguente passaggio all'età adulta,						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno sul totale dei sedicenni con diagnosi dello spettro autistico	Report Team Autismo		% =		100,00%		100,00%		

Settore	1.4.4	Area Dipendenze Patologiche
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>I livelli di afferenza ai servizi ed i volumi utenza sono omogenei con le tendenze regionali e con l'evidenziazione di nuove problematiche per ciò che concerne le fasce di età giovanili ed adolescenziali e gli stili di consumo delle sostanze.</p> <p>Le azioni previste per l'anno 2017 condividono l'orientamento verso una più marcata integrazione fra i servizi dipartimentali, in particolare la salute mentale adulti. In particolare è necessario proseguire con l'integrazione con gli Enti ausiliari della provincia per diversificare l'offerta residenziale e semiresidenziale e ambulatoriale per una più completa risposta ai nuovi bisogni che caratterizzano l'utenza attuale: poliassunzione, aumento dei disturbi di personalità, rifiuto ai lunghi trattamenti.</p> <p>Prosecuzione delle attività del Cruscotto per la gestione degli accessi ai percorsi comunitari, residenziali e socio-sanitari e loro monitoraggio.</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.4.1	Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari							
Descrizione			Rendicontazione						
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.			Sono state acquisite le risorse per l'utilizzo degli Psicologi per la realizzazione del Programma Regionale per la prevenzione dei comportamenti suicidari Gli incontri dell'Area trattamentale si sono svolti con la consueta regolarità						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con l'area trattamentale -		Verbali	Numero <=		10,00		15,00		
Presa in carico di detenuti diagnosticati per dipendenza patologica con disturbi gravi		Sistema informativo SistER	% >=		90,00%		100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.4.2	“Programma” Dipendenze Patologiche Adulti							
Descrizione			Rendicontazione						
Attuazione locale del "Piano Regionale per le Tossicodipendenze" . Approvazione del nuovo accordo triennale con gli Enti accreditati Monitoraggio di nuove forme di intervento progettuale su modello Budget di Salute (inserito nell'accordo di fornitura locale con gli Enti Accreditati)			La programmazione ha recepito le linee di indirizzo dell'ultimo Programma Regionale Dipendenze patologiche L'accordo Triennale e' stato approvato ed e' in corso il monitoraggio degli interventi attivati secondo il modello BdS						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.4.2	“Programma” Dipendenze Patologiche Adulti							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
		Numero incontri CLM (Commissione locale di monitoraggio)	Verbali CLM	Numero <=	4,00		5,00		
		Numero Progetti su Budget di Salute	Sistema Informativo CT	Numero <=	10,00		13,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.4.3	Nuove dipendenze							
Descrizione	Monitoraggi/ mappatura delle realta' giovanili per le nuove dipendenze e modalita' di assunzione, facilitazione dell'invio dei medesimi ai servizi di cura sert Promozione e sviluppo del PDTA Gioco d'azzardo Patologico		Rendicontazione Sono in essere le attivita' di monitoraggio e mappatura del territorio, al fine di intercettare i segmenti di popolazione giovanili maggiormente a rischio per lo sviluppo di comportamenti d'abuso e/o dipendenza.E' in atto la stesura del PDTA la cui conclusione e' prevista per il dicembre dell'anno in corso.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
		Presenza e conoscenza dei gruppi giovanili marginali nel territorio cittadino: numero di uscite sul territorio	Evidenza strutturale/atti DAISMDP	Numero =	20,00		36,00		
		Produzione PDTA GAP	Evidenza documentale	Sì/No	Sì		No		

Settore	1.4.5	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Le Aziende sanitarie devono garantire i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche rispettando gli obiettivi previsti dalla normativa regionale e nazionale e monitorati attraverso gli indicatori di SIVER. Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.5.1	DGR 830/17 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA):obiettivi 2016-2018							
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), come previsto nella sezione "articolazione degli impegni" per l'anno 2017, e in particolare: Garantire nella fascia di età 0-6 l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico (condotto dagli operatori opportunamente formati del Team ASD) per almeno 4 ore/settimana, da integrare con gli altri interventi negli ambiti di vita, condotti da altri operatori, opportunamente formati, appartenenti alle istituzioni che fanno parte del "Sistema Curante Rivalutazione funzionale al 16° anno di età: consolidamento delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, e in particolare ai Servizi di Salute Mentale adulti, Handicap adulti e Dipartimenti di Cure primarie			Lo sforzo in questo particolare segmento di utenza ha permesso di realizzare un cruscotto ad hoc per il monitoraggio delle rivalutazioni al 16° anno ed il conseguente passaggio all'età adulta, cruscotto che ha realizzato un report delle attività monitorate durante il primo semestre del 2017 Sono stati nominati i referenti dei servizi SMA per il passaggio dei casi all'età adulta						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero medio di ore settimanali per bambino		specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		4,00		
Designazione, per ogni Azienda USL, di un referente dei Servizi di salute mentale adulti		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	1.4.5.2	DGR 830/17 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale						
Descrizione			Rendicontazione					

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.4.5.3	DGR 830/17 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia								
Descrizione	La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31 marzo 2015. La Regione ha predisposto un programma per raggiungere tale risultato e per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza. Sono attive le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) presso l'Ausl di Bologna, per Avec e Romagna, e presso l'Ausl di Parma, per Aven. Per tutte le Ausl: presidiare attentamente, in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro un mese dall'ammissione nelle REMS.			Rendicontazione La realizzazione dei progetti terapeutici individualizzati viene costantemente monitorata dal personale REMS, sia per quel che riguarda la tempistica, sia per quel che concerne la qualità dell'offerta proposta						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.4.5.3	DGR 830/17 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro quarantacinque giorni dall'ammissione nella REMS/numero residenti ammessi nelle REMS		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

Sub-Area	1.5	SANITA' PUBBLICA
-----------------	------------	-------------------------

Settore	1.5.1	Quadro Generale e attività trasversali
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

PERCORSO DI ACCREDITAMENTO: nell'anno 2017 sarà effettuata la visita di accreditamento del DSP e dei Servizi che lo compongono.
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2015 - 2018 previsti per l'anno 2017.
Definizione di una procedura del DSP per la valutazione della competenza clinica degli operatori dei Servizi ai fini della attribuzione degli incarichi di servizio. Definizione di un protocollo dipartimentale per le attività collegate alla gestione delle zoonosi

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.1.1	Percorso di accreditamento							
Descrizione			Rendicontazione						
Esecuzione della visita di accreditamento da parte della Regione per il DSP (DGR 385/2011)			Ricevuta visita del gruppo regionale al fine dell'accREDITAMENTO DSP in data 23,24 e 25 maggio 2017 (verbale PG/2017/ 545172 del 25/07/17)						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacciamento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 385/2011					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esecuzione della visita di accreditamento da parte della Regione		Stato iter accreditamento	Sì/No		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.1.2	Piano Regionale della Prevenzione							
Descrizione			Rendicontazione						
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2015 - 2018 previsti per l'anno 2017.			In tutti i piani di attività dei singoli servizi DSP sono state previste le azioni necessarie all'attuazione dei progetti specifici. Le attività previste si sono svolte come da cronoprogramma.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 744/13					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.1.2	Piano Regionale della Prevenzione							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presenza nei piani di attività dei Servizi delle azioni prteviste per il 2017		Piani attività dei Servizi	Sì/No		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	1.5.1.3	Definizione di una procedura del DSP per la valutazione della competenza clinica degli operatori dei Servizi							
Descrizione			Rendicontazione						
Definizione di una procedura del DSP per la valutazione della competenza clinica degli operatori dei Servizi			Elaborata procedura dipartimentale (prot. 0079247 del 28.12.2017)						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 385/2011					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Procedura dipartimentale per la valutazione della competenza clinica degli operatori dei Servizi		Procedura protocollata	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.1.4	DGR 1003 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018							
Descrizione			Rendicontazione						
Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta il quadro di riferimento per i prossimi anni dei programmi e delle azioni da attuare per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale. In questa cornice strategica, le Aziende Sanitarie a partire dal 2016 sono chiamate a iniziare a dare attuazione ai Piani di Attuazione Locale (PLA) recentemente approvati, declinando a livello aziendale obiettivi e azioni, in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 1,1 Piano Regionale prevenzione, pag 4)			Le attività previste nei sei setting del Piano Regionale di Prevenzione sono stati portati a termine così come previsto dal cronoprogramma ad esclusione di alcuni differimenti dovuti al ritardo nella definizione di procedure a livello regionale. Si è proceduto come previsto all'invio della rendicontazione in regione e alla proposta di rimodulazione per l'anno 2018 in considerazione del prolungamento del Piano all'anno 2019 approvato dalla conferenza stato regioni.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.1.4	DGR 1003 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Raggiungimento degli standard previsti degli indicatori sentinella		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.1.5	DGR 1003 - Epidemiologia e sistemi informativi							
Descrizione			Rendicontazione						
		I PRP riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). In particolare le Aziende si impegnano a garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel PRP...(vedi DGR 1003 del 28-06-2016, Allegato B, 1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi pag.5)	RIPETUTO (OBIETTIVO 2 del 1.5.6) E' stata garantita l'alimentazione del registro di mortalità nel rispetto dei tempi indicati dalla Regione. Effettuato invio in data 31 marzo 2017 dei dati riferiti ai decessi del secondo semestre dell'anno 2016. In data 26 ottobre si è proceduto con l'invio dei dati relativi ai decessi avvenuti nel primo semestre del 2017.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Completezza dell'archivio registro mortalità nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003		Protocollo	% >=		100,00%		100,00%		

Settore	1.5.2	Igiene e Sanità Pubblica
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2017 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente. Definizione di un protocollo del DSP per la gestione della privacy mediante la formazione degli operatori e la valutazione delle strutture e attrezzature per garantirne l'applicazione nonché la gestione del segreto di ufficio, professionale ed investigativo.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.2.1	Pianificazione e Programmazione 2017							
Descrizione			Rendicontazione						
Piano di attività 2017 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato Piano di Attività anno 2017 (prot. 18617 del 20/03/2017), e redatta relazione finale attività anno 2016 (prot. 19257 del 22/03/2017).						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013; DGR 385/2011					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2017, scomposto per Aree disciplinari e documento di budget collegato		Protocollo piano di attività	Si/No		Si	No	Si		
Produzione della relazione finale anno 2016		Protocollo relazione finale	Si/No	Si		No	Si	0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.2.2	Igiene Ambiente							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale prot 29925 del 11/5/2017. Al 31/12 il volume di attività media effettuato dagli operatori del servizio è stato pari al 95% del programmato.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013; DGR 385/2011					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale		Documento di budget al 31.12.2017	% >=	45,00%	90,00%	45,00%	95,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.2.3	Sorveglianza malattie infettive							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale prot. 27049 del 28/04/2017. I piani di lavoro individuati sono stati garantiti in media per il 95% del programmato.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	Circolari regioni specifiche					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento di budget al 31.12.2017		% >=	45,00%	90,00%	60,80%	95,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.2.4	Medicina Legale							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			L'attività degli operatori appartenenti all'Area procede come indicato dai documenti di programmazione. E' stata garantita l'apertura oraria degli ambulatori ed il numero di commissioni collegiali programmate al fine di una riduzione dei tempi d'attesa.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	L. R 4/2008					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento di budget al 31.12.2017		% >=	45,00%	90,00%	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.2.5	Medicina dello Sport							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			L'attività degli operatori appartenenti all'Area procede come indicato dai documenti di programmazione. L'attività effettuata è stata superiore al 90% del programmato						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.2.5	Medicina dello Sport							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale		Documento di budget al 31.12.2017	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	90,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.2.6	DGR 1003 - Sorveglianza malattia infettive							
Descrizione			Rendicontazione						
Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, attuando i piani regionali specifici di controllo, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate. Si evidenzia la necessità di rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale regionale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, nonché l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti con patologie croniche.			RIPETUTO (OBIETTIVO 4 del 1.5.6) La copertura vaccinale nell'ultima campagna antinfluenzale ha raggiunto il 44% della popolazione ultrasessantacinquenne.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - piani e circolari regionali					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.5.2.6	DGR 1003 - Sorveglianza malattia infettive								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
n° ambulatori di Pediatria di Comunità che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi (riduzione rispetto al 2015)		specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,00					
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		44,00%			
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,80%			
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,80%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza					
Obiettivo	1.5.2.7	Definizione di un protocollo del DSP per la gestione della privacy mediante la formazione degli operatori e la valutazione								
Descrizione	Rendicontazione									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	1.5.2.7	Definizione di un protocollo del DSP per la gestione della privacy mediante la formazione degli operatori e la valutazione							
Definizione di un protocollo del DSP per la gestione della privacy mediante la formazione degli operatori e la valutazione delle strutture e attrezzature per garantirne l'applicazione nonché la gestione del segreto di ufficio, professionale ed investigativo.			Emanata procedura dipartimentale (prot. 52 del 2/1/2017) avente quale scopo: Descrivere le modalità e definire le responsabilità con la quale sono garantiti nei confronti degli utenti e più in generale ai cittadini, l' applicazione delle norme e delle determinazioni aziendali, riguardanti il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali della dignità della persona, attraverso gli strumenti della a disposizione della pubblica amministrazione, in materia di: <ul style="list-style-type: none"> - informazione per l'accesso alle strutture ed alle prestazioni erogabili; - informazione e garanzia del rispetto del diritto alla "difesa" rispetto ad atti amministrativi della pubblica amministrazione; - informazione per l'inoltro di eventuali segnalazioni o reclami; - comunicazione ed ascolto attivo con l'utenza e la cittadinanza, - diritto all'accesso a documentazione amministrativa e sanitaria di interesse personale, - diritto di accesso civico, - informazioni relative ad interventi sanitari a cui le persone debbano essere sottoposte ai fini dell'acquisizione di un "consenso informato" preventivo; - modalità ed elementi di sicurezza nell'ambito di protezione e trattamento dei dati personali e sensibili; - requisiti tecnico – strutturali nelle sedi di erogazione delle prestazioni e comunque accessibili al pubblico, in materia di accessibilità e rispetto della privacy; - rispetto del segreto d'ufficio, del segreto professionale e del segreto investigativo. 						
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo	DGR 385/2011					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Definizione di un protocollo del DSP per gestione privacy mediante formazione operatori e valutazione delle strutture e attrezzature per garantirne l'applicazione e gestione del segreto di ufficio, professionale ed investigativo.	Protocollo		Si/No		Si	Si	Si		

Settore	1.5.3	Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Definizione del Piano di attività 2017 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.3.1	Pianificazione e Programmazione 2017							
Descrizione			Rendicontazione						
Piano di attività 2017 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato Piano di Attività anno 2017 (prot. 11783 del 21/02/2017), e redatta relazione finale attività anno 2016 (prot. 21167 del 30/03/2017).						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2017, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato		Protocollo piano di attività	Si/No		Si	No	Si		
Produzione della relazione finale anno 2016		Protocollo relazione finale	Si/No		Si	No	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.3.2	Medicina del Lavoro							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale per ogni operatore afferente all'Area in data 27/03/2017 (vari protocolli). Al 31/12 il volume di attività media effettuato dagli operatori del servizio è stato superiore al programmato (114%)						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 172/2015 Punto 1.5					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale		Documento budget al 31.12.2017	% >=	45,00%	90,00%	55,00%	114,43%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.3.3	UOIA							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale per ogni operatore afferente all'Area in data 27/03/2017 (vari protocolli) . Al 31/12 il volume di attività media effettuato dagli operatori del servizio è stato superiore al programmato (103%)						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2017		% >=	45,00%	90,00%	54,00%	103,44%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.3.4	DGR 1003 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie							
Descrizione			Rendicontazione						
I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, e le attività istituzionalmente dovute in coerenza con le indicazioni regionali fornite nei vari ambiti, dovranno garantire: - il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia (Circolare Regionale n. 10/2014, recenti indicazioni per attività delle UOIA ecc.) mantenendo i livelli di copertura di vigilanza consolidati. Va assicurata inoltre un'omogenea e trasparente programmazione dell'attività di vigilanza secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento sul territorio regionale, l'integrazione professionale e tra Servizi come indicato nella DGR 200/2013			RIPETUTO (OBIETTIVO 5 del 1.5.6) L'attività di vigilanza è stata attuata nel rispetto degli indirizzi regionali. Al fine del raggiungimento del 9% di UULL controllate, al 31.12 sono state ispezionate n. 2.015 UU.LL. pari al 9,6%.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1003 /2016					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.3.4	DGR 1003 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: >= 9%		Sistema informativo	% >=		9,00%		9,60%		

Settore	1.5.4	SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Piano di attività 2017 del Servizio con formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.4.1	Pianificazione e Programmazione 2017							
Descrizione			Rendicontazione						
Piano di attività 2017 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Emanato Piano di Attività SIAN 2017 (prot. 31535 del 19.05.2017). Redatto report attività budget Sian 2016 (prot. 10735 del 17.02.2017).						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2017, scomposto per Aree disciplinari e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività		Si/No		Si	No	Si		
Produzione della relazione finale anno 2016	Protocollo relazione finale		Si/No		Si	No	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.4.2	Igiene degli Alimenti							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Piani di lavoro individuali comunicati con mail del 09.03.2017 disponibili presso la Direzione del Servizio. Tutti gli operatori hanno raggiunto come minimo il 94% del proprio carico di lavoro individuale, con una media di servizio del 99,8%						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2017		% >=	45,00%	90,00%	45,00%	99,80%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.4.3	Nutrizione							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Piani di lavoro individuali comunicati con mail del 09.03.2017 disponibili presso la Direzione del Servizio. Tutti gli operatori hanno raggiunto il 100% del programmato						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale		Documento budget al 31.12.2017	% >=	45,00%	90,00%	45,00%	100,00%	100,00%	

Settore	1.5.5	Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Piano di attività 2017 dell'ADSPV, scomposto nei Servizi A/B/C con formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.5.5.1	Pianificazione e Programmazione 2017								
Descrizione			Rendicontazione							
Piano di attività 2017 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Emanato Piano di Attività ADSPV 2017 (prot 11321 del 20/02/2017) Riesame attività anno 2016							Effettuato
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Elaborazione del Piano di attività 2017, scomposto per Aree disciplinari e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività		Si/No		Si	No	Si			
Produzione della relazione finale anno 2016	Protocollo relazione finale		Si/No		Si	No	Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.5.2	SERVIZIO A - Sanità Animale							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Definito il Piano di Lavoro individuale per ogni operatore assegnato al Servizio Sanità Animale (vari protocolli in data 07/03/2017) Al 31.12 tali piani sono stati attuati in media al 95,6%						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2017		% >=	45,00%	90,00%	46,30%	95,60%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.5.3	SERVIZIO B - Igiene degli Alimenti di Origine Animale							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il Piano di lavoro individuale per ogni operatore assegnato al Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale (vari protocolli in data 02/03/2017). Al 31.12 tali piani sono stati attuati in media al 88,8%						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2017		% >=	45,00%	90,00%	40,50%	88,80%	90,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.5.4	SERVIZIO C - Igiene delle Produzioni Zootecniche							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il Piano di lavoro individuale per ogni operatore assegnato al Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale (vari protocolli in data 07/03/2017) Al 31.12 tali piani sono stati attuati in media al 95%						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2017		% >=	45,00%	90,00%	47,00%	95,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.5.5	DGR 1003 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.5.5	DGR 1003 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione							
<p>Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2016 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi: - Attivazione, in via sperimentale, del Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale, anche attraverso l'adeguamento del piano delle attività 2016 dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Veterinario.- Adeguamento ai criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale) dell'Accordo Stato Regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" del 7.2.2013, recepito con DGR 1510/2013 per l'anno 2016.</p> <p>-Realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di ufficialmente indenne del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica.</p> <p>-Attività di controllo sul benessere animale e farmacovigilanza in allevamento secondo gli standards definiti a livello regionale.</p>			<p>RIPETUTO (OBIETTIVO 6 del 1.5.6) Nel corso dell'anno l'attività di controllo ufficiale è stata coerente con quanto previsto nei Piani Nazionali, Regionali e con quanto indicato nel Piano Regionale della Prevenzione recepito nei piani di lavoro dei singoli servizi del DSP: - allevamenti controllati per benessere animale 19% - allevamenti controllati per farmacovigilanza 38% - allevamenti controllati per malattie infettive 100% - PRI 100%.</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1003 /2016					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti (obiettivo: >= 10 o 15% secondo le specie)	specifico flusso di riferimento		% >=		15,00%		19,00%		
% allevamenti controllati per farmacovigilanza sul totale degli allevamenti	specifico flusso di riferimento		% >=		33,00%		38,00%		
% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA)	specifico flusso di riferimento		% >=		98,00%		100,00%		
PRI - Piano Regionale Alimenti	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		100,00%		

Settore	1.5.6	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER		
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<p>I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, dovranno garantire le attività istituzionalmente dovute, l'attività di vigilanza e controllo in coerenza con la DGR 200/2013 e con gli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia, la gestione delle emergenze di specifica competenza e il contributo di sanità pubblica in tutte le emergenze che lo richiedano, cooperando con altri Enti. Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.</p>				
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance 2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.5.6.1	DGR 830/17 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018		
Descrizione		Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.5.6.1	DGR 830/17 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018			
<p>Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018, cornice strategica per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale, nel 2016 è stato declinato a livello locale nei Piani di Attuazione Locale (PLA), come previsto dalla D.G.R. n. 71/15: dallo scorso anno le Aziende Sanitarie hanno iniziato a dare attuazione alle azioni previste nei 68 progetti del PRP, in una logica di integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali.</p> <p>La valutazione del PRP relativa al 2016, trasmessa al Ministero sulla base dell'accordo Stato- Regioni del 25 marzo 2015, ha documentato il raggiungimento degli standard concordati ai fini della certificazione.</p> <p>Nel 2017 le Aziende Sanitarie si impegnano a continuare a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), continuando il percorso di una programmazione ispirata ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma. In questo contesto organizzativo, oltre alla realizzazione delle azioni previste nei PLA, le Aziende si impegnano a garantire il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP.</p> <p>Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il "core" del piano.</p> <p>Nel 2017 le Aziende sanitarie si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nei rispettivi PLA aziendali; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso.</p>			<p>Per l'anno 2017 è proseguita l'attività prevista nella specifica programmazione di ogni singolo progetto. E' proseguita anche il percorso di attenzione ai principi di equità ed in particolare si è proceduto per il progetto 6.4 all'applicazione della scheda EQUIA sul "Percorso piede diabetico". Prosegue il lavoro di integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria per quei progetti che vedono la compartecipazione dei professionisti delle due aziende. Nel corso dell'anno si sono svolti incontri di monitoraggio del percorso del Piano sia come cabina di regia che come riunioni specifiche di Setting. Si è proceduto alla sostituzione di referenti di setting e di programmi che sono andati in pensione o che per motivi professionali sono stati incaricati per altre funzioni. Si è verificato in particolare il raggiungimento degli obiettivi legati all'indicatore Sentinella per il raggiungimento della quota prevista del 95%.</p>		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.6.2	DGR 830/17 - Epidemiologia e sistemi informativi							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Il PRP ribadisce il ruolo essenziale, al fine del monitoraggio e della valutazione dei risultati, della disponibilità dei dati derivati dai sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono già presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate. E' essenziale che questo patrimonio informativo sia mantenuto e implementato in una visione unitaria, anche a supporto dei programmi di sanità pubblica, oltre che ai fini della descrizione e valutazione dell'assistenza.</p> <p>In particolare le Aziende si impegnano a garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel PRP. Tra le sorveglianze da consolidare si richiamano il Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, OKkio alla salute) e il Registro regionale di mortalità; tra le sorveglianze di cui migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione si citano gli screening oncologici e le vaccinazioni, mentre rimangono da estendere all'intero territorio regionale il Registro regionale dei tumori e il Sistema PASSI d'Argento.</p>			<p>E' stata garantita l'alimentazione del registro di mortalità nel rispetto dei tempi indicati dalla Regione. Effettuato invio in data 31 marzo 2017 dei dati riferiti ai decessi del secondo semestre dell'anno 2016 ed in data 26 ottobre dei dati riferiti ai decessi avvenuti nel primo semestre del 2017. Anche lo studio PASSI è proseguito come programmato. Il numero di interviste realizzate riflette il programmato (N. 275 interviste effettuate su 275 programmate). Il sistema PASSI D'ARGENTO è stato garantito mediante l'effettuazione al 31.12.2017 di 116 interviste su 120, ma la data di chiusura del sistema di sorveglianza è prevista per il 28 febbraio di ogni anno e per tale data verranno effettuate anche le ultime 4 interviste mancanti.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sub-Area	1.6	GLI SCREENING
-----------------	------------	----------------------

Settore	1.6.1	Quadro generale e obiettivi comuni
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Il sistema di gestione della prevenzione secondaria delle patologie tumorali, pur articolandosi in tre programmi di screening, deve essere inteso e presentato come attività integrata, sia dal punto di vista organizzativo che della partecipazione e valutazione di qualità. Trattandosi di programma a valenza nazionale e regionale, gli obiettivi vengono indicati dal Piano della Prevenzione: la valutazione qualitativa di processo del Piano Nazionale della Prevenzione e dei Piani Regionali ha evidenziato la efficacia del metodo dell'approccio condiviso e la necessità di una più capillare diffusione dei risultati ai gruppi portatori di interesse.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.1.1	Partecipazione a iniziative e progetti valutativi							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione alle iniziative di controllo di Qualità e a progetti valutativi definiti a livello regionale. Avvio del percorso di accreditamento istituzionale									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evvidenza Attività		PRP	Sì/No		Sì				

Settore	1.6.2	Screening del tumore del collo uterino
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Tutti i Distretti partono allineati con i turni mensili di chiamata per il 7° 'round' (1.1.2016 - 31.12.2018, salvo integrazione con il nuovo algoritmo che prevede l'HPVtest come test di screening primario e chiamata quinquennale) - Per quest'anno verranno regolarmente invitate ad HPVtest primario e citologia di "triage" le donne comprese nella fascia di età 45-64 anni, secondo cronoprogramma regionale.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.2.1	Promozione adesione							
Descrizione			Rendicontazione						
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione ed adesione dell'attività rivolta a donne tra i 25 e i 45 anni, residenti e domiciliate assistite, con proposta attiva di pap-test triennale - Chiamata per l'HPVtest (test primario) della fascia 45-64 anni, residenti e domiciliate assistite.			E' in via di recupero il lieve decremento registrato al 31/12/16 dovuto all'attivazione del nuovo algoritmo di screening (HPVtest primario e Citologia/Pap-test di 'triage'). Procedo regolarmente la fase quinquennale di transizione.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 217/2014				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di adesione		P.R.P.	% >=	60,00%	60,00%	63,30%	64,40%	100,00%	

Settore	1.6.3	Screening del tumore della mammella
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Il risultato di salute da perseguire a lungo termine è la riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, attraverso il mantenimento dei risultati raggiunti e l'integrazione dell'offerta a livello provinciale. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012, inoltre, si prefigge l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.6.3.1	Implementazione data base individuale							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento tracciato record data base individuale			Il tracciato risulta consolidato e da quest'anno su richiesta della RER è stato inserito anche il dato relativo al profilo di rischio per tumore eredo-familiare.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza tracciato	RIT		Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.3.2	Progressione chiamate							
Descrizione			Rendicontazione						
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione rivolti alle donne di fascia di età 45 -49 anni (mammografia annuale) e 70 – 74 anni (biennale) domiciliate e residenti. Miglioramento dell'adesione corretta in tutte le fasce di età (ultima rilevazione media: 64,6%).			Miglioramento dell'adesione in tutte le fasce di età. Estensione stabile ma lievemente inferiore ai valori attesi per acquisizione nuove apparecchiature e conseguente ridotto tempo medico disponibile.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo					
				DGR 217/2014 DGR 172/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adesione corretta	PRP		% >=		64,60%	64,00%	67,00%		
Estensione effettiva inviti	PRP		% >=		95,00%	94,00%	94,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.3.3	Rischio ereditario familiare							
Descrizione			Rendicontazione						
Attuare il programma secondo la indicazioni regionali			Il programma è stato attuato secondo le indicazioni regionali.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Compilazione scheda anamnestica ereditario familiare/ Donne presentate		PRP	% >=		95,00%	95,00%	99,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.3.4	Integrazione tra Centro Screening e Centro Senologico e Azienda Ospedaliero Universitaria e MMG							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione al "Programma interaziendale Centro di Senologia" o Breast Unit			La partecipazione alla Brest Unit ha permesso di inviare la maggioranza delle pazienti al percorso multidisciplinare con valori anche superiori alle aspettative.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 800/2015 DDG 841/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Invio pazienti al percorso multidisciplinare del Centro di Senologia/Donne con patologia mammaria		Database del Servizio Dedalus	% >=		85,00%	90,00%	90,00%		

Settore	1.6.4	Screening del tumore del colon retto
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>L'obiettivo di salute del programma è rappresentato dalla diminuzione dell'incidenza dei tumori del colon retto attraverso un'azione congiunta di prevenzione e diagnosi precoce da un lato e di riduzione delle disuguaglianze dall'altro. La riorganizzazione iniziata lo scorso anno ha determinato una maggiore collaborazione ed integrazione tra tutti gli attori coinvolti ed una maggiore autonomia degli stessi. Il fine ultimo resta quello di porre il centro screening come punto di riferimento per i cittadini. L'intervento, tra l'altro, si avvale dell'importante collaborazione dei MMG e delle associazioni di volontariato con le quali sono stati effettuati degli incontri a carattere distrettuale al fine di promuovere un miglioramento continuo.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.4.1	Progressione chiamate							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Consolidamento dei livelli di estensione ed adesione raggiunti: fascia di età 50/69 anni, sviluppando strategie atte migliorare l'adesione nell'intera provincia.</p>			<p>Nel primi mesi dell'anno è stato completato il round 2015-2016, ed a partire dall'aprile 2017 ha preso inizio il nuovo round 2017-2018. Rispetto ai round precedenti si è cercato di anticipare il coinvolgimento di alcuni comuni al fine di rendere più omogenea e funzionale da un punto di vista organizzativo la partecipazione a livello dei singoli distretti. Per tale fine è stato elaborato un calendario che prevede il coinvolgimento di tutti i comuni (invio delle lettere relative al 1° invito) entro fine novembre 2018. Al 31 dicembre 2017 sono stati effettuati circa 46.700 primi inviti (rispetto ai circa 37.000 previsti per gli anni dispari) che porterà, in futuro, ad avere ogni anno uno stesso numero di inviti, evitando grosse fluttuazioni e garantendo maggiore omogeneità del numero di pesone invitate nei diversi anni. I dati ufficiali inviati dalla regione ad oggi si riferiscono per quel che concerne l'Adesione all'invito corretta, che è pari a 59,6% (media RER 55,1%), ancora alla rilevazione puntuale al 30/06/2016 (Adesione al 30/11/2016) . Per quel che concerne l'estensione degli inviti corretta è pari a 86,9% (media RER 94,1%) e si riferisce alla rilevazione puntuale al 31/03/2017.</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adesione corretta		PRP	% >=		48,00%		59,60%		
Estensione effettiva inviti		PRP	% =		80,00%		86,90%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	1.6.4.2	Equità di accesso						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.4.2	Equità di accesso							
Favorire l'adesione da parte di categorie svantaggiate per ridurre le disuguaglianze (stranieri, carcere).			L'adesione tra i domiciliati risulta essere notevolmente inferiore rispetto alla popolazione complessiva a causa anche delle difficoltà a reclutare gli utenti per inesattezze ed inadeguatezza dei recapiti forniti e presenti nelle anagrafiche comunali (a tal proposito è stata effettuata dal Centro Screening una verifica di circa 4000 lettere non recapitate). I dati ufficiali inviati dalla regione ad oggi si riferiscono ancora alla rilevazione puntuale al 30/06/2016 (Adesione al 30/11/2016) e mostrano un'estensione degli inviti pari al 72,3% (media RER 81,9%), mentre l'adesione all'invito corretta è stata del 38,6% (media RER 43,0%). Non è stato effettuato lo screening nella popolazione carceraria per l'impossibilità al momento (come già avvenuto nei round precedenti) di garantire l'intero percorso che prevede esami di I° livello ed, eventualmente, nel caso di positività, di II° livello.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 901/2015				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° FOBT popolazione carceraria/lettere inviate		PRP	% >=		80,00%				
N° FOBT popolazione straniera/lettere inviate		PRP	% >=		75,00%				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.4.3	Sensibilizzazione all'adesione allo screening colon retto							
Descrizione			Rendicontazione						
Implementazione e sensibilizzazione all'adesione allo screening colon-retto con l'ausilio di un mezzo mobile che sarà presente presso i Comuni della Provincia di Parma. L'utilizzo del mezzo mobile, messo a disposizione dalle Associazioni di Volontariato, è ad integrazione dei centri fissi, attivi con la collaborazione delle Associazioni di Volontariato.			Continua l'attività inerente il progetto "Camper della Prevenzione"; nell'anno 2017 sono stati coinvolti i comuni di Sorbolo, Langhirano, Traversetolo e Fidenza in concomitanza con l'inizio della campagna di Screening in tali comuni al fine, anche, di presentare il programma di prevenzione ed illustrare l'importanza dello stesso. L'unità mobile ha svolto, come di consueto, un'attività di sensibilizzazione della popolazione riguardante i corretti stili di vita e le abitudini alimentari: nell'occasione sono stati consegnati i kit per la ricerca del sangue occulto.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 901/2015				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.6.4.3	Sensibilizzazione all'adesione allo screening colon retto							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N°. Comuni Aderenti		Relazione Resp. Programma	Numero <=		4,00				

Area 2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

Sub-Area 2.1 Obiettivi di Presidio Ospedaliero

Settore 2.1.1 Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>In attuazione dei combinati disposti di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70, alla DGR 2040/2015 ed alla DGR 1003/2016, l'Azienda USL di Parma ha completato, entro i termini previsti, le riconversioni di posti letto ed attività ospedaliere dei presidi ospedalieri a gestione diretta di Fidenza e di Borgo Val di Taro, in funzioni ed attività territoriali. I Dipartimenti integrati di Presidio Ospedaliero Aziendale hanno assunto piena operatività, valorizzando il ruolo di organica connessione tra i due stabilimenti ospedalieri che costituiscono il Presidio Ospedaliero Aziendale. Il percorso di adeguamento delle dotazioni di posti letto è stato condotto in sinergia con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, con la quale è stato sottoscritto un documento di programmazione integrata dell'assistenza ospedaliera, che è stato approvato dalla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale. A conclusione del medesimo documento, è stato convenuto di avviare un processo di revisione/implementazione di percorsi clinico - organizzativi, su temi da ritenersi strategici, dove impegnare gruppi qualificati di professionisti di entrambe le Aziende Sanitarie del bacino provinciale.</p>	

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

Obiettivo 2.1.1.1 Partecipazione dei professionisti del Presidio Ospedaliero Aziendale ai gruppi di lavoro interaziendali in ambiti strategici

Descrizione	Rendicontazione
<p>Il documento "Programmazione integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 AOU di Parma - AUSL di Parma", recepito con deliberazione n. 1006 del 30 dicembre 2016, ha previsto la costituzione di gruppi di lavoro interaziendali, definendo ambiti di approfondimento da ritenersi strategici. Il Presidio Ospedaliero Aziendale deve assicurare la partecipazione di qualificati professionisti, ai lavori dei gruppi, che potranno svolgersi per tutto l'anno 2017.</p>	<p>I professionisti del Presidio Ospedaliero Aziendale hanno partecipato agli incontri dei gruppi di lavoro interaziendali nei seguenti ambiti strategici: Ufficio di Coordinamento Provinciale Unico per l'abbattimento delle liste d'attesa dei ricoveri programmati; Riabilitazione; Otorinolaringoiatria; Breast Unit; Chirurgia; Ortopedia; Ginecologia/Percorso Nascita (STAM/STEN); DCA; Emergenza - Urgenza (Dipartimento interaziendale).</p>

Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DM 70/2015; DGR 2040/2015
-----------------------	-------	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	P.O. Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

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

Obiettivo 2.1.1.2 Avvio dei processi di omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.1.1.2	Avvio dei processi di omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale							
La prospettiva del cambiamento delle modalità di accreditamento, che avranno quali riferimenti i dipartimenti integrati di presidio ospedaliero aziendale al posto degli stabilimenti ospedalieri, rende necessario avviare il processo di omogeneizzazione delle procedure in essere presso le due sedi ospedaliere.			Nel primo semestre sono stati prodotti due documenti di Presidio: 1 - procedura gestione sangue ed emocomponenti, 2 - Regolamento di Polizia Mortuaria. Nel corso del secondo semestre sono stati emanati: il regolamento relativo alla gestione dei ricoveri chirurgici programmati nell'ambito del presidio ospedaliero aziendale e la procedura per la gestione dei trasporti interospedalieri.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DM 70/2015; DGR 2040/2015.					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		P.O. AZIENDALE	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.1.1.3	DGR 1003 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati							
Descrizione			Rendicontazione						
Nello scorso anno, il progetto regionale sulle modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che ha assunto le funzioni di Azienda Pilota, ha rivestito carattere prioritario per l'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali. Il Progetto ha previsto l'individuazione di un riferimento unico aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato individuate come prioritarie a livello nazionale e regionale, entro gli standards previsti dalla normativa. Il piano ha previsto l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione si è proposta di monitorare i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. L'implementazione del Progetto SIGLA continua nell'anno 2017.			E' stato individuato il Responsabile Unico Aziendale per il governo dei tempi di attesa dei ricoveri programmati. E' stato completato il piano di informatizzazione delle agende di prenotazione. Il monitoraggio prospettico avviato dalla Regione tramite il Portale SIGLA, per ora non contempla il dato di attesa media prospettica. In riferimento al piano di informatizzazione, si specifica che per quanto riguarda lo sviluppo di sistemi di alert, gli stessi sono stati individuati e si è in attesa della loro realizzazione da parte della softwerhouse. Per l'anno 2017 il dato della attesa media prospettica è stato sostituito a livello regionale con il monitoraggio retrospettivo da SDO riferito al periodo 1-16 dicembre 2017 con risultato raggiunto al 100%, l'obiettivo al punto 3), pertanto, non è attinente.						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.1.1.3	DGR 1003 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati							
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nuova individuazione del Responsabile Unico aziendale da parte del Direttore Sanitario per gestione del Progetto SIGLA causa trasferimento della precedente incaricata		Atti direzione sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità		Atti direzione sanitaria	Sì/No		Sì	Sì			
Completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa		Atti direzione sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.1.1.4	DGR 1003 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati							
Descrizione			Rendicontazione						
Nell'ambito delle prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, sono individuate quelle che sono erogate negli ospedali del Presidio Ospedaliero Aziendale, con riferimento agli indicatori proposti dalla Regione Emilia Romagna.			Con riferimento alle prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, si indicano i dati SDO al 30.06.2017, per gli indicatori riferiti alle prestazioni erogate dalle Unità Operative afferenti al Presidio Ospedaliero Aziendale. La rilevazione retrospettiva da SDO condotta nel periodo 1-16 dicembre 2017 ha dato un risultato pari al 100% per tutte le categorie; la media annuale dei tempi di attesa estratti da SDO risulta essere: Tumore all'utero 77,2%; tumore del colon-retto 69,5%; tumore della prostata 65,7% , protesi d'anca 73%.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	2.1.1.4	DGR 1003 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore all'utero (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	83,30%	100,00%				
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore del colon-retto (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	67,90%	100,00%				
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore della prostata (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	63,60%	100,00%				
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per la protesi d'anca (entro 180 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	56,00%	100,00%				

Obiettivo	2.1.1.5	DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - completamento del riordino della rete ospedaliera, indicazioni DGR 2040/2015								
Descrizione	Rendicontazione									
Obiettivo già raggiunto	Obiettivo già raggiunto									
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo									
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Posti Letto Post-Acuti : Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015 (Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì				
Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040 : Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016 (Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì				

Obiettivo									
Obiettivo	2.1.1.6	DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DGR n. 463/2016 Conversione in regime ambulatoriale day hospital oncologici							
Descrizione				Rendicontazione					
Obiettivo già raggiunto				Obiettivo già raggiunto					
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Relazione sulle modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016 entro il 2016	Atti Dir. San.	Si/No		Si		Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	2.1.1.7	DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital			
Descrizione			Rendicontazione		
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, occorre perseguire il rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati.			L'obiettivo prima assegnato alla Direzione di Presidio in applicazione della DGR 830/2017 è stato assegnato ai Dipartimenti ospedalieri e pertanto si rimanda all'obiettivo 2.8.2.		
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.1.1.7	DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
		colecistectomia laparoscopica : proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg (indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015)	Numero >=		75,00				
		interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	Numero >=		70,00				
		numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa all'anno (indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015)	Numero >=		100,00				
		numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Fidenza all'anno	% >=		75,00%				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.1.1.8	DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital							
Descrizione			Rendicontazione						
	Le Aziende inoltre devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie. Definizione di criteri omogenei a livello di rete ospedaliera provinciale per il trasferimento di interventi chirurgici erogati in regime ordinario day-surgery al regime ambulatoriale.		Sono stati effettuati dei controlli finalizzati a verificare eventuali trasferibilità di interventi chirurgici da regime di Day Surgery a regime ambulatoriale. Si sta completando la definizione dei percorsi di DSA per le patologie chirurgiche trasferibili in tale regime. Criteri omogenei sono in fase di elaborazione da parte del gruppo interaziendale delle liste di attesa. La relazione finale del Responsabile aziendale dei controlli sanitari, come da prassi, è relativa all'anno precedente e pertanto risulta pervenuta la relazione relativa all'anno 2016.						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.1.1.8	DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazione del Responsabile Aziendale dei Controlli Sanitari		Atti Dir. San.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.1.1.9	DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso							
Descrizione			Rendicontazione						
...Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale.. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero, pag.27)			L'obiettivo prima assegnato alla Direzione di Presidio in applicazione della DGR 830/2017 è stato assegnato ai Dipartimenti ospedalieri , pertanto si rimanda all'obiettivo 2.2.11.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
contribuire a migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)		Atti Dir. San.	Sì/No		Sì				
piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso (conferma dei Cruscotti)		Atti Dir. San.	Sì/No		Sì				

Obiettivo	2.1.1.10	DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013							
Descrizione			Rendicontazione						
Obiettivo già raggiunto			Obiettivo già raggiunto						

DGR 1003 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013									
Obiettivo	2.1.1.10								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Entro fine 2016 delibera in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).		Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione al gruppo di lavoro permanente interprovinciale coordinato da AOU PR		Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	2.1.1.11	DGR 1003- Attività trasfusionale			
Descrizione	<p>Nel corso dell'anno 2015 l'attività dei servizi trasfusionali è stata oggetto indicazioni normative importanti che impongono una revisione sia dei modelli organizzativi di tali servizi che dei percorsi clinico assistenziali nonché delle sinergie con le associazioni donatori. Il quadro normativo cui si fa riferimento è il seguente: DM 70/2015, Delibera 2040/2015 ed il SM 2/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" In particolare il DM 2/11/2015 focalizza l'attenzione in modo puntuale su elementi relativi alla sicurezza del paziente, con particolare riferimento a strumenti organizzativi ed informatici che riducano il rischio di errore ABO. E' mandatario poi continuare a garantire autosufficienza su scala regionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni donatori, per soddisfare il fabbisogno di emocomponenti. L'AUSL di Parma partecipa al sistema sangue provinciale con i propri ospedali dotati di frigoemoteca.</p>		Rendicontazione		
			<p>In applicazione della normativa nazionale e con la collaborazione dell'U.O. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'AOU di Parma è stata aggiornata, validata e presentata nei Comitati dei Dipartimenti del P.O. nel febbraio 2017, la procedura del sangue e degli emocomponenti aziendale. In considerazione dell'attività svolta dalla Commissione del Buon Uso del Sangue Umano sono stati individuati dei percorsi più razionali per l'impiego della risorsa sangue e sono state individuate indicazioni precise per l'adozione di comportamenti corretti, omogenei e certi sia nei confronti della risorsa sangue che nei confronti della sicurezza del paziente. Si conferma il percorso individuato anche per il secondo semestre.</p>		
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.1.1.11	DGR 1003- Attività trasfusionale							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuare ed aggiornare la Procedura "Gestione sangue ed emocomponenti, emessa il 29.12.2016	Atti Dir. San.		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
braccialetto identificativo del paziente (applicare quanto previsto nel DM 2/11/2015)	Atti Dir. San.		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.1.1.12	DGR 1003 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule							
Descrizione			Rendicontazione						
L'Azienda USL di Parma partecipa al sistema regionale DONOR-ACTION con una attività di procurement di tessuti e con l'attività di prelievo di cornee. E' individuato un coordinatore locale per le predette attività, che svolge anche direttamente le attività di prelievo di cornee.			L'obiettivo prima assegnato alla Direzione di Presidio in applicazione della DGR 830/2017 è stato assegnato ai Dipartimenti ospedalieri pertanto si rimanda all'obiettivo 2.2.14.						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRTER)	P.O. AZIENDALE		Sì/No		Sì				
Sviluppo di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari all'obiettivo regionale	P.O. AZIENDALE		Sì/No		Sì				

Sub-Area	2.2	Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale
-----------------	------------	--

Settore	2.2.1	Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Al termine del processo costitutivo, che ha impegnato i primi tre trimestri dell'anno scorso, i nuovi dipartimenti unici di P. O. hanno iniziato a perseguire con impegno e determinazione, gli obiettivi di riorganizzazione ed adeguamento ai nuovi standard ospedalieri, contenuti nel D.M. 2 aprile 2015, n. 70. e con le linee guida regionali. In particolare, si è intensificato lo scambio di professionisti, ai fini di condivisione delle eccellenze e mantenimento/incremento della clinical competence. Il cammino iniziato nell'ultimo trimestre dell'anno scorso, in continuità con le azioni già implementate negli anni precedenti, può trovare pieno svolgimento nell'anno in corso, ultimo del triennio di vigenza del Patto per la Salute 2014 - 2016.

Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alla Politica del Farmaco a cui si dovranno attenere tutti i Dipartimenti, si rimanda allo specifico capitolo del Piano Azioni (Cap. 5.4).

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

Obiettivo	2.2.1.1	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici
------------------	----------------	---

Descrizione	Rendicontazione
Revisione, adozione e monitoraggio dei percorsi assistenziali. Tutti i dipartimenti sono tenuti a sviluppare i percorsi di pertinenza così come declinati all'interno dei requisiti specifici di accreditamento delle UU.OO. Rispettive	Nel corso del primo semestre sono stati individuati i nominativi del personale che va a costituire la rete dipartimentale per la elaborazione di PDTA. Le reti dipartimentali sono state selezionate con criteri di multiprofessionalità e multidisciplinarietà, sulla base dei nominativi già inseriti nella rete aziendale "PDTA e Audit" ed è stata individuata una figura con funzioni di coordinamento. Nel corso del secondo semestre, è stato concluso il PDTA interaziendale relativo allo Scompenso Cardiaco ed il PDTA Malattia Renale Cronica.

Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo
------------------------------	--------------	---	------------------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Revisione di almeno due PDTA	specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		2,00		
Attivazione rete omogenea di Dipartimento per i PDTA	specifico flusso di riferimento	Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

Obiettivo	2.2.1.2	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici
------------------	----------------	---

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.2	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici							
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica			Nel corso del primo semestre è stato monitorato l'indice di performance delle attività ambulatoriali svolte dai professionisti afferenti al Dipartimento di Emergenza - Urgenza. Si sta elaborando un programma per migliorare l'offerta di prestazioni per urgenze differite. I dati relativi all'anno 2017 evidenziano complessivamente che l'IP delle prestazioni programmabili è stato pari al 95% per l'Ospedale di Fidenza ed al 98% per l'Ospedale di Borgotaro; l'IP delle prestazioni urgenti differibili, invece, è stato complessivamente pari al 75% per l'Ospedale di Fidenza ed al 90% per l'Ospedale di Borgotaro. Tra le prestazioni più critiche si sono evidenziate a Fidenza l'EMG (25%) e le visite pneumologiche (50%), per le quali si stanno valutando possibili incrementi di attività.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di Performance prestazioni programmabili		portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	96,50%	97,00%	100,00%	
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili		portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	63,50%	83,00%	71,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.2.1.3	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.2.1.3	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici							
Applicazione di innovative soluzioni ICT per la gestione di esami di cardiologia e radiodiagnostica			<p>Il protocollo per la gestione di esami in Telecardiologia con l' Ospedale di Borgotaro è stato attivato nel corso del primo semestre e prosegue regolarmente. E' stato avviato Il percorso di telecardiologia con il Dipartimento di Salute Mentale, gli Istituti Penitenziari e l'Ospedale di Borgotaro. E' in corso di completamento l'acquisizione delle attrezzature idonee alla teletrasmissione di ECG dal PS di Fidenza alla UOC di Cardiologia/UTIC. Nel corso del secondo semestre sono state mantenute le attività già in essere; nel periodo dal 21.03. 2017 (data di attivazione del servizio) al 31.12.2017 sono stati refertati per via telematica n. 680 ECG della Salute Mentale; sono stati refertati dalla U.O.C. di Radiodiagnostica di Fidenza per via telematica n. 89 TC smdc e n. 319 RX. Gli ECGgrafi necessari per l'avvio del servizio di telecardiologia per il PS di Fidenza sono stati consegnati al PS solo alla fine di dicembre e non completi di tutti gli accessori necessari per iniziare la trasmissione degli stessi. Tutti gli adempimenti in capo alla struttura sono stati assolti.</p> <p>La trasmissione telematica ECG e relativa refertazione per il PPIO di Borgotaro è stata avviata nel secondo semestre.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio percorso di telecardiologia con PS di Fidenza e PPIO di Borgotaro		Direzione P.O.	Sì/No =		Sì		Sì		
Avvio percorso di telecardiologia con Salute Mentale e carcere		Direzione P.O.	Sì/No =		Sì	Sì	Sì		
Avvio percorso di teleradiologia con Ospedale di Borgotaro		Direzione P.O.	Sì/No =		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	2.2.1.4	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	2.2.1.4	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici							
Progetto di miglioramento organizzativo delle funzioni di area medica del Pronto Soccorso			Sono stati elaborati da specifici gruppi di lavoro i protocolli di integrazione previsti, sotto forma di due specifiche istruzioni operative: "Supporto nell'attività assistenziale medica in Medicina d'Urgenza" emanata in data 01/06/2017 ed "Integrazione attività assistenziale MET-118 in Pronto Soccorso", emanata in data 05/07/2017.						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento complessivo di revisione del progetto di integrazione fra MET e Medici di Pronto Soccorso		Dir. Dipartimento	Si/No =	Si	Si	Si	Si	100,00%	
Documento di integrazione dipartimentale per la gestione delle urgenze multiple in PS		Dir. Dipartimento	Si/No =	Si	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.1.5	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici							
Descrizione			Rendicontazione						
Prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia			Sono stati completati nel corso del primo semestre i previsi aggiornamenti sul programma di Prescrizione e Somministrazione della terapia farmacologica, propedeutici alla implementazione in ambito dipartimentale. Il Dipartimento, nel secondo semestre, non è stato inserito nella fase applicativa del programma, per cui l'obiettivo non risulta applicabile.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	L 30 ottobre 2014, n° 161					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio ed implementazione nelle U.O. di degenza		Direzione PO	Si/No =		Si	Si	No		

Obiettivo	2.2.1.6	Dipartimento Medico							
Descrizione			Rendicontazione						

Obiettivo 2.2.1.6 Dipartimento Medico										
Revisone, adozione e monitoraggio dei percorsi assistenziali. Tutti i dipartimenti sono tenuti a sviluppare i percorsi di pertinenza così come declinati all'interno dei requisiti specifici di accreditamento delle UU.OO. Rispettive				Nel corso del primo semestre sono stati individuati i nominativi del personale che va a costituire la rete dipartimentale per la elaborazione di PDTA. Le reti dipartimentali sono state selezionate con criteri di multiprofessionalità e multidisciplinarietà, sulla base dei nominativi già inseriti nella rete aziendale "PDTA e Audit" ed è stata individuata una figura con funzioni di coordinamento. Nel corso del secondo semestre, è stato concluso il PDTA interaziendale relativo allo Scopenso Cardiaco ed il PDTA Malattia Renale Cronica.						
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore			Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Revisione di almeno due PDTA	specifico flusso di riferimento			Numero >=		2,00		2,00		
Attivazione rete omogenea di Dipartimento per i PDTA	specifico flusso di riferimento			Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance 2 Performance dei Processi Interni Area Performance 2.2 Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico									
Obiettivo 2.2.1.7 Dipartimento Medico									
Descrizione				Rendicontazione					
Implementazione del percorso di prescrizione e somministrazione sicura				Sono stati completati nel corso del primo semestre i previsiti aggiornamenti sul programma di Prescrizione e Somministrazione sicura ed è stato definito il percorso formativo per le équipes che già utilizzano il programma, effettuato nel mese di settembre. In particolare, è stato previsto un percorso formativo relativo alla gestione della nuova Interfaccia di prescrizione delle terapie, Alert su allergie, destinato ai medici e Somministrazione Sicura e Preparazione Carrelli Sicura, per gli infermieri. E' stato quindi completato nel secondo semestre il percorso formativo, mentre il Dipartimento di Emergenza non è stato coinvolto nel percorso applicativo del programma, per cui non si sono resi necessari né la condivisione né l'elaborazione di documentazione.					
Obiettivi Performance 2.2.1 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico				Riferimento Normativo					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.1.7	Dipartimento Medico							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Condivisione con Dipartimento Emergenza		Direzione Dipartimento	Si/No =		Si		No		
Elaborazione documentazione specifica		Direzione Dipartimento	Si/No =		Si		No		
Percorso formativo		Direzione Dipartimento	Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.8	Dipartimento Medico							
Descrizione			Rendicontazione						
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica a rilevazione regionale			Nel corso del primo semestre è stato monitorato l'indice di performance delle attività ambulatoriali svolte dai professionisti afferenti al Dipartimento Medico. Si sta elaborando un programma per migliorare l'offerta di prestazioni per urgenze differite. I dati relativi all'anno 2017 evidenziano complessivamente che l'IP delle prestazioni programmabili è stato pari al 95% per l'Ospedale di Fidenza ed al 98% per l'Ospedale di Borgotaro; l'IP delle prestazioni urgenti differibili, invece, è stato complessivamente pari al 75% per l'Ospedale di Fidenza ed al 90% per l'Ospedale di Borgotaro. Tra le prestazioni più critiche si sono evidenziate a Fidenza l'EMG (25%) e le visite pneumologiche (50%), per le quali si stanno valutando possibili incrementi di attività.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di Performance prestazioni programmabili		portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	97,50%	96,50%	100,00%	
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili		portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	84,50%	82,50%	94,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.1.9	Dipartimento Medico							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.1.9	Dipartimento Medico							
Attuazione nei due ospedali della centralizzazione della preparazione dei farmaci antiblastici e utilizzo del programma di prescrizione e somministrazione informatizzata LOG 80			Presso l'Ospedale di Fidenza la riorganizzazione delle attività di Day Service ha consentito l'avvio del percorso di centralizzazione della preparazione di farmaci antiblastici a partire dal 17/01/2017; analogamente, presso l'Ospedale di Borgotaro, il percorso di centralizzazione dei farmaci antiblastici ha avuto avvio a partire dal 02/02/2017. Il programma LOG 80 di prescrizione e somministrazione di farmaci antiblastici viene correntemente utilizzato in entrambi gli ospedali. Le medesime modalità organizzative sono state mantenute per tutto il secondo semestre.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Riorganizzazione delle attività di Day ervice oncologico in funzione della centralizzazione della preparazione dei farmaci antiblastici	Direttore U.O. Cure Palliative		Si/No =		Si	Si	Si		
Utilizzo del programma LOG 80 per prescrizione e somministrazione di farmaci antiblestici	Direttore U.O. Cure Palliative		Si/No =		Si	Si	Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.2.1.10	Dipartimento Medico							
Descrizione			Rendicontazione						
Elaborazione ed aspplicazione del progetto "Centro neurologico per la SLA"			Nel corso del primo semestre è stato attivato un gruppo di lavoro, coordinato dal Neurologo certificatore SLA, che ha prodotto un progetto specifico integrato ospedale-territorio per la diagnosi e successiva presa in carico dei pazienti con SLA nel bacino di riferimento. L'applicazione ha preso avvio.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Applicazione nella U.O. di Neurologia	Direttore U.O. Neurologia		Si/No =		Si	Si	Si		
Elaborazione di specifico progetto	Direttore U.O. Neurologia		Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.2.1.11	Dipartimento Medico							
Descrizione			Rendicontazione						
Definizione di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico : percorsi di ricovero			Sono stati individuati i nominativi degli operatori da inserire nel gruppo di lavoro per la individuazione dei percorsi di ricovero/trasferimento tra le UU.OO. del Dipartimento Medico, a livello dei due stabilimenti, per la successiva elaborazione di specifici percorsi. I nominativi sono stati selezionati con criteri di multiprofessionalità e multidisciplinarietà, ed è stata individuata una figura con funzioni di coordinamento. Nel corso del secondo semestre il percorso di integrazione è stato completato attraverso l'adozione di una modulistica per il trasferimento dei pazienti in posti letto a bassa intensità di cure.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 199 del 25/2/2013					
Indicatore			Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione gruppi di lavori		Direttore Dipartimento	Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	
Formalizzazione di percorsi di ricovero/trasferimento fra i due ospedali per continuità delle cure		Direttore Dipartimento	Si/No =		Si		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.2.1.12	Dipartimento Chirurgico							
Descrizione			Rendicontazione						
Revisione, adozione e monitoraggio dei percorsi assistenziali. Tutti i dipartimenti sono tenuti a sviluppare i percorsi di pertinenza così come declinati all'interno dei requisiti specifici di accreditamento delle UU.OO. Rispettive			Nel corso del primo semestre sono stati individuati i nominativi del personale che va a costituire la rete dipartimentale per la elaborazione di PDTA. Le reti dipartimentali sono state selezionate con criteri di multiprofessionalità e multidisciplinarietà, sulla base dei nominativi già inseriti nella rete aziendale "PDTA e Audit" ed è stato individuata una figura con funzioni di coordinamento. Nel corso del secondo semestre è stato rivalutato il PDTA del colon-retto; il PDTA relativo alla protesi d'anca non è stato completato.						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	L 30 ottobre 2014, n° 161					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.2.1.12	Dipartimento Chirurgico							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
		Revisione di almeno due PDTA	Numero >=		2,00		1,00		
		Attivazione rete omogenea di Dipartimento per i PDTA	Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.1.13	Dipartimento Chirurgico							
Descrizione			Rendicontazione						
Prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia			Sono stati completati nel corso del primo semestre i previsti aggiornamenti sul programma di Prescrizione e Somministrazione, propedeutici alla implementazione in ambito dipartimentale. Nel corso del secondo semster sono stati avviati gli ulteriori percorsi per la definizione dei posti letto e l'assegnazione dei rispettivi carrelli della terapia. Il Dipartimento chirurgico non è stato coinvolto nella fase attuativa del percorso, per cui l'obiettivo non è applicabile.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
		Avvio ed implementazione nelle U.O. di degenza della sede ospedaliera di Fidenza	Si/No =		Si	Si	No		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.14	Dipartimento Chirurgico							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.14	Dipartimento Chirurgico							
Organizzazione di percorsi locali e di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico : integrazione dell'attività chirurgica			E' stata omogeneizzata la funzione di prericovero e si è dato avvio al percorso per l'istituzione di una lista d'attesa comune per interventi di chirurgia minore selezionati. Nel corso del primo semestre è stato attivato specifico gruppo di lavoro nell'ambito della Chirurgia generale per la gestione integrata di interventi di ernia inguinale. Nel corso del secondo semestre, il percorso è stato completato e condiviso con gli operatoari. E' stato definito l'avvio dell'inserimento delle nuove proposte di intervento in regime ambulatoriale a partire dal 1° gennaio 2018. sono, inoltre, stati inseriti nel nuovo programma di gestione informatizzata delle liste di ricovero tutti gli interventi chirurgici minori.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	L 30 ottobre 2014, n° 161					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione gruppo di lavoro		Direttore Dipartimento	Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	
Istituzione di lista di attesa comune per interventi minori selezionati		Direttore Dipartimento	Si/No =		Si		Si		
Omogeneizzazione delle funzioni di prericovero		Direttore Dipartimento	Si/No =		Si	Si	Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.15	Dipartimento Chirurgico							
Descrizione			Rendicontazione						
Attivazione di percorso di accesso alla Procreazione Medicalmente Assistita, anche in rapporto a percorsi con il centro HUB.			Nel corso del primo semestre è stato completato il percorso di addestramento del personale di laboratorio per le funzioni di seminologia, in collaborazione con il centro HUB di AOSP di Parma. Dal mese di giugno è ripresa l'attività di inseminazione di primo livello presso lo stabilimento ospedaliero di Fidenza. Nel corso del secondo semestre è stata ripresa formalmente l'attività con comunicazione alla RER anche ai fini dell'autorizzazione regionale.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.15	Dipartimento Chirurgico							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione della funzione di laboratorio con percorso condiviso AOU		Direzione U.O	Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	
Effettuazione di attività di inseminazione di primo livello		Direzione U.O	Si/No =		Si	Si	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.1.16	Dipartimento Chirurgico							
Descrizione				Rendicontazione					
Implementazione della informatizzazione del percorso chirurgico (ORMAWEB)			Nel corso del primo semestre il gruppo di lavoro ha implementato il percorso di informatizzazione del percorso chirurgico attraverso: analisi informatico-organizzativa del software ORMAWEB per la parte relativa alla programmazione delle sedute operatorie. E' in fase di elaborazione il documento di riorganizzazione ed informatizzazione del percorso chirurgico. E' stato formalmente emesso, con determinazione del Direttore del presidio ospedaliero aziendale, il nuovo regolamento per la gestione dei ricoveri programmati.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione gruppo di lavoro informatizzazione		Direzione PO	Si/No =	Si		Si	Si	100,00%	
Documento di riorganizzazione Informatizzazione percorso chirurgico		Direzione PO	Si/No =		Si		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.17	Dipartimento Chirurgico							
Descrizione				Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.17	Dipartimento Chirurgico							
Governo dei tempi di attesa per intervento chirurgico in priorità A			E' stato predisposto un sistema di monitoraggio costante dei tempi di attesa con il coinvolgimento delle Unità Operative chirurgiche per la riorganizzazione delle sedute operatorie con la finalità di rispettare il tempo di attesa in priorità A previsto dalla RER. La media dei tempi di attesa per intervento chirurgico per tumore maligno in classe A è stata del 66% nel periodo gennaio-maggio 2017. Il dato finale sarà elaborato alla data del 31.12.2017. La media annuale dei tempi di attesa per intervento chirurgico per tumore maligno in classe A sotto monitoraggio regionale è pari a 69%, la rilevazione retrospettiva da SDIO condotta nel periodo 1-16 dicembre 2017 ha dato un risultato pari al 100%						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tempo di attesa per intervento chirurgico in priorità non superiore a 30 giorni	Direzioni Mediche di Ospedale		% =	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.2.1.18	Dipartimento Chirurgico							
Descrizione	Definizione di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico: definizione di nuova rete ortopedica di Presidio Ospedaliero		Rendicontazione	Nel primo semestre 2017 si sono accentuati gli aspetti di integrazione delle UU.OO. di Ortopedia del Presidio Ospedaliero nell'intento di strutturare una rete funzionale in campo ortopedico e traumatologico. E' stato incrementato considerevolmente il numero di interventi effettuati dalle due equipe ortopediche per quei pazienti di Borgotaro che necessitano di osservazione in terapia intensiva nel post operatorio, creando nel contempo delle opportunità di formazione per tutti i medici su specifiche tecniche chirurgiche, in particolare quelle mini-invasive. Molti percorsi formativi superspecialistici sono stati seguiti da ortopedici di entrambe le UU.OO. in modo da rendere gradualmente omogenee le competenze professionali. Si è provveduto a creare le condizioni per l'interscambio tra le due UU.OO. sia di personale medico che del comparto. La definizione complessiva delle attività messe in campo sarà riassunta in un documento alla fine del 2017. Nel corso del secondo semestre sono state mantenute tutte le azioni avviate nel primo semestre, e le stesse sono state descritte in un documento comune.					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	2.2.1.18	Dipartimento Chirurgico								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 2040/2015						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione gruppo di lavoro			Direttore Dipartimento	Sì/No =	Sì		Sì	Sì	100,00%	
Documento di progetto			Direttore Dipartimento	Sì/No =		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti					
Obiettivo	2.2.1.19	DGR 1003 - Parto - Percorso Nascita								
Descrizione			Rendicontazione	L'offerta per l'accesso alle varie metodiche di controllo del dolore nel parto ha riguardato sia quella farmacologica che quelle alternative. I dati relativi ai parti cesarei vengono tenuti sotto costante monitoraggio e saranno elaborati complessivamente alla fine del 2017. I dati sono complessivamente riportati, per l'anno 2017, nella verifica dell'obiettivo 2.2.2.2						
Garantire assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016). Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)										
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	2.2.1.19	DGR 1003 - Parto - Percorso Nascita							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson per SPOKE (valore medio degli spoke con numero parti >1.000)	specifico flusso di riferimento	% <=		6,50%					
Percentuale di tagli cesarei primari per SPOKE	specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%					
Indice di dispersione della casistica in stabilimenti < 500 parti/anno	specifico flusso di riferimento	% =		0,00%					
Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) per SPOKE con numero parti <1.000	specifico flusso di riferimento	% =		0,00%					
Percentuale di ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%					

Settore	2.2.2	DGR 830/17 - - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR. Oltre a tali indirizzi si pongono per il Sistema sanitario Regionale ulteriori obiettivi da perseguire nel 2017, quali l'implementazione a livello locale dei nuovi LEA (approvati con DPCM 12 gennaio 2017) ... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.2.2.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita			
		<p>Nel corso del 2017 andrà monitorata l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati.</p> <p>Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Andrà promossa l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La scheda scelta del parto è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino. A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, deve essere garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.14)</p>	<p>Nell'ambito delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero aziendale sono stati attivati sia gli ambulatori per l'assistenza della gravidanza fisiologica a termine, nonché dei percorsi specifici per la gravidanza a rischio. E' stata attivata la scheda per la scelta del parto per il miglioramento delle competenze della donna durante il percorso assistenziale al parto. Sono stati applicati protocolli integrati Ospedale - territorio sia al momento della dimissione della madre e del neonato, nonché per l'accompagnamento al parto promossi dai Consulenti presenti sul territorio. L'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva viene garantita a tutte le donne che lo richiedono. Le procedure STAM e STEN sono state aggiornate e validate a livello interaziendale tra le Aziende sanitarie di Parma e Piacenza, per la valutazione finale si fa riferimento agli AUDIT effettuati sulle due procedure. Il dato relativo al primo indicatore sarà rilevato al 31.12.2017. Non è disponibile, nei flussi a disposizione, il dato relativo alle indagini non invasive eseguite in struttura pubblica. Si conferma l'effettuazione del test nelle strutture ospedaliere del PO aziendale per tutte le donne che lo richiedono. E' stato condotto presso l'ospedale di Fidenza un Audit sulla applicazione di entrambe le due procedure. Rispetto all'applicazione del percorso STAM ,lo stesso è stato correttamente applicato nel 100% dei casi, con accettazione al trasferimento di tutte la gravide per le quali è stato richiesto. I trasporti in attesa delle definitiva attuazione dello STEN provinciale continuano con le precedenti procedure. L'analisi dei dati dell'anno 2017 relativi all'attività dell'U.O. di Pediatria, ed in particolare della Nursery evidenziano quanto segue: • N° trasferimenti totali al 19.12.2017: 30</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si è trattato nella totalità dei casi di trasferimenti verso l'U.O. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma centro Hub • Tali trasferimenti sono avvenuti tutti applicando la procedura aziendale nella sua completezza, che prevede il trasporto del neonato con termoculla da trasporto, accompagnato dal pediatra e dall'infermiere del Servizio Trasporti. In due casi è stata richiesta anche la presenza del Medico Anestesista. • In ognuno dei casi sono stati riportati in cartella del Nido: <ul style="list-style-type: none"> - le motivazioni del trasferimento - la scheda di trasferimento <p>Inoltre è sempre stato eseguito e inviato insieme al bambino il prelievo di sangue materno (2 provette) per eventuali necessità di prove crociate. L'U.O. di Pediatria di Vaio è pronta e attiva, in termini di formazione del personale e di attivazione della componente logistica necessaria, a prendere parte per quanto di competenza, allo STEN, non appena il protocollo sarà avviato anche da parte del centro HUB di Parma.</p>		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.2.2.2	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita							
Descrizione			Rendicontazione						
Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il ravaglio/parto rispetto al 2016 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016)...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.14)			In applicazione della DGR 1921/07 al fine di garantire un'assistenza appropriata al parto, presso l'Ospedale di Fidenza su 362 donne gravide che hanno effettuato la visita anestesiológica per accedere alla metodica di controllo del dolore da parto, alla data del 24 agosto 2017, sono state effettuate 201 prestazioni di partoanalgesia, pari al 41,8% dei parti spontanei. L'età media delle donne che hanno scelto questa metodica è pari a 32 anni e il 74% delle gravide erano primipare. I dati sono desunti da banca dati RER (InSIDER) riferiti al primo semestre 2017. Ob1: Fidenza 1,34, BVT 6,67. OB 2: Fidenza 10,48 BVT 7,69. OB2:Fidenza 10,48%- Borgotaro 7,69%; Ob 3 e 4 non sono attinenti alle strutture del Presidio ospedaliero aziendale; ob5 Fidenza 16,46% - Borgotaro 17,65%						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	2.2.2.2	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto (rispetto a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		14,00%		4,00%			
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB (valore medio del 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		9,40%		9,08%			
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio spoke con numero parti >=1.000 del 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		7,80%					
Percentuale di tagli cesarei primari HUB		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%					
Percentuale di tagli cesarei primari SPOKE		specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		17,05%			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	2.2.2.3	DGR 830/17 - Percorso IVG								
Descrizione			Rendicontazione							
Nel 2017 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche.			Per quanto riguarda la gestione ospedaliera del Percorso IVG : E' stato definito un percorso di equità di accesso al percorso IVG garantendo l'accesso alle diverse metodiche sia farmacologiche che chirurgiche. E' stata posta particolare attenzione ai tempi di attesa tra il rilascio del certificato e l'intervento per le IVG chirurgiche. I dati percentuali individuati saranno rilevati al 31.12.2017. IL dato attualmente disponibile da fonte dati RER (InSIDER) è riferito al primo semestre 2017. I dati riportati sono i seguenti.: % di IVG mediche di residneti/totale IVG residenti è pari a:Distretto di uidenza 31,82%; Distretto di Borgotaro 60,61%. Per quanto attiene il secondo obiettivo, il dati per l'Ospedale di Fidenza è pari al 36,11% e per l'Ospedale di Borgotaro è pari al 25%.							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	2.2.2.3	DGR 830/17 - Percorso IVG								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (riferito a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		27,00%		46,21%			
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		30,55%			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	2.2.2.4	DGR 830/17 - Procreazione Medicalmente Assistita								
Descrizione			Rendicontazione							
<p>Nel 2017 andrà garantita la applicazione delle DGR n. 927/2013 e n. 1487/2014, in particolare:- concludendo il percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA, con le visite ai Centri di I livello e aderendo allo stesso percorso per i Centri di nuova attivazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa; -partecipando al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale; - proseguendo una attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali; 			<p>Dal mese di giugno è ripresa l'attività di primo livello del centro di procreazione medicalmente assistita per le funzioni di inseminazione presso lo stabilimento ospedaliero di Fidenza. L'elaborazione degli indici sotto riportati sarà effettuata al 31.12.2017. La lista di attesa omologè è stata correttamente getita; non esiste, trattandosi di un centro di I livello, lista di attesa per eterologa. E' stata inviata alla RER la comunicazione per l'avvio del percorso di verifica dei requisiti della DGR citate, dei quali è stata verificato il possesso da parte della struttura. Si è in attesa che la visita di verifica venga eseguita.</p>							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%					
Monitoraggio liste d'attesa omologa e eterologa		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di I livello di quelli di II/III livello di nuova attivazione		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti
Obiettivo	2.2.2.5	DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>La DGR n. 272/2017 ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna, in linea con quanto disposto dalla DGR n. 1056/2015; attraverso l'individuazione del RUA, Responsabile Unico Aziendale, le Aziende devono avviare e conseguire la corretta gestione delle liste di attesa. Dovranno essere garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali -controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale -gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione -finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate -adeguata accoglienza, gestione e informazione dei pazienti, attraverso una idonea formazione degli operatori -governo del rinvio degli interventi programmati. <p>E' prevista l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. Sarà integrato il nomenclatore SIGLA con interventi e procedure chirurgiche, utilizzando la classificazione ICD-9-CM; l'adozione del sistema ICD-9-CM consentirà una più agevole integrazione con gli applicativi che gestiscono la gestione della sala operatoria.</p> <p>Ridurre i tempi di attesa: Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda;</p> <p>Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA;</p> <p>Rispetto obiettivi DGR 272/2017;</p> <p>Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa</p> <p>..(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.27)</p>			<p>Per la diminuzione dei tempi di attesa chirurgici il RUA ha messo in atto dei sistemi per la gestione delle liste di attesa in collaborazione con le Unità Operative interessate ed è stato predisposto uno scadenziario riportante i tempi massimi di esecuzione degli interventi per ogni classe di priorità. E' stato completato il nomenclatore SIGLA. Gli obiettivi presenti nella DGR 272/2017, con scadenza a marzo e giugno, sono stati raggiunti per la parte di stretta competenza del Presidio Ospedaliero aziendale. Sono monitorati costantemente i sei indicatori che riguardano il RADAR. I dati dei tempi di attesa retrospettivi calcolati sulle SDO saranno elaborati al 31.12.2017. Non sono disponibili dati attendibili relativi al RADAR; rispetto ai tempi di attesa per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, sulla base della rilevazione regionale riferita al periodo indicato nel mese di dicembre, l'IP è pari al 100%</p>		
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo		

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

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.2.2.6	DGR 830/17 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero							
<p>Nell'anno 2017 dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 rispettando la dotazione massima di posti letto pubblici previsti. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno provvedere all'eventuale revisione dei documenti relativi al riordino della rete ospedaliera in relazione alle valutazioni di congruità così come trasmesse dalla Direzione Generale.</p>			<p>Con deliberazione 1006 del 30.12.2016 sono proseguite le azioni per il riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 che per il Presidio Ospedaliero Aziendale alla data del 01.01.2017, hanno prodotto la rimodulazione dei posti letto sotto specificata.</p> <p>- Ospedale di Fidenza: trasformazione di 6 posti letto di Day Hospital afferenti all'U.O. di Cure Palliative in Day Service ambulatoriale oncologico; trasferimento di 1 posto letto di degenza ordinaria dall'U.O. di Neurologia all'U.O. di Medicina Interna.</p> <p>- Ospedale di Borgo Val di Taro: chiusura di 6 posti letto di degenza ordinaria afferenti all'U.O.S. di Ostetricia e Ginecologia; trasformazione di 1 posto letto di day Hospital afferente all'U.O.S.D. di Medicina Interna in Day Service ambulatoriale oncologico. E' istituita una breast unit di livello interaziendale, mentre per le valutazioni prechirurgiche è attiva una commissione ospedaliera multidisciplinare, coordinata dalla U.O.C. cure palliative.</p>						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici in particolare nella valutazione pre-chirurgica (cancer unit; breast unit)		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
tabella 2.1 della DGR 2040/2015: Posti Letto Post-Acuti		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
tabella 2.4 della DGR 2040/2015: Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.2.7	DGR 830/17 - Appropriatelyzza							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.2.7	DGR 830/17 - Appropriatelyzza	<p>Le Aziende inoltre devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie. In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza. In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito dei controlli obbligatorio previsto dalla normativa, deve essere perseguito l'obiettivo di trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento. In particolare si richiama l'attenzione sui DRG ad alto rischio di inappropriatezza(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.28)</p>						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Per i DRG 008, 088, 158, 160, 503 e 538 raggiungere livelli < almeno di 5 punti percentuali, rispetto ai valori dell'anno 2016 mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero.		specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		6,00%		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario = 0,21 (Griglia LEA)		specifico flusso di riferimento	% <=		0,21%		0,23%		

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti
Obiettivo	2.2.2.8	DGR 830/17 - Volumi-esiti			
<p>In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività verrà effettuato tramite i dati presenti nella banche dati disponibili ed aggregati per "reparto". In particolare le Aziende devono completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per tumore primitivo della mammella inferiore ai 150 casi, per colecistectomia inferiore ai 100 casi, per frattura di femore inferiore ai 75 casi. Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate.</p> <p>Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, sul totale degli operati, si richiama l'attenzione al raggiungimento/mantenimento di livelli superiori al 70%. Si precisa che le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione.</p> <p>Per quanto riguarda invece la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi.</p> <p>Rispetto di tutti gli indicatori sui volumi e sugli esiti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015</p>			<p>E' stato predisposto un sistema di monitoraggio costante dei tempi di attesa con il coinvolgimento delle Unità Operative chirurgiche per la riorganizzazione delle sedute operatorie con la finalità di rispettare i tempi di attesa previsti dalla RER per le varie tipologie di interventi sotto indicati. I dati finali saranno elaborati alla data del 31.12.2017. Si precisa che il Presidio Ospedaliero aziendale non è sede di Trauma Center e non è prevista l'effettuazione di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella nelle sedi ospedaliere di Fidenza e Borgotaro in quanto è stato attivato il percorso interaziendale di Breast Unit con AOU di Parma. Per la valutazione finale, i dati disponibili, desumibili da fonte RER InSIDER, sono relativi ai primi 9 mesi dell'anno 2017. Gli interventi per frattura di femore sono stati a Fidenza 99 e a Borgotaro 40. Il numero di colecisti in 9 mesi è stato pari a: Fidenza, 138; Borgotaro 47. La proporzione di casi di colecistectomia laparoscopica on degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni, sempre riferito a 9 mesi, è pari a 53,68% a Fidenza e 90% a Borgotaro. Gli interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore, riferiti sempre ai primi 9 mesi, sono pari a: 67% a Fidenza e 81,2% a Borgotaro. A Fidenza i volumi di ricoveri per IMA (casi/anno) previsti dal DM/70 è stato pari a 100 nei primi 9 mesi. La valutazione finale degli obiettivi dovrà essere effettuata con i dati definitivi al 31.12.2017 attualmente non disponibili.</p>		
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti					
Obiettivo	2.2.2.8	DGR 830/17 - Volumi-esiti								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura all'anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		69,50				
numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura all'anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		92,50				
tumore della mammella: numero minimo di interventi per Struttura all'anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		150,00						
Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per IMA(casi/anno)	specifico flusso di riferimento	Numero =		100,00		100,00				
Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per Trauma Center(casi/anno)	specifico flusso di riferimento	Numero =		250,00						
colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		71,48%				
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		74,10%				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti					
Obiettivo	2.2.2.9	DGR 830/17 - Volumi-esiti								
Descrizione	Rendicontazione									
Per quanto riguarda la Rete Stroke, la relazione stato avanzamento della rete dovrà tener conto dei seguenti parametri: % trombolisi e.v.; % intra-arteriosa; % riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 gg per ogni Stroke Unit ed essere inviata contestualmente alla relazione sul riordino ospedaliero di cui sopra con scadenza ottobre 2017.	<p>Per quanto riguarda la rete Stroke provinciale è in corso di elaborazione la relazione tecnica per l'implementazione del percorso con AOU di Parma che terrà conto dei parametri specifici sotto elencati. La relazione è stata stilata dal direttore della U.O. di Neurologia dell'Ospedale di Fidenza, dr. Jann, nel mese di ottobre 2017, tenendo conto dei parametri specifici elencati relativi allo stato di Avanzamento della Rete Stroke:</p> <ul style="list-style-type: none"> -numero ictus ischemici ricoverati nel primo semestre 2017 (escluso i casi di Borgotaro): 91 -numero di trombolisi venose effettuate: 15 (16,48%) -numerosi di trombolisi intraarteriose effettuate: 1 (1%) -numero di ictus emorragici ricoverati nel primo semestre 2017: 36 -numero di pazienti deceduti entro 30 gg: 14 -percentuale riabilitazione codice 56 e 60: 27 (29,6%) 									

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	2.2.2.9	DGR 830/17 - Volumi-esiti							
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rete Stroke: relazione stato avanzamento della rete		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.2.2.10	DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera							
Descrizione			Rendicontazione						
	<p>Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono, integrare il piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso con le direttive che fornite dal gruppo di lavoro Pronto Soccorso ed in particolare predisporre i sistemi informativi per la rilevazione di indicatori di monitoraggio dell'iperafflusso. Le Aziende devono contribuire a migliorare ed uniformare il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR). Le aziende dovranno provvedere a rilevare regolarmente i suddetti indicatori mediante l'adeguamento dei propri sistemi informativi. Entro fine 2017 dovrà essere completato l'adeguamento in ogni ambito territoriale delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza. Per l'attivazione di STAM si richiamano i contenuti della suddetta DGR che prevede: "L'organizzazione deve contare su una rete informatica accessibile a tutti i reparti di Area Vasta che consenta l'individuazione in tempo reale dei posti letto disponibili sia di Ostetricia che di Terapia Intensiva Neonatale".</p>		<p>Si proceduto all'aggiornamento ed alla validazione della procedura operativa STAM ed alla sua attivazione. Anche per la procedura STEN si è provveduto alla elaborazione e validazione sia a livello provinciale che interprovinciale tra le Aziende sanitarie di Parma e Piacenza. E' in fase di costituzione il gruppo di lavoro tra PS e Servizio RIT aziendale per la predisposizione del sistema informativo con gli indicatori per il monitoraggio dei picchi di iperafflusso. Nel corso del secondo semestre, sono stati testati i percorsi di integrazione tra i software di ET eps, SONO RILEVABILI DATA E ORA DI DIMISSIBILITA', UNICO DATO RICHIESTO DALLA RER NON RILEVABILE PRECEDENTEMENTE. E' in fase di predisposizione l'implementazione dell'applicativo per la rilevazione dei dati per il calcolo del NEDOC. Le procedure STAM e STEN provinciali sono disponibili, ma non compiutamente applicate per la parte relativa allo STEN. E' stato effettuato l'AUDIT relativo alla procedura STEN, che evidenzia come punto di forza la livello delle strutture SPOKE la predisposizione di tutte le condizioni, strutturali e di formazione, idonee all'avvio della gestione dello STEN da parte della struttura HUB. Si conferma il regolare percorso della procedura STAM, sulla base dell'AUDIT nel corso del quale sono stati verificati gli indicatori della procedura interaziendale, con il 100% di accettazione della richieste da parte della AOSP di Parma.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.2.2.10	DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indicatori previsti dalle linee di indirizzo rilevabili per ciascun PS		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Entro fine 2017 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		
Entro la fine del 2017 dovranno essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		
Prevedere un collegamento tra il flusso del PS e quello dell'Emergenza Territoriale		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.2.11	DGR 830/17 - Attività trasfusionale							
Descrizione			Rendicontazione						
E' mandatario continuare a garantire l'autosufficienza su scala regionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni dei donatori, per soddisfare il fabbisogno di emocomponenti. Le aziende dovranno a tal fine provvedere all'approvazione delle convenzioni con le federazioni e associazioni dei donatori. Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue è necessario che ciascuna azienda sviluppi un progetto di PBM (patient blood management) in ambito chirurgico ai sensi del DM del 2 novembre 2015 e secondo le Linee Guida del CNS.			In applicazione della normativa nazionale e con la collaborazione con l'U.O. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'AOU di Parma è stata aggiornata, validata e presentata nei Comitati dei Dipartimenti del P.O. nel febbraio 2017, la procedura del sangue e degli emocomponenti aziendale. In considerazione dell'attività svolta dalla Commissione del Buon Uso del sangue Umano sono stati individuati dei percorsi più razionali per l'impiego della risorsa sangue e sono state individuate indicazioni precise per l'adozione di comportamenti corretti, omogenei e certi sia nei confronti della risorsa sangue che nei confronti della sicurezza del paziente. Per quanto attiene agli specifici indicatori riportati in calce, si tratta di adempimenti di competenza dell'U.O. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'AOU di Parma, in corso di realizzazione. Gli obiettivi, pertanto, non sono applicabili						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.2.11	DGR 830/17 - Attività trasfusionale							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Definizione e adozione del protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia entro ottobre 2017		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Programmazione di almeno una iniziativa formativa che coinvolga almeno il 50% degli operatori interessati.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Trasmissione entro il 30 luglio delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.2.2.12	DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule			
<p>Poiché il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento dell'attività di donazione di organi e tessuti, si è ritenuto, nell'ambito del riordino ospedaliero, di porre per tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'Emilia - Romagna i seguenti obiettivi per l'anno 2017 in continuità con quanto richiesto per lo scorso anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni; - Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi al fine di valutarne la migliore scelta terapeutica possibile, il decorso clinico, ma anche la possibile evoluzione verso la morte encefalica con conseguente accesso rapido e preferenziale al reparto di Terapia Intensiva per un eventuale successivo avvio del processo di donazione degli organi e dei tessuti; - Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna); - Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 15 e i 78 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna). 		<p>Il Presidio ospedaliero aziendale ha proseguito nell'anno 2017 il percorso di sostegno alla donazione, secondo le modalità previste dal Centro Regionale Trapianti. E' stato inviato il report con i dati Donor Action relativi al periodo gennaio - dicembre 2017, dal quale emerge che per quanto concerne il prelievo di cornee si è provveduto a 36 invii, a fronte di un obiettivo di 27. Per quanto riguarda il prelievo multite tessuto, l'Ospedale di Vaio non è dotato dei requisiti per l'accreditamento (laboratorio). Il portocollo aziendale di identificazione in PS è stato trasmesso al CRT-ER entro i tempi richiesti. La relazione finale è stata predisposta rispettando i termini previsti dal CRT-ER.</p>			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

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

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

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

Settore 3.1.1 Obiettivi generali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'accordo di fornitura per l'anno 2017 dovrà mantenere ed incrementare il forte orientamento a razionalizzare i rapporti di collaborazione, sia nei sistemi di rete hub / spoke, sia nell'erogazione coordinata delle funzioni di base, per il bacino d'utenza provinciale. Dovrà recepire altresì quanto contenuto ne documento congiunto di programmazione dei posti letto, approvato dalla CSST, anche al fine di ottemperare alle norme cogenti, emanate dal governo con il DM Salute n. 70/2015; e recepite dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR 2040/2015.

Nell'ambito del miglioramento dell'appropriatezza e qualità dell'assistenza, l'accordo di fornitura dovrà proseguire nella riconversione di attività nel setting più appropriato di assistenza.

Il miglioramento dei tempi d'attesa per i ricoveri programmati sarà posto come obiettivo complessivo di sistema provinciale, tenendo conto anche della funzione complementare del privato accreditato, che svolge un ruolo importante sui tre ambiti dell'accesso al ricovero in urgenza (Cruscotto), dell'erogazione di prestazioni di ricovero ad alta domanda (interventi chirurgici con liste d'attesa critiche) e nell'ambito della post acuzie .

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	3.1.1.1	Accordo contrattuale di fornitura per l'anno 2017							
Descrizione			Rendicontazione						
Aggiornamento,condivisione e ratifica congiunta dell'Accordo contrattuale di fornitura per il 2017, che deve recepire gli impegni di programmazione integrata dei posti letto, inseriti nel documento comune di programmazione, approvato dalla CSST nel mese di dicembre del 2016 .			Il documento comune di programmazione integrata dei posti letto è stato recepito dalle Aziende Ospedaliere ed USL, che hanno promosso la costituzione di nuovi gruppi di lavoro interaziendali, sugli ambiti di approfondimento individuati per l'integrazione degli ambiti disciplinari.						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DM 2/4/2015, n. 70; DGR 2040 del 10/12/2015.					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Direzione Generale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.1.1.2	Gestione interaziendale del Cruscotto per i ricoveri in acuzie							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.1.1.2	Gestione interaziendale del Cruscotto per i ricoveri in acuzie							
Gestione integrata, tra le Direzioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Usl, delle disponibilità e dell'effettivo utilizzo del Cruscotto provinciale del ricovero in acuzie (ricoveri diretti da Pronto Soccorso dell'AOU di Parma agli Ospedali Privati Multispecialistici) .			Il "Cruscotto Provinciale del Ricovero in Acuzie" è stato gestito in modo integrato dalle Direzioni Sanitarie di AOUPR ed AUSL, con il coinvolgimento degli Ospedali Privati Accreditati multispecialistici, con risultati positivi per la risposta di sistema al bisogno espresso dal bacino d'utenza provinciale. Va segnalata, in particolare, la collaborazione data alla fine dell'anno, per la crisi determinata dalla particolare virulenza dell'epidemia influenzale.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 1003 del 28/6/2016-Allegato B-punto 3.2					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report direzioni sanitarie	Direzioni sanitarie		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.1.1.3	Destinazione di posti letto di lungodegenza post - acuzie del privato accreditato ai bed blockers dell'Azienda Ospedaliera di Parma							
Descrizione			Rendicontazione						
Negoziazione di posti letto di lungodegenza post acuzie del privato accreditato da riservare alla soluzione del problema dei bed blockers nell'Azienda Ospedaliera di Parma			Nella negoziazione con gli Ospedali Privati Accreditati sono state negoziate riserve di posti letto da destinare alla soluzione del problema dei bed blockers in AOUPR.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003 del 28/6/2016-Allegato B-punto 3.2					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Sanitaria		Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.1.1.4	Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.1.1.4	Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale							
Collaborazione strutturata tra le Direzioni Sanitarie di AOU di Parma ed AUSL di Parma, con l'UO di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e con le associazioni del Volontariato del Sangue, per le attività di committenza del Sistema sangue Provinciale, attraverso gli organismi collegiali provinciali di coordinamento (COBUS Interaziendale e Consulta Sangue Provinciale).			La collaborazione strutturata tra le Direzioni Sanitarie di AOUPR e di AUSLPR, per il governo del Sistema Sangue Provinciale è proseguita, sia direttamente che attraverso gli organismi collegiali a valenza provinciale (COBUS e Consulta sangue Provinciale).						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DM Salute 02/11/2015 pubblicato su GU n.69 28/12/2015. 1003 del 28/6/2016, Allegato B, punto 3.3.				DGR	
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Servizio Trasfusionale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

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

Settore	3.2.1	Obiettivi generali
----------------	--------------	---------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Il bacino d'utenza della provincia di Parma costituisce un ambito strategico di integrazione, nel quale le collaborazioni strutturate "interaziendali", tra le due Aziende Sanitarie, Ospedaliera e Territoriale, esprimono con valore aggiunto il loro potenziale di risposta alle esigenze sanitarie della popolazione residente. La dimensione interaziendale di integrazione rappresenta un'opportunità realmente favorevole, sia per le logiche di perseguimento della riduzione costi e dell'efficienza, sia per una gestione coerente, ai fini di una omogeneizzazione di metodi e percorsi, di contiguità e continuità, nei servizi e nelle prestazioni. Collaborazioni professionali più intense sono state proposte nel "Documento di programmazione integrata dell'assistenza ospedaliera 2016 AOU di Parma e AUSL di Parma, in quanto possono dare un significativo valore aggiunto al sistema sanitario provinciale, unitariamente inteso, a parità di impiego di risorse. Gli impegni assumibili dal sistema sanitario provinciale per il 2017, si collocano in diretta continuazione con i progetti e le realizzazioni già implementate nel quadriennio 2013 - 2016.

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

Obiettivo	3.2.1.1	Ulteriore potenziamento del Polo Farmaceutico Unico di distribuzione diretta ed istituzione del Dipartimento Farmaceutico interaziendale			
------------------	----------------	---	--	--	--

Descrizione	Rendicontazione
Le attività del Polo Farmaceutico Unico di distribuzione diretta possono essere ulteriormente potenziate. Il percorso finalizzato a costruire una maggiore integrazione strutturale delle articolazioni organizzative della farmaceutica provinciale, deve essere completato terminando la fase istruttoria del Regolamento. Per l'istituzione di un Dipartimento Farmaceutico Interaziendale è infatti indispensabile una chiara definizione delle responsabilità e dei rapporti tra le unità operative componenti.	Si registra il consolidamento ed il potenziamento dell'attività di distribuzione del farmaco presso il Polo farmaceutico unico con sede in Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Il documento inerente il progetto di istituzione di un Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la Provincia di Parma, gestito in condivisione tra l'Azienda Unità Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, nonché del relativo regolamento di funzionamento. Il Regolamento del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale è stato presentato il 13 giugno alle Organizzazioni Sindacali delle tre aree di contrattazione. In data 13.9.2017 l'azienda USL di Parma, con atto n. 557, ha deliberato l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la provincia di Parma ed ha approvato il Regolamento per la disciplina delle modalità di funzionamento.

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 172/15. DGR 1003/2016 - Allegato B - punto 2.7
------------------------------	--------------	---	------------------------------	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.2.1.2	Sviluppo del Polo Neurologico Interaziendale							
Descrizione			Rendicontazione						
Il progetto deve essere implementato con la costruzione condivisa delle strutture di rete e con la definizione delle relazioni di rete neurologica provinciale.			L'implementazione del progetto di sviluppo del Polo Neurologico Interaziendale ha subito un rallentamento, per consentire l'espletamento delle procedure concorsuali per la sostituzione del Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Neurologia dell'Ospedale di Fidenza. I lavori della commissione di concorso sono stati terminati in data 3.3.2017. La deliberazione di conferimento dell'incarico è stata assunta il 13 giugno 2017 (n. 375). Le attività del Polo, nel 2017, sono state volte a consolidare le reti di servizi per le patologie neurodegenerative: Sclerosi Multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Demenze e Malattia di Parkinson. Sono da segnalare: il potenziamento del DSA neuroriabilitativo della Casa della Salute di Parma-Via Pintor (Sclerosi Multipla); l'integrazione delle professionalità che interagiscono per il trattamento della Sclerosi Laterale Amiotrofica; la riorganizzazione dei Centri per le demenze, in particolare di quello del Distretto di Parma; la valorizzazione ulteriore del Centro per la cura del Parkinson, operativo presso il Don Gnocchi di Parma.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 172/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.1.3	Organizzazione di rete delle attività di laboratorio di analisi cliniche.							
Descrizione			Rendicontazione						
Proseguimento dei processi di razionalizzazione dei percorsi diagnostici integrati di rete.			La collaborazione di livello interaziendale AOUPR-AUSLPR è proseguita con la partecipazione alla stesura dei capitolati di gara AVEN le analisi di ambito della coagulazione e per l'esame urine, nonché agli incontri di studio di fattibilità per le indagini microbiologiche. Sono stati applicati gli algoritmi per l'esecuzione dei test reflex per TSH e PSA , in ottemperanza alle indicazioni regionali. Per quanto riguarda l'omogeneizzazione tra i Laboratori di Analisi Aziendali, sono stati adottati intervalli di riferimento identici per tutti i parametri.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.1.3	Organizzazione di rete delle attività di laboratorio di analisi cliniche.							
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 172/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.2.1.4	Consolidamento dei percorsi interaziendali per l'insufficienza renale cronica							
Descrizione			Rendicontazione						
I Centri Dialisi ad Assistenza Limitata sono affidati all'AUSL di Parma, che ne garantisce la direzione tecnico - professionale e la direzione gestionale. Il PDTA interaziendale per la prevenzione ed il controllo della progressione della Malattia Renale Cronica costituisce la base per regolare i rapporti tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria, sede della Nefrologia di riferimento per il territorio provinciale; e d i Centri Dialisi affidati all'Azienda USL di Parma. Il coordinamento interaziendale deve essere garantito da periodici incontri di confronto e programmazione delle attività; nonché da un costante rapporto tra le direzioni, che consenta flussi bidirezionali dei pazienti in carico assistenziale, secondo necessità clinica.			Sono proseguiti nell'anno 2017 i periodici incontri di confronto e programmazione delle attività, per il bacino d'utenza provinciale. La presa in carico dei pazienti ed i flussi nelle strutture delle due aziende sanitarie della provincia di Parma sono sempre stati decisi di concerto tra le direzioni ed i professionisti interessati.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.2.1.5	Sviluppo di un modello organizzativo per la individuazione e realizzazione di percorsi a rilievo provinciale in area riabilitativa							
Descrizione			Rendicontazione						
Revisione del progetto finalizzato alla costituzione del polo provinciale riabilitativo integrato ed avviamento di ambiti strutturati di collaborazione, con riferimento all'intero territorio provinciale, nella sua articolazione distrettuale, con funzione di coordinamento affidata al Direttore dell'Uoc di Riabilitazione dell'Azienda Ospedaliero - Universtaria di Parma.			Il Direttore dell'UOC di Riabilitazione dell'AOUPR ha assunto il ruolo di coordinamento e di leadership di ambito provinciale, per la revisione del progetto di costituzione del Polo Riabilitativo Provinciale. Sono stati tenuti numerosi incontri di coordinamento e di valutazione dello stato di avanzamento dei percorsi di miglioramento programmati. Sono stati prodotti documenti di approfondimento tematico, tra i quali è stato concluso quello sulla Riabilitazione del paziente ortopedico.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale		Sì/No		Sì		Sì		

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

La rete degli Ospedali Privati Accreditati della provincia di Parma costituisce da tempo un sistema complementare ed integrativo della produzione assicurata dagli Ospedali Pubblici, contribuendo in modo determinante ad assicurare l'autosufficienza del bacino d'utenza provinciale. L'offerta assicurata dagli ospedali Privati Accreditati è completa, articolandosi in tre ospedali multispecialistici, tre ospedali monospecialistici di riabilitazione ed un ospedale monospecialistico psichiatrico. L'offerta in ambito riabilitativo comprende anche una struttura con caratteristiche di hub per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, che ha bacino d'utenza a carattere regionale e nazionale.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.1	Casa di Cura "Città di Parma"							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, nei limiti del budget concordato.			L'Ospedale Privato Città di Parma ha accolto, nell'anno 2017, 462 degenti, ricoverati direttamente dal pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza del cruscotto		Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.2	Casa di Cura "Città di Parma"							
Descrizione			Rendicontazione						
Conferma delle riconversioni e degli incrementi produttivi concordati con il protocollo d'intesa di cui alla Deliberazione n. 428 del 15.07.2014, con la quale è stato chiuso il punto nascita.			La chiusura del punto nascita e le riconversioni concordate sono state confermate anche nel 2017, con destinazione dell'extrabudget ad interventi di chirurgia ortopedica soggetti ad elevata mobilità passiva ed a lunghi tempi d'attesa.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.2	Casa di Cura "Città di Parma"							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel contratto di fornitura		Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.3	Casa di Cura "Città di Parma"							
Descrizione			Rendicontazione						
Conferma della destinazione di 9 posti letto di lungodegenza per i trasferimenti dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.			L'Ospedale Privato Città di Parma ha confermato l'impegno a destinare 9 posti letto di Lungodegenza post - acuzie ai trasferimenti disposti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, nella negoziazione del nuovo accordo contrattuale, a valere per l'anno 2017, sottoscritto dalle parti e registrato a repertorio dell'Azienda USL di Parma al numero 6473 del 24.05.2017.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.4	Hospital Piccole Figlie							
Descrizione			Rendicontazione						
Conferma della partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie e remunerazione dei ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma/Ospedale di Vaio all'interno del budget di struttura.			L'Ospedale Privato Hospital Piccole Figlie ha accolto 250 degenti, ricoverati direttamente dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, nell'anno 2017.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	Dgr 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.5	Val Parma Hospital							
Descrizione			Rendicontazione						
Conferma della partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie e remunerazione dei ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma all'interno del budget di struttura.			L'ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital ha accolto 276 degenti ricoverati direttamente dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, nell'anno 2017.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGr 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.6	Val Parma Hospital							
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di Riabilitazione Intensiva Ricovero dall'esterno con piano individuale redatto da Medico Fisiatra			L' Accordo Contrattuale di Fornitura ha confermato la messa a disposizione della rete ospedaliera provinciale dei posti letto della disciplina codice 60 (Lungodegenza e Riabilitazione estensiva). I posti letto di Riabilitazione Intensiva sono stati messi a disposizione della rete ospedaliera provinciale. I ricoveri dall'esterno in riabilitazione intensiva sono sempre stati corredati di piano riabilitativo individuale, redatto da Medico Fisiatra.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.7	Villa Maria Luigia							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.7	Villa Maria Luigia							
Utilizzo integrato, in rete provinciale, dei posti letto individuati per le esigenze del bacino d'utenza afferente all'Azienda USL di Parma, con il governo del DAISM ("Cruscotto provinciale dei ricoveri psichiatrici").			L'Accordo Contrattuale di Fornitura ha confermato la regolazione complessiva delle attività di ricovero, a cura della funzione di "Cruscotto Provinciale", mantenuta in essere presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, così come è stata confermata la partecipazione a pieno titolo dell'Ospedale Privato Maria Luigia al Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale - Dipendenze Patologiche.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGr 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniaatria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.8	Villa Igea							
Descrizione			Rendicontazione						
Conferma della messa a disposizione della rete ospedaliera provinciale dei posti letto cod. 56 e cod. 60, per trasferimenti di ricoverati da posti letto per acuti, con priorità di utilizzo per l'Ospedale di Fidenza.			L'Accordo Contrattuale di Fornitura ha confermato l'impegno della Casa di Cura Villa Igea ad attuare gli accordi in essere con l'Ospedale di Fidenza, al fine di mantenere operativo e migliorare il percorso integrato di rete del paziente post acuto, nel territorio di riferimento del Distretto di Fidenza.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniaatria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.9	Centro Cardinal Ferrari							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.9	Centro Cardinal Ferrari							
Utilizzo in rete provinciale di 6 posti letto codice 75 Valutazione e trattamento del dolore nel 100% dei casi.			L'Accordo Contrattuale di Fornitura ha confermato la messa a disposizione della rete ospedaliera provinciale di 6 posti letto di Neuroriabilitazione codice 75 per le esigenze del bacino d'utenza provinciale, di cui 5 a disposizione di AOUPR ed 1 a disposizione di AUSLPR. Alla predetta disponibilità è stata aggiunta una quota di budget destinata alla prtesa in carico di casi di pertinenza della Neuropsichiatria Infantile. I controlli hanno evidenziato la puntuale applicazione delle norme sul rilievo ed il trattamento del dolore.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza scheda dolore compilata in cartella		Atti Direzione saniatría	% =	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.10	Centro Don Gnocchi							
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di riabilitazione intensiva ed estensiva.			L'impegno è stato confermato con la sottoscrizione del nuovo Accordo Contrattuale di Fornitura, a valere per l'anno 2017, a repertorio dell'Azienda USL di Parma, al numero 6462 del 4.5.2017.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Sub-Area	3.4	Monitoraggio della mobilità passiva
-----------------	------------	--

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

La mobilità sanitaria passiva, quando assume caratteristiche che la fanno dipendere da carenze quali - quantitative dell'offerta in ambito provinciale, rappresenta un fenomeno da osservare e valutare con particolare attenzione ed approfondimento, al fine di mettere in atto con tempestività idonee misure di contrasto

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

Obiettivo	3.4.1.1	Monitoraggio della mobilità sanitaria passiva
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione
Valutazione periodica dell'andamento della mobilità passiva, a confronto con la produzione delle strutture ospedaliere della rete pubblica e privata accreditata provinciale, ai fini di evidenziazione precoce di variazioni meritevoli di azioni correttive.	Le valutazioni di Direzione sanitaria della mobilità passiva, al fine di monitorare i fenomeni e di attuare misure di contenimento delle fughe, sono state condotte con il supporto statistico dell'Ufficio Mobilità, con puntualità e con ottimo livello di approfondimento dei fenomeni.

Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo
------------------------------	--------------	---	------------------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

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

Settore 3.5.1 Inquadramento generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'azienda USL di Parma, nel campo dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere, si avvale di una funzione di coordinamento di livello aziendale, qualificata con incarico di alta specializzazione; e di collaborazioni specialistiche, a livello delle direzioni mediche di ospedale, delle direzioni dei dipartimenti delle cure primarie e della direzione del DAISM-DP. Le attività di controllo si realizzano con valutazioni di casistica, effettuate sulla banca dati delle schede SDO; e con accessi alle strutture della rete ospedaliera, da parte di nuclei ispettivi, che svolgono valutazioni di congruenza e di qualità, sulle cartelle cliniche. Gli accessi sono periodici (di norma quando sono disponibili i dati trimestrali in Banca ddati SDO); od estemporanei, per evidenziazione di fenomeni meritevoli di approfondimento. In questi ultimi casi, vengono costituite commissioni ad hoc.

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

Obiettivo 3.5.1.1 Controlli anagrafici e di residenza

Descrizione Rendicontazione

Attuazione dei controlli anagrafici/di residenza sull'intera casistica dei dimessi, secondo le periodicità previste dalla Regione Emilia-Romagna, con il rispetto dei termini di contestazione. I controlli anagrafici sono stati svolti nel rispetto dei termini di contestazione.

Obiettivi Performance 2.2.2 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica) **Riferimento Normativo** DM Salute 10/12/2009 pubblicato su GU n.122 27/5/2010

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

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

Obiettivo 3.5.1.2 Controlli sugli Ospedali Privati Accreditati

Descrizione Rendicontazione

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.5.1.2	Controlli sugli Ospedali Privati Accreditati							
Assicurare un programma di controlli di merito sulla produzione analizzabile nel 2015 degli ospedali privati accreditati in provincia di Parma, anche ai fini di valutazione qualitativa, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, con l'utilizzo di: -Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici; -Personale sanitario e tecnico delle Direzioni mediche degli Ospedali e delle Strutture Distrettuali dell'AUSL; - Personale sanitario del Dipartimento di Salute Mentale, per l'ambito psichiatrico.			Il programma è stato attuato in conformità alle direttive regionali in materia e rispettando le caratteristiche e le temporizzazioni del debito informativo regionale.						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)		Riferimento Normativo	DGR 354/2012				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale		Database regionale "Portale controlli"	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati		Database regionale "Portale controlli"	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.5.1.3	Controlli sugli Ospedali Pubblici a gestione diretta							
Descrizione			Rendicontazione						
Assicurare un programma di controlli di merito, sulla produzione analizzabile in quanto già inserita in banca dati SDO, sugli ospedali pubblici a gestione diretta, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, anche al fine del miglioramento della qualità, con l'utilizzo di: - Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici; - Personale sanitario e tecnico delle Direzioni mediche degli Ospedali e delle Strutture Distrettuali dell'AUSL; - Personale sanitario del Dipartimento di Salute Mentale, per l'ambito psichiatrico			Il programma è stato attuato in conformità alle direttive regionali in materia e rispettando le caratteristiche e le temporizzazioni del debito informativo regionale..						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.5.1.3	Controlli sugli Ospedali Pubblici a gestione diretta							
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 354/2012					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale		Database regionale - Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati		Database regionale "Portale controlli"	Sì/No		Sì		Sì		

Area 4 AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Sub-Area 4.1 AREA TRASVERSALE

Settore 4.1.1 Obiettivi generali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

- 1) rafforzamento del Gruppo per l'Integrazione quale strumento tecnico a supporto della CTSS e luogo di confronto e condivisione di linee e progettualità;
- 2) sviluppo dell'equità di accesso ai servizi socio sanitari mediante la qualificazione ed omogeneità dei criteri di valutazione delle UVG/UVM e la condivisione di criteri di priorità;
- 3) miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale territorio;
- 4) sviluppo della qualità assistenziale nelle strutture accreditate per anziani e disabili;
- 5) sviluppo di programmi di prevenzione per anziani fragili;
- 6) partecipazione alla rete territoriale e promozione di azioni che favoriscano azioni di presa in carico integrata delle donne vittime di violenza, nonché sviluppo e consolidamento del Centro per il cambiamento degli uomini violenti;
- 7) prosecuzione, in stretta interazione con lo Spazio Salute Immigrati e in collaborazione con CIAC, delle azioni di accoglienza e tutela socio sanitaria degli immigrati richiedenti asilo e vittime di tortura.

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.1	Integrazione interistituzionale e interprofessionale							
<p>Rafforzamento e sviluppo del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, quale ambito in cui vengono condivise le linee di programmazione dell'area socio sanitaria, definiti indirizzi omogenei nella programmazione, gestione e riequilibrio del FRNA e FNA e vengono confrontate e diffuse le progettualità innovative. Mantenimento costante di un elevato profilo istituzionale e professionale, attraverso la presenza ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano e ai tavoli dei Piani di Zona a livello distrettuale, di rappresentanti AUSL, con mandati specifici ed un loro coordinamento a livello distrettuale, con l'obiettivo di definire azioni socio sanitarie integrate interistituzionali, interprofessionali e per l'elaborazione congiunta delle linee programmatiche sanitarie.</p>			<p>Il Gruppo per l'Integrazione Socio-Sanitaria, su mandato della CTSS, ha proseguito l'attività di coordinamento interdistrettuale e interistituzionale finalizzata al confronto e all'individuazione di linee comuni di programmazione e realizzazione della committenza, effettuando in particolare attività di istruttoria tecnica relativamente alle diverse tematiche socio-sanitarie trattate dalla CTSS.</p> <p>Successivamente, in seguito all'approvazione del DM 26/09/2016 "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016" la Direzione Attività Socio Sanitarie ha coordinato l'attività del Gruppo Integrazione e dei Distretti nelle due fasi di monitoraggio delle persone in condizione di disabilità gravissima a domicilio, come richiesto dalla Regione con mail del 27 gennaio 2017, in ottemperanza al citato decreto all'art. 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prima fase, conclusa entro il mese di marzo, ha inteso individuare le persone con gravissima disabilità beneficiarie nel corso del 2016 di interventi finanziati con FNA e/o FRNA. L'esito del monitoraggio è stato inviato in Regione in data 31/03/2017; - la seconda fase, conclusa nel mese di agosto 2017, ha intercettato le persone con gravissima disabilità che hanno beneficiato di interventi sanitari territoriali (adi, ecc.) che non hanno ricevuto nel corso del 2016 interventi finanziati con FNA e/o FRNA. L'invio in Regione è stato effettuato in data 23/08/2017. <p>In entrambe le fasi di monitoraggio sono stati coinvolti gli operatori distrettuali afferenti al Dipartimento Cure Primarie ed al Servizio di Neuropsichiatria Infantile dei Distretti; per quanto attiene all'organizzazione esterna all'AUSL hanno collaborato gli Uffici di Piano, i professionisti dell'area dei servizi alla persona dei Comuni o degli Enti da essi delegati (area anziani e disabili).</p>						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria		Riferimento Normativo	DGR 509/2007 DGR N.172/2015				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri		Firme presenza, verbali in atti DASS	Numero <=	3,00	6,00	3,00	6,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	4.1.1.2	Area Anziani - Verifica e monitoraggio continuità assistenziale ospedale-territorio							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	4.1.1.2	Area Anziani - Verifica e monitoraggio continuità assistenziale ospedale-territorio							
Proseguimento del confronto in gruppi di lavoro interistituzionali e interprofessionali, per la definizione di percorsi di miglioramento della continuità assistenziale ospedale-territorio, con particolare riferimento alle dimissioni protette dall' Azienda Ospedaliero Universitaria sia sul piano dei processi intra ed extra ospedalieri che dell'offerta territoriale.			I documenti prodotti dai Gruppi di lavoro sono stati presentati in un incontro con i Responsabili dei SAA, a tutti gli attori coinvolti in sede di un Collegio di Direzione allargato e successivamente in un seminario formativo interaziendale cui hanno partecipato i professionisti dell'AUSL e dell'AOU, i MMG, i Responsabili dei SAA.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1206/2007 DGR N.172/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri		Firme presenza, verbali	Numero >=	2,00	4,00	1,00	4,00	50,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.3	Area Anziani e Disabili - Verifica e sviluppo equità di accesso ai servizi socio sanitari							
Descrizione			Rendicontazione						
Definizione di criteri di appropriatezza d'accesso nelle Case Residenza con particolare riferimento agli anziani con elevate necessità socio sanitarie e conseguente definizione di parametri di programmazione degli interventi infermieristici, in applicazione DGR 1423/2015 n2 715/2015.			E' stata elaborata e presentata alla Direzione Strategica una proposta che prevede il miglioramento dell'appropriatezza nell'accesso alle CRA degli anziani con elevate necessità socio sanitarie e l'adeguamento dei parametri di assistenza infermieristica. A seguito del confronto con le Direzioni aziendali, il documento è stato rivisto in collaborazione con il SIT e presentato alla Direzione Generale con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di maggiore intensità assistenziale, assicurare l'applicazione della normativa regionale secondo criteri di appropriatezza ed ottimizzazione delle risorse.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1206/2007 DGR N.172/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri		Firme presenza, verbali	Numero >=	2,00		2,00	2,00	100,00%	
Documento		atti ufficio	Si/No =		Si		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.1.4	Area Anziani e Disabili - Miglioramento delle condizioni di vita e del livello delle cure prestate nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>In continuità con la progettualità realizzata negli anni precedenti e nell'ambito del processo di accreditamento, sviluppo di percorsi di miglioramento della qualità dell'accoglienza e della cura con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento della qualità dell'alimentazione e della nutrizione per i soggetti anziani e disabili, accolti nelle strutture e affetti da disfagia, attraverso l'adozione delle "Raccomandazioni per la valutazione e gestione della persona disfagiche", elaborate nell'anno precedente, da diffondere tramite percorsi formativi rivolti ai caregivers formali e informali; - Presentazione alla CTSS del documento "Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona", e recepimento del medesimo nell'ambito dell'accreditamento dei servizi socio sanitari. Avvio del percorso previsto dal documento. 			<p>Per quanto riguarda le "Raccomandazioni per la valutazione gestione delle persone disfagiche" è stato completato e approfondito il confronto sul documento sia con i Professionisti che con i Direttori di Distretto e il Direttore Sanitario che lo hanno validato. In seguito è stato presentato e approvato dal Collegio di Direzione. Il documento, a valenza aziendale, propone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uno sfondo culturale improntato al miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza delle persone fragili; - percorsi clinico-organizzativi omogenei in ambito aziendale; - procedure operative per il miglioramento nella gestione assistenziale e dell'alimentazione del paziente disfagico, anche in coerenza con il Piano della Prevenzione regionale. <p>Le "Raccomandazioni", approvate con delibera aziendale n. 509 del 22/08/2017, sono destinate al personale sanitario, socio-assistenziale, ai caregivers informali (familiari e volontari) che assistono pazienti disfagici o a rischio di disfagia.</p> <p>Successivamente, è stato organizzato il seminario "Raccomandazioni per la valutazione e gestione della disfagia", rivolto ai professionisti ed agli operatori che si occupano di persone anziane e disabili, con la finalità di approfondire la conoscenza sulla problematica, migliorare le pratiche assistenziali e le tecniche riabilitative. Il seminario si è svolto in data 13/12/2017 ed hanno partecipato 276 tra personale interno all'AUSL ed esterno.</p> <p>Contemporaneamente, è stato avviato il percorso di formazione, rivolto ai professionisti sanitari e socio-assistenziali, che verrà completato nel corso del 2018.</p> <p>Relativamente al tema della prevenzione del maltrattamento nei servizi socio sanitari, il documento redatto dal Gruppo di lavoro e validato dal Gruppo Integrazione è stato presentato ed approvato dalla CTSS. Sono stati effettuati incontri di presentazione del documento nei singoli Distretti cui hanno partecipato Amministratori Locali, Direttori di Distretto, Responsabili degli Uffici di Piano e dei SAA, finalizzati alla costruzione condivisa della seconda fase del percorso. Si è costituito il Comitato di Progetto, composto da Amministratori Locali e Responsabili dei SAA che ha predisposto il percorso progettuale da realizzarsi nel 2018.</p>		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 514/2009	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.4	Area Anziani e Disabili - Miglioramento delle condizioni di vita e del livello delle cure prestate nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° Incontri		Firme presenza	Numero <=		4,00		5,00		
Adozione documento		Atto aziendale	Sì/No =		Sì		Sì		
Approvazione atto amministrativo		Atti Ufficio	Sì/No =		Sì		Sì		
Organizzazione Convegno		Atti Ufficio	Sì/No =		Sì		Sì		
Presentazione CTSS		Atti Ufficio	Sì/No =		Sì		Sì		

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.5	Area gravi disabilità acquisite – Definizione criteri di accesso ai servizi							
<p>In continuità con la progettualità realizzata negli anni precedenti dalla commissione aziendale Gra.D.A., nell'ottica di migliorare sempre più i percorsi di accesso alla rete dei servizi, verrà presentato alle commissioni distrettuali Gra.D.A. il documento elaborato nel corso del 2016 al fine di procedere all'approvazione formale ed alla successiva applicazione a livello territoriale.</p>			<p>Il documento "Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità", elaborato dalla Commissione aziendale Gra.D.A., è stato presentato alle Commissioni distrettuali che hanno espresso parere favorevole all'approvazione dello stesso, previa richiesta di chiarimenti alla Regione in merito ad alcune questioni indicate nella vigente normativa, non sempre interpretate in modo univoco dai professionisti che operano a livello distrettuale.</p> <p>La richiesta di chiarimenti, formulata dal Direzione Attività Socio Sanitarie come da mandato ricevuto dalle Commissioni, è stata inviata in Regione in data 20/10/2017 ed in data 13/12/2017 è pervenuta la risposta che ha consentito di fare chiarezza in merito ad alcuni dubbi interpretativi. Sulla base di quanto dichiarato dalla Regione, la Direzione ASS ha provveduto ad integrare il documento che sarà formalmente approvato con atto aziendale nel 2018.</p> <p>Nell'ambito delle gravi pluridisabilità in età pediatrica, ai sensi della DGR 1898/12 è stata attribuita alla DASS la referenza delle Cure Palliative Pediatriche che ha come target i minori eligibili anche per le commissioni Grada e comunque destinatari di interventi sociosanitari di supporto alla domiciliarietà. Con riferimento alla direttiva citata, l'AUSL di Parma, in considerazione delle diverse forme di gestione di servizi sociali minori e famiglie, ha promosso lo sviluppo di accordi locali in materia di integrazione sociosanitaria nell' Area della malattia cronica, disabilità, Gra.DA, patologie complesse, cure palliative pediatriche nei tre distretti periferici attraverso la nomina da parte dei Comitati di Distretto di Gruppi lavoro AUSL- Ente locale. Si è svolta funzione di supporto alla Direzione Sanitaria nella predisposizione del documento tecnico sulla rete locale di Cure Palliative Pediatriche trasmesso alla Direzione Regionale. Si è inoltre proceduto, con la collaborazione dell'AOU, all'aggiornamento della mappatura epidemiologica del 2013, dei minori potenzialmente eligibili per le CPP, tra cui i minori già accertati dalle Commissioni Gra.Da distrettuali, mediante l'interrogazione di fonti multiple: DCP, DAISM DP, AOU.</p>						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 2068/2004 e 840/2008 - DGR N.172/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con le commissioni distrettuali Gra.D.A.		Foglio firme presenza	Numero >=		3,00		3,00		
Incontri di coordinamento con la commissione aziendale		Foglio firme presenza	Numero >=		3,00		3,00		
Redazione documentazione		Atti Ufficio	Si/No =		Si		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	4.1.1.6	Area Progetti finalizzati - Contro la Violenza sulle Donne e sulle Fasce Deboli							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Negli ultimi anni l'impegno aziendale sul tema della violenza domestica e di genere si è caratterizzato con i numerosi momenti formativi attuati per operatori della Sanità, del Sociale, delle Forze dell'Ordine, delle Associazioni e del terzo settore, della cittadinanza in genere; con la partecipazione e adesione ad incontri istituzionali di verifica, organizzativi e di programmazione progettuale promossi nell'ambito dei doveri derivanti dal Protocollo d'Intesa sottoscritto in Prefettura; con la riorganizzazione dei servizi aziendali funzionale all'accoglienza e presa in carico delle vittime, come pure con l'apertura del Centro LDV rivolto agli aggressori.</p> <p>Un passaggio importante è costituito dalla realizzazione e adozione dei Piani operativi distrettuali a cura della CTSS per l'organizzazione dei servizi pubblici e Terzo settore e dei riferimenti operativi in tutto il territorio provinciale. Nella conferma degli impegni già consolidati, l'Azienda si adopererà per concorrere all'elaborazione del documento di indirizzo da proporre alla CTSS, all'interno del gruppo di lavoro che si costituirà con il concorso della Prefettura di Parma.</p>			<p>Molto intensa l'attività sul versante dell'organizzazione dei servizi contro la violenza sulle donne e le fasce deboli. L'anno in corso ci ha visto impegnati nella definizione di un programma preliminare di lavoro con l'individuazione degli obiettivi, già condiviso con la CTSS, su due linee d'intervento: violenza di genere e violenza su anziani e disabili. Si è proceduto con incontri specifici in appositi tavoli di lavoro assieme agli interlocutori di ciascun Distretto (amministratori e tecnici, pubblici e del terzo settore) nella presentazione dei due documenti di programmazione, sia sul piano della prevenzione che dei ruoli e compiti operativi.</p> <p>Sono stati realizzati gli incontri di condivisione dei documenti di tutti i Distretti, è stato costituito il gruppo di lavoro interistituzionale che ha predisposto il Documento di indirizzo da presentare alla CTSS. Allo stesso tempo partecipiamo agli incontri del "tavolo operativo" della Prefettura insediati presso il Centro Antiviolenza di Parma, finalizzato ad aggiornare il protocollo su alcuni punti: definizione dei diversi ruoli operativi, superamento degli aspetti di criticità, condivisione di nuove prassi di lavoro dei soggetti aderenti alla rete che agisce sul territorio provinciale.</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 1677/2013				
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione al Gruppo di Lavoro e definizione documento di indirizzo	Documento		Si/No =		Si		Si		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	4.1.1.7	Area Giovani – Programma Promozione della Salute nelle Scuole								
Raggiunto un buon livello rispetto al consolidamento del programma "AUSL per la Scuola" e ai rapporti Scuole/Servizi aziendali. Gli incontri periodici tra Referenti distrettuali e di progetto con i Docenti mirati alla programmazione e al confronto sui bisogni, anche prestando attenzione a risolvere eventuali aspetti di criticità, consentono di concludere la sperimentazione in atto e di portare a regime il progetto nel presente anno. Già avviata la connessione tra le progettualità di "AUSL per la Scuola" e quelle del Setting Scuola del PRP 2015/2018, con importante impegno dei Servizi aziendali, che si completerà nel corso dell'A.S. in corso.			Il catalogo 2017/18 si è arricchito con tre nuove progettualità su sessualità e affettività, uso/abuso di sostanze e gioco d'azzardo in linea con il progetto "Tra Rischio e piacere" del PRP, uniformando così i percorsi proposti dal Programma aziendale "AUSL per la Scuola" e dal "Setting Scuola" del PRP. Completato e consolidato il software di elaborazione dei dati di attività, è stata avviata la modalità per valutare la ricaduta degli interventi in termini qualitativi. All'avvio dell'anno scolastico 2017/2018 sono stati organizzati incontri distrettuali per presentare il nuovo catalogo (quattro incontri) che sono stati condotti dai referenti distrettuali. Questa modalità operativa, che ha sostituito il consueto incontro collettivo di inizio anno scolastico, ha favorito un "dialogo" più proficuo tra Docenti e Referenti di progetto, favorita da un numero più contenuto di partecipanti. Gli alunni coinvolti nei progetti, nel periodo luglio/dicembre 2017, sono complessivamente 7.454 così suddivisi per Distretto: Parma 4.557, Fidenza 882, Valli Taro Ceno 730, Sud-Est 1.285; le scuole coinvolte sono complessivamente 211, per un totale di 33 progetti attivi nel periodo.							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 590/2013; DGR 901/2015; DGR 771/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Organicità tra programma "AUSL per la Scuola" e "Setting Scuola" del PRP 2015/18		Progettualità presenti in Catalogo		Sì/No =		Sì		Sì		

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.8	Area Minori – ambito Tutela	<p>Proseguimento nel percorso di integrazione istituzionale , auspicata nelle direttive regionali di riferimento . Acquisita la disponibilità dei decisori istituzionali nelle Direzioni di Distretto, la DASS continua nella sua funzione a supporto dei Nodi della Rete Istituzionale, interni ed esterni, partecipando ai gruppi di lavoro che verranno nominati dai 3 Distretti Fidenza, Sud est, Valli Taro e Ceno ; compito del gruppo di lavoro la stesura di accordi tra ASL ed Enti Locali atti a garantire la valutazione e presa in carico integrata nell'area della tutela e dei casi complessi. Per quanto concerne il distretto di Parma prosegue la funzione di supporto alla Direzione di Distretto e del DAISM per il rinnovo del Protocollo scaduto al 31/12/2015. Al fine di promuovere funzioni di sistema , prosegue la partecipazione ai gruppi di lavoro interni riguardo la Violenza alle donne per quanto attiene alla violenza assistita . Assegnata la referenza del Progetto 3.7 maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura , previsto dal PLA -PRP 2015-2018</p> <p>Per quanto concerne la stesura di Accordi locali ai sensi della DGR 1102/14 : completato l'iter di approvazione del documento di Accordo Locale nel Distretto Sud Est approvato dal Comitato di Distretto in data 20 Settembre 2017; il Comitato di Distretto ha dato di mandato di proseguire con il gruppo di lavoro per stendere procedure, istruzioni operative applicative dell'Accordo sia in materia di Tutela che di malattie croniche ad alta complessità assistenziale. Il gruppo di lavoro si è insediato nel Dicembre 2017. Nel Distretto di Fidenza: siamo in attesa delle decisioni dei Decisori istituzionali che hanno chiesto una proroga per rinnovo delle convenzioni locali AUSL-ASP Fidenza prevista per Dicembre 2017. In attesa di riattivazione il Gruppo tecnico del Distretto Valli Taro e Ceno previsto per il 2018 .</p> <p>Per quanto concerne il piano della prevenzione scheda 3.7 PLA 2015-2018: promossa e coordinata la formazione sul quaderno fratture abuso in collaborazione con AOU; l'evento formativo si è tenuto in due edizioni il 28 Novembre 2017 presso ospedale di Vaio ed il 12 Dicembre presso AOU di Parma. Prosegue la partecipazione all'UVM tutela del Comune di Parma con frequenza mensile/bimestrale.</p> <p>Prosegue la collaborazione con il gruppo aziendale sulla Violenza di genere per quanto concerne la violenza assistita, in attività di formazione, sensibilizzazione e contrasto alla violenza ai minori, come previsto dalla DGR 1677/13: lezione al Seminario "Violenza di genere: un problema di salute pubblica", Maggio 2017 nell'ambito dell'Attività Didattica Elettiva del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia; seminario di presentazione del seminario Screening violenza in gravidanza del Novembre 2017.</p>						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR N.172/2015 DGR 1677/2013 DGR 1102/2014					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenze documentali (verbali, nomina di membro nei gruppi di lavoro, incarichi di referenza/ coordinamento)		segreteria Distretti, gruppo integrazione,DASS	Si/No =	Si	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.9	DGR 1003 - Contrasto alla violenza							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.9	DGR 1003 - Contrasto alla violenza							
Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (DGR 1102/2014) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.8 Contrasto alla violenza, pag 12)			Cfr. 830/17						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero eventi formativi realizzati		Convocazioni atti DASS	Numero >=		1,00		1,00		
raccolta buone prassi locali sulla prevenzione del maltrattamento/abuso sui minori		Atti DASS	Numero >=		1,00		1,00		
compilazione della check-list regionale		Documento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.10	DGR 1003 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.1.10	DGR 1003 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza			
		<p>Percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza dell'Azienda USL e nell'assistenza specialistica, con particolare attenzione ai bisogni delle persone con disabilità.</p> <p>Partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08)</p>			<p>In tutti gli ambiti distrettuali sono stati organizzati diversi interventi co-gestiti dagli enti pubblici in collaborazione con associazioni/cooperative sociali. Nei territori sono stati attivati diversi servizi, alcuni dei quali in coerenza con quanto indicato dalla L. 112/2016, di seguito i principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - scuola di autonomia: consolidare percorsi innovativi a sostegno dell'autonomia e dell'inclusione sociale delle persone disabili, attraverso forme protette di convivenza secondo un'ottica di tipo familiare. Sono inoltre programmati week-end con permanenza notturna anche per persone con forti limiti dell'autonomia per sperimentare il distacco dalla famiglia; - case ritrovate: risponde alle indicazioni fornite dalla Regione di sperimentare nei territori interventi di sostegno alla domiciliarità e facilitare il percorso del "dopo di noi" nel "durante noi". Si tratta di progetti gestiti da associazioni/cooperative sociali in collaborazione con l'ente pubblico: più persone disabili vivono in un ambito "normale" una vita autonoma dalla propria famiglia (che resta, comunque, punto di riferimento e protagonista della progettazione). Durante le ore diurne le persone frequentano laboratori socio-occupazionali o sono inserite in percorsi lavorativi; - week-end solidali: vengono sperimentate soluzioni innovative in collaborazione con le associazioni del territorio, il volontariato e la cooperazione sociale per promuovere l'autonomia, l'integrazione sociale e la vita indipendente. È stato individuato un comitato di progetto che ha definito le strategie ed i percorsi per la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei ragazzi disabili, delle famiglie e dei servizi della rete. <p>Al fine di favorire la socializzazione delle persone con disabilità, in un distretto da qualche anno è attivo il progetto "Gocce di sport" finalizzato sia al miglioramento del benessere psico-fisico personale, che alla riscoperta dello sport come opportunità di socializzazione.</p> <p>Le diverse attività, inoltre, contribuiscono al sostegno dell'autonomia, dell'autostima e della consapevolezza di essere parte di un gruppo.</p> <p>Presenza programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica.</p> <p>Relativamente all'assistenza odontoiatrica, viene applicato quanto indicato nella DGR 374/2008 "Revisione del programma di assistenza odontoiatrica in Emilia-Romagna". Oltre al programma come dettagliato nella delibera regionale, è attiva una prassi consolidata con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria atta a facilitare l'accesso dei disabili alle cure odontoiatriche.</p> <p>Sono stati organizzati incontri con i referenti individuati a livello distrettuale, compreso il Presidio Ospedaliero Aziendale. Gli incontri con i professionisti hanno permesso di elaborare il documento che sarà implementato nel corso del 2018.</p>
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.10	DGR 1003 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Programmi di ambito distrettuale di continuità ass. nei servizi per disabili minori e adulti in coll. con Enti locali e Assoc. di persone con disabilità e di sper. di attività innovative e a bassa soglia per anziani e disabili (sul numero dei distretti)	Documento regionale	% >=		50,00%		100,00%			
Presenza programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza dell'Azienda USLe nell'assistenza specialistica	Documento regionale	Sì/No		Sì		Sì			

Settore	4.1.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.2.1	DGR 830/17 - Contrasto alla violenza			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati come da Piano regionale della prevenzione (DGR 771/2015). Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo con un programma formativo locale specifico e attraverso la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Proseguire nella raccolta delle buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambini e adolescenti e collaborare con il gruppo di coordinamento regionale alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura. Formazione della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità, servizi sociali, centri antiviolenza e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza.</p>			<p>Per quanto concerne il PRP 2015-2018 relativamente al Progetto 3.7 Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura si è assolto all'obbligo informativo con la RER effettuando il monitoraggio, la mappatura delle esperienze territoriali, effettuando l'indagine epidemiologica richiesta relativamente all'"indicatore sentinella", minori trattati tramite integrazione multiprofessionale, promosso e contribuito alla formazione di base (ai sensi della DGR1677/13 pgf 7.2) obiettivi trasversali di sensibilizzazione, informazione, "visione multidisciplinare" e alla formazione specialistica su fratture abuso con convegno ad hoc programmato per l'ultimo bimestre 2017 in collaborazione con AOU. La DASS si è inoltre impegnata a supportare le funzioni di governance di sistema nell'ambito della formazione su tematiche inerenti il maltrattamento su minori e violenza assistita curando il dialogo e la collaborazione con l'Università di Parma: partecipazione come docenti al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia nelle attività didattiche elettive su Violenza di genere sul tema della Violenza assistita. Per quanto riguarda il Distretto di Parma è in corso la rivalutazione della bozza di Protocollo già licenziata da parte del Gruppo tecnico Interistituzionale. Non è stata ancora approvata dalla CTSS la formalizzazione del Tavolo Tutela/Infanzia Adolescenza, luogo istituzionale della governance locale territoriale.</p>		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

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

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 830/17 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza			
<p>La programmazione 2017 del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo. A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze, definito in 450 milioni € a livello nazionale e circa 34 milioni a livello regionale, e con le risorse della Legge 112/2016 ("Dopo di noi") Le Aziende Usl dovranno assicurare:</p> <p>-il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. In particolare dovrà essere assicurata la completa attuazione delle indicazioni regionali nell'utilizzo di tutte le risorse (assegnate nel 2016 e trascinate da anni precedenti);</p> <p>- la corretta applicazione del decreto Interministeriale di finanziamento del FNA per quanto riguarda l'individuazione delle persone con gravissima disabilità in base a quanto previsto nel decreto stesso e la garanzia dell'immissione dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, secondo quanto previsto dallo stesso decreto;...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.18)</p>		<p>Il Gruppo per l'Integrazione ha effettuato il monitoraggio del FRNA e del FNA, ha monitorato i contratti di servizio e l'applicazione della DGR 273/2016 conseguente al completamento del processo di accreditamento definitivo dei servizi socio-sanitari.</p> <p>Per l'anno 2017 è stato effettuato il riparto del FRNA (decisione CTSS n. 1 del 28/07/2017). Sono stati programmati a livello distrettuale, entro il mese di settembre 2017, i fondi della L. 112/2016 "Dopo di noi" (DGR 733/2017).</p> <p>Ricoveri di sollievo: di competenza del Comitato di Distretto che programma la destinazione del FRNA sulla base delle peculiarità di ogni territorio.</p> <p>La percentuale di giornate di ricovero si diversificano nel quattro Distretti, da un minimo di 0 ad un massimo di 2,3%.</p> <p>Laboratori protetti: la Regione con nota del 13/07/2017 prot. PG/2017/0522030 aveva riconosciuto un incremento di risorse provenienti dal FSR anche al fine di dare attuazione al DPCM 12/01/2017 (nuovi LEA) nell'area socio-sanitaria di pertinenza del FRNA (art. 22 comma 4 e art. 34 comma 3 lett. b). Con successiva nota (prot. Ingresso 59424 del 29/09/2017) la Regione ha comunicato l'impegno delle Regioni a statuto ordinario di integrare con fondi propri il FNA: tali fondi sono stati decurtati dalla quota di FRNA già assegnata con la nota di luglio. Conseguentemente, gli ambiti distrettuali hanno dovuto provvedere a riequilibrare le risorse tra FRNA e FNA: a fronte della nuova situazione, gli Uffici di Piano hanno concordato di portare all'attenzione dei Comitati di Distretto la nuova situazione ed attendere la loro proposta di applicazione a decorrere dal 2018.</p> <p>Assistenza domiciliare: non sono stati attivati a livello distrettuale flussi specifici. I dati, anche se disponibili, sono organizzati solo a livello dei singoli servizi.</p> <p>Casellario dell'assistenza: il DPCM 26/09/2016, art. 5, prevede l'inserimento nel casellario dell'assistenza dell'INPS dei dati anagrafici ed assistenziali delle persone che hanno usufruito di benefici/servizi a valere sulla quota vincolata del FNA e/o sul fondo della legge 112/2016. In data 5/12/2017 il Servizio Assistenza Territoriale della RER ha comunicato ai DASS che "alla data attuale (5/12/2017) il decreto FNA risulta firmato e registrato ma non ancora pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale. Solo dopo tale pubblicazione INPS provvederà ad aggiornare il tracciato record secondo quanto disposto dal citato decreto. Appena disponibili, verranno dati aggiornamenti sul tema. Sino a quella data risulta opportuno non inserire alcun dato. Si prega di condividere le informazioni di cui alla presente con i responsabili UDP ed i Direttori di Distretto". L'espressione del parere della Corte dei Conti è del 18/12/2017. Alla data del 31/12/2017 non sono stati forniti aggiornamenti in merito.</p>			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 830/17 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria		Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adeguate offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo: % giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA	specifico flusso di riferimento	% >=		2,00%		0,90%			
laboratori protetti disabili: % laboratori protetti disabili con riconoscimento degli oneri al 70%/laboratori protetti disabili	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		0,00%			
assistenza domiciliare: monitoraggio della fornitura di assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni successivi alle dimissioni protette con rilevazione della % di pazienti con dimissione protetta e assistenza domiciliare nei primi 30 giorni	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No			
Corretto utilizzo del FNA: immissione dati casellario dell'assistenza	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No			

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

Sub-Area 5.1 CURE PALLIATIVE

Settore 5.1.1 Obiettivi generali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Sviluppo continuo Rete Cure Palliative con incremento delle azioni a livello territoriale riferite anche all' area pediatrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento dei Medici di medicina generale - Promozione della cultura della palliazione fra tutti i professionisti coinvolti - Informazione alla popolazione generale sulla funzione e sull'utilizzo dei servizi - Equità di accesso qualità e appropriatezza delle Cure 	

Dimensione Performance 2 Performance dei Processi Interni Area Performance 2.1 Area della produzione

Obiettivo 5.1.1.1 Riorganizzazione della rete delle cure palliative

Descrizione	Rendicontazione
<p>Avvio della riorganizzazione prevista dalla DGR 560/2015 "Riorganizzazione della rete locale di Cure Palliative"</p>	<p>Primo semestre: a febbraio avvio e presentazione alla Direzione Generale e Sanitaria del progetto "Riorganizzazione delle Rete Locale di Cure Palliative" e costituzione dell'Organismo tecnico di Coordinamento; due successivi incontri organizzativi. Sempre a febbraio avvio e presentazione del progetto "Clinical competence e formazione in cure palliative" con individuazione dei referenti di rete.</p> <p>Secondo semestre: consolidamento dei progetti riorganizzativi in essere e due incontri con Organismo Tecnico di Coordinamento per condivisione strategie e organizzazione.</p>

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indicatore n. 5 DM. 43/2007	report flusso ADI	% >=	80,00%	80,00%			0,00%	
Indicatore n. 8 DM. 43/2007	report flusso hospice	% <=	25,00%	25,00%	34,30%		63,00%	

Dimensione Performance 2 Performance dei Processi Interni Area Performance 2.1 Area della produzione

Obiettivo 5.1.1.2 Consolidamento della rete delle cure palliative sul territorio

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	5.1.1.2	Consolidamento della rete delle cure palliative sul territorio								
Consolidamento dell'attività di presa in carico dei pazienti nella rete delle cure palliative, in relazione agli indicatori standard regionali, attraverso una strutturazione dei percorsi in integrazione con i Dipartimenti Cure Primarie. Incremento dell'attività informativa e formativa dei sanitari ospedalieri e territoriali riguardo cure palliative e terapia del dolore.			<p>Primo semestre: a giugno incontro per la progettazione e implementazione della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) nell'ambito dello Stabilimento Ospedaliero e Distretto di Fidenza in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione del modello organizzativo della RLCP - Individuazione degli strumenti operativi per assicurare l'accesso presso la RLCU - Definizione delle modalità per la formalizzazione del percorso <p>Secondo semestre: predisposizione della richiesta unica di attivazione della Rete di Cure Palliative e modulo per la valutazione UVP (Unità di valutazione palliativa) con individuazione dei riferimenti locali nel distretto di Fidenza. Presentazione del modello Distretto di Fidenza agli altri Distretti per uniformare la documentazione presente nella Rete. Dal mese di Luglio inizio attività UVP Distretto di Fidenza con incontri regolari a cadenza settimanale. Presentazione del modello ai referenti Cure Palliative delle unità operative Ospedale di Vaio e presentazione ai Dipertimenti di Medicina e di Emergenza Urgenza.</p>							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato 2015 del Direttore Generale GPG/2012/1545, REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE Cod.documento GPG/2016/1743 del 31/10/2016 DGR 1003/2016						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Incontri con responsabili Cure Primarie e referenti rete provinciale CP		verbali e registro	Numero >=	3,00	6,00	3,00	6,00	100,00%		
Progetti formativi integrati		verbali e registro	Numero >=	1,00	1,00	1,00	1,00	100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.3	Sviluppo della rete delle cure palliative pediatriche							
Descrizione			Rendicontazione						
Sviluppo della rete delle cure palliative pediatriche, in sinergia con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, sulla base delle indicazioni della DGR 1898/12			<p>Primo semestre: a maggio incontro regionale interaziendale valutazione stato della rete pediatrica e presentazione progetto hospice pediatrico a bologna.</p> <p>Secondo semestre: inserimento strutturato dei referenti delle cure palliative pediatriche delle due aziende sanitarie della Provincia all'interno del gruppo di coordinamento della ReteCP.</p>						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.3	Sviluppo della rete delle cure palliative pediatriche							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1898/12 GPG/2012/1929					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.4	Controllo del dolore							
Descrizione			Rendicontazione						
Il tema del dolore resta prioritario all'interno delle tematiche delle cure palliative e pertanto prosegue e si implementa l'azione di coordinamento tra il livello ospedaliero, residenziale (hospice) e territoriale . In particolare è prevista nel Distretto di Fidenza l'implementazione dell'attività di consulenza di terapia antalgica a domicilio e in ospedale da parte degli anestesisti dell'Ospedale Vaio su richiesta dei MMG e ospedalieri.			Prosegue l'attività del servizio di terapia antalgica in tutti i setting assistenziali: ospedale, ambulatorio, hospice e domicilio.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	nota della Regione Emilia-Romagna prot. n. 29859 del 06/02/12 GPG/2014/1661					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
consulenze antalgiche per la rete di cure palliative		report interno del responsabile ambulatoriale	Numero >=	30,00	60,00	28,00	78,00	93,00%	
Incontri comitato ospedale e territorio senza dolore integrato		Verbali e registro presenze	Numero >=	2,00	4,00	3,00	5,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.5	Rapporto Cure Palliative e pazienti affetti da SLA							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.5	Rapporto Cure Palliative e pazienti affetti da SLA							
Proseguimento del progetto sostenuto da associazione AISLA di Parma per l'inserimento del palliativista nell'equipe di cura dei pazienti affetti da SLA			Partecipazione sistematica del palliativista agli incontri distrettuali dei casi di SLA .						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percorsi integrati realizzati		Report piattaforma e-learning	Numero >=	20,00	40,00	50,00	60,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.6	DGR 1003 - Cure palliative							
Descrizione			Rendicontazione						
L'obiettivo assegnato dalla DGR 1003 è quello di avviare la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative così come descritto dalla D.G.R. 560/2015 e dai REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE Cod.documento GPG/2016/1743 del 31/10/2016			Primo semestre: incontro con responsabile Ufficio qualità per avviare percorso di presa visione dei requisiti di accreditamento. Probabile richiesta di accreditamento della rete CP a fine 2018. Secondo semestre: raccolta documentazione dai nodi della rete per condivisione dei requisiti di accreditamento e incontri con referente qualità per supporto metodologico.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	D.G.R. 560/2015 e REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE Cod.documento GPG/2016/1743 del 31/10/2016					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.6	DGR 1003 - Cure palliative							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N. malati nei quali il tempo max di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domic. da parte della Rete di cure palliative è <= 3 giorni / n. malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%					
Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/numero deceduti per tumore	specifico flusso di riferimento	% >=		65,00%					
Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%					

Settore	5.1.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 830/17 - Rete delle cure palliative pediatriche			
Descrizione	<p>La delibera di Giunta n. 1898 del 10.12.2012 approva il progetto "la rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna", stabilisce che il nodo ospedale e il nodo cure primarie della rete assicurino il livello assistenziale di cure palliative garantendo gli ambiti specialistici di competenza, individua il nodo Hospice pediatrico quale centro specialistico di riferimento a supporto delle attività dei nodi della rete e dà mandato alle DG delle Aziende Sanitarie di mettere in atto i provvedimenti e gli atti necessari per dare operatività al provvedimento sostenendo l'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche. A tal fine, le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la soluzione delle eventuali criticità, dovranno partecipare attraverso i propri specialisti al gruppo di coordinamento tecnico-professionale che si costituirà presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e collaborare alla definizione dei percorsi, dei protocolli assistenziali, dei ruoli, delle interconnessioni fra i nodi della rete, in particolare per una piena integrazione del futuro Hospice pediatrico</p>		Rendicontazione		
			<p>A maggio si è tenuto a Bologna l'incontro regionale interaziendale sulla valutazione dello stato della rete pediatrica e presentazione progetto hospice pediatrico. La rete di Cure palliative pediatriche è inserita a pieno titolo nella rete locale di cure palliative AUSL e AOU PR e partecipa con i suoi referenti al progetto di riorganizzazione.</p>		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 830/17 - Rete delle cure palliative pediatriche							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.2.2	DGR 830/17 - Cure Palliative							
Descrizione			Rendicontazione						
Proseguire il percorso di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative (DGR 560/2015 e DGR1770/2016) in particolar modo completare la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari così come previsto dalla DGR 506/2017 e DPCM 12 gennaio 2017			Attualmente la risposta in cure palliative domiciliari è garantita nel contesto dell'attività ADI, è in fase di individuazione l'Unità di Valutazione Palliativa che opererà sul territorio in stretta collaborazione con MMG e Direzione Rete CP. Per tutto il personale coinvolto sono stati svolti i corsi di formazione programmati specifici in cure palliative in collaborazione e condivisione delle direzioni e personale hospice.						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/Nr. di malati deceduti per causa di tumore		specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%				
Nr. di malati oncologici deceduti in ospedale/Nr. di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale)		specifico flusso di riferimento	% >=		-5,00%				
Nr. ricoveri hospice malati oncologici, provenienti da ricovero ospedal. o da domicilio NON assistito (esclusi pazienti in carico a rete cure palliative e seguiti a domicilio)ricovero<= 7 gg/Nr. di ricoveri hospice patologia oncologica		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%				

Sub-Area	5.2	DEMENZE
-----------------	------------	----------------

Settore	5.2.1	Quadro generale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Integrazione Ospedale - Territorio (Centro Disturbi Cognitivi, UVG, MMG, SAD, ADI, A.S, CRA, Centri Diurni, Casa della Salute, Ospedale di Comunità) e socio-assistenziale per consolidare i Percorsi di Cura Centrati sulla persona e la presa in carico integrata all'interno del POLO NEUROLOGICO INTERAZIENDALE (Delibera n. 880 del 30/12/2013)		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.1	Ruolo dei Medici di Medicina Generale							
Descrizione			Rendicontazione						
Migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi". Attivazione di percorsi di consulenza specialistica a supporto dell'assistenza domiciliare integrata. Continuare l'attività informativa/formativa con i MMG referenti dei NCP e delle CdS e Ospedale di Comunità dove presente.			A livello provinciale sono continuano le consulenze specialistiche neurologiche e geriatriche domiciliari e presso i servizi della rete A seguito del seminario "Deprescrizione degli antipsicotici", presso la CdS di Busseto si è svolta un'equipe con MMG, Infermieri nella quale ci si è confrontati su quali strategie mettere in atto per iniziare un percorso di deprescrizione.						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria		Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - punto 1.2				
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Consulenze Specialistiche su casi ad alta valenza/ n. complessivo delle visite	Coordinatore Infer.		% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	
N. Segnalazioni dal MMG/N. segnalazioni da tutti i servizi della rete	Coordinatore Infer.		% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.2	Qualificazione della rete dei Servizi							
Descrizione			Rendicontazione						
Migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi". Continuare a livello provinciale di attività formativa rivolta agli operatori dei servizi della rete necessaria per la costruzione di un percorso di cura centrato sulla persona.			Nel complesso l'attività di formazione è stata effettuata a livello provinciale con corsi rivolti al personale dei servizi della rete (SAD; CD e CRA).						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.2	Qualificazione della rete dei Servizi							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria		Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - punto 1.2				
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N. Accessi Coordinatore Inferieristico Casa della Salute, UVG, Servizio sociale / N. accessi totali richiesti da tutti i servizi della rete	Centro Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%		
N. Segnalazioni Assistenti sociali dei Comuni/n segnalazione dalla rete dei servizi	Centro Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.3	Sostegno alla domiciliarità e presa in carico integrata di soggetti affetti da demenza presenile e senile							
Descrizione	Integrazione socio sanitaria		Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato D.G. - DGR 172/2015 - punto 1.8					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
<p>Descrizione</p> <p>Continuare l'attività di verifica sulla collaborazione tra i soggetti della rete territoriale (Centro Disturbi Cognitivi, UVG, MMG, SAD, ADI, CRA, Centri Diurni, servizio sociale territoriale dell'area anziani e dell'area adulti- minori). Consolidare il percorso di integrazione in parte già presente tra ospedale e territorio nella gestione delle dimissioni difficili. Garantire, a livello provinciale, la continuità di percorsi strutturati di sostegno alle famiglie e alle assistenti familiari: corsi di informazione/formazione, gruppi di sostegno, auto -mutuo – aiuto, Caffè Alzheimer</p> <p>Continuare a livello provinciale le conferenze nei comuni e le attività di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla cittadinanza.</p>			<p>Rendicontazione</p> <p>A livello aziendale sono svolte èquipe multidisciplinari di supervisione nella gestione dei disturbi del comportamento di soggetti affetti da demenza ospiti delle strutture semiresidenziali e residenziali. Continuano regolarmente gli incontri di informazione/formazione rivolti ai familiari ed assistenti privati, gruppi di sostegno, auto-mutuo-aiuto e Caffè Alzheimer. Nei distretti di Fidenza e Langhirano si sono svolti n. 3 incontri rivolti alla cittadinanza rispettivamente: 18 maggio presso CdS di Busseto, 26 ottobre presso CdS di San Secondo e 22 novembre presso CdS di Felino. Il 16 settembre 2017 si è svolta la 5° edizione della camminata "Ricordare il cammino della vita" in occasione della giornata mondiale Alzheimer.</p>						
N. incontri di sensibilizzazione alla cittadinanza	Responsabile Programma Aziendale	Numero >=	1,00	3,00	1,00	4,00	100,00%		
N. Corsi per familiari/n. corsi programmati	Responsabile Programma Aziendale	% >=	50,00%	70,00%	50,00%	70,00%	100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.2.1.4	Accesso alle prestazioni diagnostiche							
Descrizione			Rendicontazione						
La rete provinciale dei Centri Disturbi Cognitivi è costituita da 4 Centri (Parma, Fidenza, Langhirano e Borgotaro) e 4 Ambulatori (San Secondo, Busseto, Fornovo e Bedonia). In ogni Centro si prevede la presenza di un medico specialista (neurologo e/o geriatra), uno psicologo e un infermiere, in ciascun Ambulatorio si prevede la presenza di un medico e di un infermiere dedicato. Migliorare i tempi di attesa per le visite			A livello aziendale sono presenti: 2 centri con apertura giornaliera (Parma e Fidenza), 1 centro con apertura settimanale (Langhirano), 1 centro con apertura mensile (Borgotaro), 4 ambulatori con apertura mensile (Fornovo, Bedonia, San Secondo, Busseto). Gli orari di apertura dei centri e degli ambulatori sono diversi, da qui si evince una disomogeneità dei calendari delle sedute. Si è ritenuto di effettuare la valutazione su i 2 Centri che hanno l'apertura giornaliera. Per quanto riguarda il personale, negli incontri tra responsabile aziendale e i direttori DPC e dei Distretti è emersa la criticità legata alla figura del geriatra. Per quanto riguarda il CDCD di Fidenza manca ancora la figura dell'Infermiere (DGR 990/2016)						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato D.G. 1.3 ; Delibera della RER 27/6/2016 n. 990					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tempi Attesa (ST.TA) entro 30 gg		Centro Disturbi Cognitivi	Numero <=	30,00	30,00	30,00	30,00	100,00%	
N Centri con personale dedicato/ N Centri Totali		Responsabile Programma Aziendale	% =	50,00%	100,00%	75,00%	75,00%	100,00%	
N. Ambulatori con personale dedicato/N. Ambulatori Totali		Responsabile Programma Aziendale	% =	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.5	Integrazione dei Consulteri per i Disturbi Cognitivi nel POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE							
Descrizione			Rendicontazione						
All'interno della programmazione del POLO NEUROLOGICO INTERAZIENDALE sviluppare l'integrazione dei Centri Disturbi Cognitivi nell'area di attività territoriale (POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE) con integrazione con i servizi ospedalieri, creando, quindi, un Hub territoriale per la continuità Ospedale-territorio.			Il responsabile aziendale demenze ha incontrato il direttore del polo neurologico per valutare come attuare il processo di integrazione dei centri per i disturbi cognitivi nell'area di attività territoriale.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato D.G.					

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

Sub-Area	5.3	EMERGENZA URGENZA-118
-----------------	------------	------------------------------

Settore	5.3.1	Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Indicazione delle azioni: Valutazione dell'adeguatezza, dell'efficacia, della sostenibilità della rete complessiva del soccorso territoriale e del livello dell'integrazione con le strutture di Pronto Soccorso		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.3.1.1	Accreditamento							
Descrizione			Rendicontazione						
Completamento dell'accreditamento del sistema 118 con l'inclusione delle ultime postazione escluse dall'accreditamento regionale del sistema 118 provinciale effettuato nel 2014			Conseguito accreditamento per sistema 118						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	Del 44/2009 RER					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Conseguimnto dell'accreditamento per l'intero sistema 118 Provinciale	verbali di COEO in atti presso Centrale Unica		Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.2	Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza -A							
Descrizione			Rendicontazione						
Valutazione delle tempistiche di centralizzazione di IMASTE			Il Comitato interprovinciale, valutati i tempi di processo relativi allo STEMI che rientrano nei parametri di performance, ha ritenuto di non procedere ad ulteriori rilevazioni trattandandosi di situazione non critica.						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di IMASTE	in atti Centrale Unica		Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.3	Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza -B							
Descrizione			Rendicontazione						
Valutazione delle tempistiche di centralizzazione Stroke.			La rilevazione della tempistica stroke non è stata eseguita perchè, dall'analisi del Comitato interprovinciale la situazione è stata ritenuta non critica ed, inoltre, poco significativa, vista l'adozione di nuove procedure di centralizzazione legate alla implementazione della trombectomia meccanica.						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di Stroke		in atti Centrale Unica	Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.4	Servizio di Telecardiologia							
Descrizione			Rendicontazione						
Progettazione modalità di Telecardiologia presso PPIO Ospedale di Borgotaro verso UTIC Fidenza			Attivazione eseguita.						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 1.2)					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Refertazioni a distanza		Atti Direzione sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.5	Integrazione Ospedale-Territorio in caso di catastrofe							
Descrizione			Rendicontazione						
Entro la fine del 2017 dovrà essere approvato e testato un Piano di massiccio afflusso feriti (PEIMAF), coinvolgente tutte le strutture ospedaliere di Vaio e l'Emergenza Territoriale, arrivando alla definizione di percorsi in grado di fronteggiare una maxiemergenza senza bloccare la funzionalità dell'ospedale. Conclusione dei lavori per piano maxiemergenze territoriale			L'esercitazione PEIMAF effettuata ed è stato presentato il piano generale per la maxiemergenza.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.5	Integrazione Ospedale-Territorio in caso di catastrofe							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esercitazione generale PEIMAF Ospedale di Vaio		in atti alla Direzione Presidio	Sì/No		Sì		Sì		
Presentazione piano generale per maxiemergenza in COEO		in atti alla Centrale Operativa	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.1.6	Percorso formativo							
Descrizione			Rendicontazione						
In considerazione della necessità di mantenere adeguata competenza si propone, a livello di UO, di proseguire la formazione sul campo sulla gestione delle vie aeree e di iniziare un percorso formativo sulla ecografia clinica.			Il percorso formativo è stato modificato per la carenza di personale e per la priorità di informare anche i medici sulle procedure infermieristiche						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	LR 44/2009 RER					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° medici formati/totale		in atti U.O. Formazione	% >=	25,00%	50,00%	0,00%		0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.7	Sviluppo qualitativo della prestazione ospedale territorio in emergenza							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione ai tavoli regionali sulla realizzazione del Progetto per consentire l'atterraggio notturno dell'elisoccorso presso l'Ospedale di Borgotaro			Si è partecipato al tavolo regionale; è stato realizzato il progetto secondo quanto stabilito in quella sede. Non è ancora attivo l'atterraggio notturno dell'elisoccorso presso l'Ospedale di Borgotaro in attesa di lavoro di adeguamento da parte del Comune.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.7	Sviluppo qualitativo della prestazione ospedale territorio in emergenza							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione ai tavoli regionali sulla realizzazione del Progetto		In atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.3.1.8	Progettazione del sistema di soccorso legato all'allestimento del Cantiere TI-BRE catalogato come grande opera.							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosecuzione ed estensione della copertura infermieristica nella fascia oraria 14-21 di tutti i giorni feriali			E' proseguita secondo programma la copertura del servizio di soccorso del cantiere TI-BRE						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Convenzione AUSL PR Società Autostrade CRI Pontetaro					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Organizzazione della copertura del soccorso con risorsa infermieristica		in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	5.3.2	Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi								
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017				Indicazione sintetica della situazione attuale						
Indicazione delle azioni: Valutare la fattibilità di un ulteriore valorizzazione, nella rete provinciale, del ruolo degli infermieri già formati all'emergenza territoriale										

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo			Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo	5.3.2.1	Valorizzazione professioni sanitarie								
Descrizione				Rendicontazione						
Avvio del progetto di autonomizzazione dell'infermiere in alcuni percorsi di emergenza territoriale secondo indicazione regionale. E' prevista una fase di formazione infermieristica propedeutica all'attivazione del progetto cui parteciperanno tutti gli infermieri dell'UO.				E' stato realizzata la fase di formazione del progetto di autonomizzazione dell'infermiere all'emergenza.						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano			Riferimento Normativo	DGR 508/2016				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attestato formativo di tutti gli infermieri		in atti a UO Emergenza Territoriale		% >=	50,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo			Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo	5.3.2.2	Estensione competenze BLS-D								
Descrizione				Rendicontazione						
In relazione al DM 18 marzo 2011 si è aderito al progetto Regionale per la defibrillazione precoce secondo un programma PAD, quindi dedicato al personale non sanitario. A tale scopo è stato presentato un progetto di implementazione dei DAE che possa consentire la presenza in ogni Comune della Provincia di Parma di disporre di DAE ad accesso pubblico. Completamento del progetto.				Il progetto ha visto la sua completa realizzazione con la distribuzione dei DAE presso i comuni sprovvisti di tali apparecchi ad accesso pubblico.						
Obiettivi Performance					Riferimento Normativo	DM 18 marzo 2011				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Completamento del progetto.		In atti alla U.O. Emergenza Territoriale		Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.2.3	Sviluppo del modello Hub & Spoke							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione ai compiti ed obiettivi del sistema SIAT, Commissione interaziendale Cardiologica e Stroke Revisione del percorso dell'emergenza pediatrica preospedaliera e trasporto interospedaliero.			Si è partecipato a tutti i lavori delle commissioni previste . E' stato realizzato il percorso per il trasporto neonatale.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
istruzioni operative per emergenze pediatriche		in atti Direzione sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione agli eventi delle commissioni interaziendali dell'emergenza		verbali riunioni in atti U.O. Emergenza	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.2.4	DGR 1003 - 118 e Centrali Operative- Protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico art. 10 d.p.r. 27-3-1992 aggiornati alla DGR 508/2016.							
Descrizione			Rendicontazione						
L'Azienda dovrà assicurare che i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118 vengano rivalutati, aggiornati e completati in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.			vd rendicontazione 5.3.3.1						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Entro il 31/12/17 tutti i protocolli dovranno essere adottati sulla base delle linee guida regionali e i relativi provvedimenti trasmessi ai competenti uffici regionali		in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.2.5	DGR 1003 - 118 e Centrali Operative - attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118							
Descrizione			Rendicontazione						
L'Azienda dovrà garantire la completa attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118 con Azienda USL di Bologna e Romagna e AOU di Parma, con particolare riferimento alla capacità degli operatori di ricevere e gestire le chiamate da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della centrale in caso di disaster recovery o di eccesso di chiamate).			Vedi obiettivo 5.3.3.1						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Effettiva messa in funzione di interoperabilità entro il 2017		in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	5.3.3	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
Obiettivo	5.3.3.1	DGR 830/17 - 118 e Centrali Operative			
Descrizione	<p>Nel 2017 l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma devono consolidare la funzione di interoperabilità delle centrali 118 garantendo, sentiti i responsabili delle centrali 118, idonei percorsi formativi e di retraining degli operatori al fine di sviluppare e mantenere conoscenze idonee alla ricezione e gestione delle chiamate di emergenza. Entro la fine del 2017 le Aziende territoriali devono assicurare la omogeneizzazione dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico, adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, tenuto conto del contesto di riferimento, e in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.</p> <p>L'Azienda USL di Bologna nel 2017 dovrà garantire il necessario supporto tecnico e amministrativo alla estensione alle ore notturne del funzionamento della base elisoccorso di Bologna. Le Aziende sanitarie individuate come sedi degli eventuali siti di atterraggio/decollo notturni dovranno a loro volta garantire lo specifico supporto tecnico e amministrativo per la loro realizzazione.</p>		Rendicontazione	<p>E' stato completato il percorso di omogenizzazione dei protocolli avanzati ed è stata completata la formazione degli infermieri.</p> <p>E' stata allestita e la piattaforma di elisoccorso di competenza della USL di Parma presso Ospedale di Borgo Taro rendendo operativo, dal mese di dicembre 2017, il volo in ore notturne. In tal modo si qualifica così ulteriormente il Servizio di emergenza/urgenza 118 a disposizione dei cittadini, soprattutto nelle zone più decentrate e di difficile accesso, come quelle montane. La Centrale Operativa 118 può infatti ora contare su un ulteriore mezzo per i trasferimenti dei pazienti tra Ospedali, anche di notte.</p>	
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo		

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

Sub-Area	5.4	Politica del farmaco
-----------------	------------	-----------------------------

Settore	5.4.1	Quadro generale
----------------	--------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

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

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

Strumento fondamentale sarà , anche per il 2017, l'informazione/ formazione sui farmaci e sui dispositivi medici a tutti i professionisti coinvolti

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

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

Obiettivo 5.4.1.1 **Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto**

Descrizione

Dovrà proseguire la campagna di promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee, anche in considerazione della quota a carico del cittadino.

Le azioni saranno indirizzate nei confronti di tutti i medici prescrittori : ospedalieri, Specialisti , Medici di Medicina Generale, tramite l' informazione e l'aggiornamento sui farmaci a brevetto scaduto e sulle valutazioni costo-beneficio.

Rendicontazione

E' proseguita l'attività di promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto a tutti i medici prescrittori. Sono stati fatti due incontri con i cittadini per promuovere l'uso corretto dei medicinali e dei farmaci equivalenti.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 901/2015
------------------------------	-------	---	------------------------------	--------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto	AFT	Sì/No		Sì	Sì			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
------------------------	---	--------------------------------	------------------	-----	---

Obiettivo 5.4.1.2 **Appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**

Descrizione

Rendicontazione

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.4.1.2	Appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa							
Verrà attuata formazione/informazione ai MMG e PLS sulle linee guida di Regionali , con particolare riferimento alle aree critiche della farmaceutica convenzionata. In modo analogo verra condotta attività di informazione/ formazione ai medici ospedalieri. In collaborazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie saranno organizzati Audit Clinici			Sono stati fatti 58 incontri individuali con MMg , 20 incontri di NCP, 7 incontro distrettuale e 1 incontro con tutti MMG aziendali. Durante gli incontri di distretto è stato affrontato l'argomento della deprescrizione degli antipsicoticiatipici e dell'uso appropriato degli antidiabetici negli anziani Sono stati fatti 8 incontri sull' appropriatezza prescrittiva in AOU con i responsabili delle aree cliniche di : cardiologia,infettivologia, dermatologia , reumatologia e fisiopatologia respiratoria.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze incotri/audit		DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.3	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa							
Descrizione Le categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio ed altre eventualmente individuate dalla regione, saranno: PPI ,Statine, ACE inibitori, Sartani , antidepressivi			Rendicontazione Nel periodo gennaio-ottobre 2017 il consumo di PPI è pari a 52,61 DDD/ 1000 ass.pesati die,di SSRI è pari a 37,32 DDD/ 1000 ass. pesati die, la percentuale dei consumo degli Ace (associati e non) sul totale dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina è pari a 58,52						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza del monitoraggio		Report DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.4	Miglioramento appropriatezza prescrittiva degli antibiotici sistemici							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione al progetto regionale : monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l' uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario			Continua la campagna regionale "antibiotici è un peccato usarli male"per promuovere l'uso responsabile degli antibiotici . Nel II semestre non ci sono stati ulteriori sviluppi .						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	DAF		Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	5.4.1.5	Distribuzione per conto							
Descrizione			Rendicontazione						
Attuazione Accordo locale DPC e monitoraggio .			Si è registrato un notevole incremento del numero dei pezzi dei farmaci dispensati in DPC ; sono stati effettuati i controlli in merito.						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aumento n. pezzi vs anno precedente	DAF		% >=	40,00%	60,00%	64,54%	33,80%	100,00%	
Evidenze documentali	DAF		Sì/No		Sì	Sì			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.6	Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.6	Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci							
<p>Avvio delle attività correlate, in collaborazione con la U.O. Governo Clinico , in merito alle Raccomandazioni regionali: 1 " Corretta gestione delle forme farmaceutiche orali"(ottobre 2015); il documento fornisce indicazioni per una corretta gestione delle forme farmaceutiche orali quando sia necessario procedere a: divisione, triturazione di compresse, apertura di capsule, somministrazione nascosta. 2 "Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci negli Istituti Penitenziari" Avvio dell' audit , predisposto a fine 2016, sull' utilizzo delle Immunoglobuline nell' area neurologica, in collaborazione con la U.O. di Governo Clinico.</p> <p>Puntuale trasmissione a tutti gli operatori sanitari delle note rilasciate dalle agenzie regolatorie di riferimento in merito agli aggiornamenti relativi alla sicurezza dei farmaci. Puntuale informazione sull'andamento delle segnalazioni di ADR da parte dei professionisti sanitarie e cittadini del territorio provinciale. Avvio del progetto multicentrico di farmacovigilanza "USO APPROPRIATO E SICURO DEI MEDICINALI NEI PAZIENTI ANZIANI TRATTATI IN AMBITO TERRITORIALE O ISTITUZIONALIZZATI IN CASE RESIDENZA PER ANZIANI".</p> <p>Prosecuzione nell'attività di monitoraggio intensivo dei farmaci a registro AIFA; anche al fine del recupero economico , tramite le procedure di rimborso.</p>			<p>Partecipazione al gruppo di lavoro per stesura del documento " Raccomandazioni sulla valutazione e gestione della disfagia nei Servizi Socio-Sanitari".</p> <p>2) Completamento della stesura della procedura sulla gestione clinica del farmaco negli istituti penitenziari di Parma ; il documento deve essere ancora condiviso tra le figure professionali operanti in tale ambito.</p> <p>3)Iniziati i lavori preliminari dell'Audit con la raccolta dati</p> <p>4) Sono state puntualmente trasmesse a tutti gli operatori sanitari le note rilasciate dalle agenzie regolatorie in merito agli aggiornamenti relativi alla sicurezza dei farmaci. E' stata data puntuale informazione sull'andamento delle segnalazioni di ADR da parte degli operatori sanitari e cittadini . E' stata elaborata e trasmessa la relazione di farmacovigilanza Anno 2016. E' stato organizzato un corso aziendale il 06/06/2017 dal titolo:LA FARMACOVIGILANZA E' stato avviato il progetto di farmacovigilanza attiva : "USO APPROPRIATO E SICURO DEI MEDICINALI NEI PAZIENTI ANZIANI TRATTATI IN AMBITO TERRITORIALE O ISTITUZIONALIZZATI IN CASE RESIDENZA PER ANZIANI".</p> <p>5) Prosecuzione delle attività di monitoraggio Aifa per tutti i farmaci in distribuzione diretta. In merito agli oncologici infusivi i clinici non hanno ancora completato l'inserimento nei registri Aifa per criticità dovute all' utilizzo del nuovo applicativo Log 80 ma un graduale recupero è avvenuto un nel secondo semestre. Monitoraggio del recupero economico.</p>						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico		Riferimento Normativo	DGR 901/2015				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali		DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Organizzazione audit		DAF/U.O. Governo Clinico	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì	0,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.4.1.7	Sviluppo organizzativo							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.4.1.7	Sviluppo organizzativo							
Miglioramento dell' integrazione OSPEDALE-TERRITORIO, con particolare riferimento ad A.O.U. di Parma finalizzata alla continuità terapeutica . Istituzione del Dipartimento Farmaceutico interaziendale Ausl A.O.U di Parma Proseguimento delle attività del tavolo interaziendale AUSL/AOUPR di monitoraggio delle prescrizioni al fine di favorire l'appropriatezza delle prescrizioni nella continuità ospedale-territorio. Consolidamento e potenziamento del Polo Farmaceutico Unico presso A.O.U. di distribuzione diretta, dopo visita specialistica e presa in carico dei pazienti.Potenziamento distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica del Presidio Ospedaliero aziendale			E' stata consolidata e potenziata l'attività di distribuzione del farmaco presso il Polo farmaceutico unico con sede in AOU e nelle dirette presso le farmacie ospedaliere Nel 2017 l' incremento della spesa relativa ai farmaci erogati dal Polo Farmaceutico (con esclusione dei farmaci per l'epatite C) è stato dell'11,19 % ; il dato di spesa dei farmaci per il trattamento dell' Epatite ha registrato nel 2017 un calo del 35,47% rispetto al 2016, grazie alla riduzione dei prezzi dei farmaci stessi. Considerando la distribuzione diretta anche delle altre sedi , compresa la dimissione, l' incremento è confermato (ad esclusione dei farmaci per HCV)						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Volume economico erogato verso anno precedente		DAF e FED	% >=	20,00%	20,00%	10,50%	11,19%	53,00%	
Evidenze documentali		DAF	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.8	Adesione ai Prontuari Regionale e Aven							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosegue nel 2017 il vincolo per i clinici di prescrizione dei farmaci presenti nel PTR e/o PT Aven. Monitoraggio dell' adesione al Prontuario Regionale ed al Prontuario AVEN in tutti gli ambiti di assistenza; sviluppo del controllo prescrittivo in regime ambulatoriale.			L'adesione al PTR e al PT Aven in regime di ricovero ed in dimissione (con erogazione diretta dei farmaci) risulta alta ed in regime di degenza è quasi totale, fatte salve alcune prescrizioni fuori PT necessarie ad assicurare la continuità terapeutica						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.8	Adesione ai Prontuari Regionale e Aven							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% prescrizioni PTR sul totale prescrizioni		DAF	% >=	95,00%	98,00%	98,00%	98,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.9	Appropriatezza d'uso nella prescrizione di farmaci specialistici da parte dei centri autorizzati							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Prosegue anche per il 2017 il vincolo di adesione alle Linee Guida Terapeutiche, alle Raccomandazioni correlati al PTR ed elaborati da gruppi di lavoro nelle singole aree specialistiche reumatologia, dermatologia, neurologia (Parkinson Sclerosi multipla), oncoematologia ed epatologia (epatite C), pediatria-endocrinologia, cardiologia, diabetologia.</p> <p>Sviluppo di un sistema di monitoraggio, anche interaziendale, dell'adesione ai Documenti Regionali.</p> <p>Attività rivolte ai clinici di promozione all' utilizzo dei farmaci biosimilari</p>			<p>E' proseguita l'attività di diffusione ed informazione rispetto ai documenti del PTR relativamente ai farmaci afferenti alle aree cliniche della neurologia e dell'epatologia e oncoematologia. Azioni di sensibilizzazione rivolte ai clinici Ausl per favorire e aumentare la prescrizione dei farmaci biosimilari nell' area gastroenterologica (INFLIXIMAB).</p>						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio prescrizioni		DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.10	Adozione di strumenti di governo clinico							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.10	Adozione di strumenti di governo clinico							
Monitoraggio dei Piani Terapeutici regionali informatizzati(portale SOLE) per la prescrizione e l'erogazione 1.dei farmaci . anticoagulanti orali 2. dei farmaci per il trattamento dell' epatite C 3. Farmaci per la reumatologia. 4. Farmaci per Sclerosi Multipla			E' stato effettuato il monitoraggio dei PT regionali (piattaforma Sole) per farmaci anticoagulanti orali, per i nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C cronica, N.B. per i Nao e HCV (per Vaio)100%.Per farmaci della reumatologia gli inserimenti sono iniziati nel quarto trimestre Per i farmaci della Sclerosi Multipla prescritti dal nostro centro si evidenzia una progressione di inserimenti dal Dicembre del 2017.						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	901/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci anticoagulanti orali	DAF		% >=		90,00%	90,00%	90,00%		
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci per il trattamento dell' epatite C	DAF		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.1.11	Tracciabilità eccezioni prescrittive							
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo del nuovo applicativo regionale per tracciare le eccezioni prescrittive: off label, CNN, fuori PTR			Allineamento del pregresso ed inserimento di alcune prescrizioni di off label per Ausl Pr ,sul portale regionale .						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rapporto tra prescrizioni inserite in applicativo/ numero prescrizioni effettuate	DAF		% >=		100,00%	70,00%	50,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.12	Rete delle Farmacie Oncologiche							
Descrizione			Rendicontazione						
Con atto N 942 del 30.12.15 Ausl è stata deliberata la Convenzione per la realizzazione di un laboratorio centralizzato per l' allestimento delle terapie infusionali antitumorali (UFA) a livello provinciale .Completamento della presa in carico di tutte le terapie oncologiche della nostra Azienda.			Completamento dell'arruolamento delle Unità Operative coinvolte nella centralizzazione; monitoraggio delle temperature durante le attività di trasporto dei farmaci allestiti , continua collaborazione per l'inserimento di nuovi protocolli e monitoraggio delle problematiche relative alle prescrizioni delle terapie oncologiche.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze attività		DAF	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.1.13	ATTIVITA' INTEGRATA IN AREA VASTA							
Descrizione			Rendicontazione						
Sviluppo delle attività relative alla predisposizione dei capitolati di gara, per la parte tecnica dei farmacisti, secondo la programmazione gare di AVEN o Intercent_ER Attività di monitoraggio dell' adesione alle gare da parte degli utilizzatori . Partecipazione attiva alla Commissione dei Dispositivi Medici di Aven e alla relativa segreteria scientifica, istituite a fine 2016.			Monitoraggio costante delle attività inerenti la centralizzazione della logistica e gestione delle criticità emergenti (es nuovi farmaci e dm, nuovi dosaggi ,carenze prodotti) al fine di superare le stesse Partecipazione a tutti gli incontri specifici , alle sedute della CADM di AVEN e alle riunioni della Segreteria scientifica. Partecipazione alle attività delle Commissioni di gare Intercent-ER e di Aven per i dispositivi medici.						
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo		DGR 901/2015				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze attività		DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	5.4.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.1	DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Per l'anno 2017, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2016 (-0,1%), che per AUSL di Parma è pari a -0,6%</p> <p>L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (eclusa spesa HCV, Ivacaftor e farmaci oncologici innovativi), viene previsto a livello RE in +6,3% che per AUSL di Parma è pari a +7,1%. L'obiettivo non comprende pertanto: Farmaci innovativi oncologici stiamata a livello RER in 45,74 mln.€ e i farmaci per l'epatite C (HCV) e Ivacaftor, per i quali è stata accantonata a livello RER una quota di 36 mln €</p>			<p>La spesa farmaceutica convenzionata netta ha registrato nel 2017 una riduzione del 2,51% rispetto al 2016. L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci è dovuto a: diretta fascia A e DPC +€ 716.224 diretta ex Osp 2 + €1.354.798 vaccini + € 799.120</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Spesa farmaceutica convenzionata netta 2017 - variazione rispetto al 2016		specifico flusso di riferimento	% <=		0,60%	-0,98%	-2,51%		
Acquisto ospedaliero di farmaci 2017 - variazione rispetto al 2016		specifico flusso di riferimento	% =		7,10%	11,00%			

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.3	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO							
Descrizione			Rendicontazione						

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.4	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci							
Descrizione			Rendicontazione						
In relazione al nuovo farmaco per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan) la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito della rete cardiologia.			L'obiettivo è su area provinciale; i pazienti in trattamento nel 2017 su prescrizione dei centri di Ausl e Aou Pr sono 16. (10 pazienti fuori Provincia /regione) Tutti i piani sono redatti da centri autorizzati e riportano il cod Aifa						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.4	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Prescrizione da parte degli specialisti dei centri autorizzati tramite compilazione piano terapeutico AIFA		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.5	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici							
Descrizione			Rendicontazione						
Contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una particolare attenzione deve essere riservata all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico. Specifica attenzione dovrà inoltre essere posta all'uso territoriale dei fluorochinoloni per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20- 59 anni e, per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici, alla promozione di azioni informative e di monitoraggio al fine di favorire il controllo delle resistenze batteriche			Gli antibiotici fluorochinolonici a livello ospedaliero sono utilizzati in pochissimi casi. Per l'area territoriale nei primi 11 mesi del 2017 rispetto allo stesso periodo del 2016, si è registrato un calo del 2,3% dei consumi di fluorochiniloni nelle donne di età compresa tra 20 e 59 anni.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attenzione all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico a livello territoriale ed ospedaliero		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.6	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci Oncologici							
Descrizione			Rendicontazione						
adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente anche del rapporto costo/opportunità. Al fine di consentire il monitoraggio del rispetto delle Linee guida regionale dovrà essere alimentato il data base oncologico (Circolare reg.le n. 17/2016) in ogni una sua parte e altra eventuale iniziativa finalizzata allo stesso obiettivo;			Diffusione dei documenti regionali Grefo pubblicati con l'aggiornamento del prontuario regionale. Iniziato un percorso di collaborazione dei nostri oncologi con gli oncologi di A.O.U. per inserire ulteriori informazioni cliniche dettagliate nell'applicativo Log 80 al fine di alimentare il DB oncologico, secondo quanto disposto dalla Regione . Condivisione dei nuovi protocolli inseriti nel data base della prescrizione informatizzata .						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
alimentazione database regionale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì				

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

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.9	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilare							
Descrizione			Rendicontazione						
Adesione all'impiego dei biosimilare nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni per i seguenti indicatori:			Gli obiettivi sono di area provinciale; per l' Infiximab è stato possibile valutare solo la prescrizione della endoscopia digestiva dell' ospedale di Fidenza. Il numero dei nuovi pazienti del 2017 in terapia con somatropina è 18 (in carico al centro di AOUPr) : di questi il 50% è in terapia con Omnitrope, 22,20% con Humatrope e il 16,70% con Nutropin AQ .						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.9	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilare								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
anti TNF alfa (consumo biosimilare etanercept)		specifico flusso di riferimento	% >=		35,00%		81,25%			
anti TNF alfa (consumo biosimilare infliximab)		specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%	55,80%	60,10%			
epoetine		specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%	50,20%	56,00%			
introduzione nella pratica della follitropina biosimilare (consumo totale principio attivo)		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		0,00%			
ormone della crescita prescrizione farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e rispetto del risultato della gara per la % del fabbisogno al termine della validità della stessa		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	83,00%	88,90%			
aumentare il ricorso alle quattro insuline basali disponibili con il migliore costo/beneficio (ridurre i consumi complessivi con i due prodotti più costosi rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		-1,32%			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
Obiettivo	5.4.2.10	DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto								
Descrizione				Rendicontazione						
Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto recepita con DGR n. 327/2017, prevede la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci – convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta; le Aziende sanitarie dovranno provvedere al progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata, dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata.				In accordo con le associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati locali, sono stati inseriti nuovi farmaci da distribuire attraverso la DPC, in aggiunta a quelli previsti dal precedente accordo, a partire dal 1 agosto 2017 recependo le Intese inerenti la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci (convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta), sottoscritte dalle Associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati e dall' Assessore regionale sulla distribuzione per conto approvato con DGR n.1184/2014, con proroga della validità di quest'ultimo atto deliberativo al 31 dicembre 2018.						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	5.4.2.10	DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto							
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata, dalla presa in carico alla DPC e alla Convenzionata: superamento del numero pezzi del 2016		specifico flusso di riferimento	Numero >=		131.262,00	85.098,00	175.584,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.11	DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale), esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta.</p> <p>Promuovere la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigilFarmaco" e dovranno essere realizzati specifici eventi formativi inerenti la farmacovigilanza.</p> <p>Programmare almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego di dispositivi medici. Al fine di coinvolgere tutti i professionisti interessati, la programmazione del corso può essere effettuata in più edizioni a partire dal 2017</p>			<p>E' stato organizzato un evento formativo con l'obiettivo di promuovere la segnalazione di ADR mediante la piattaforma web " Vigifarmaco" . E' stata approvata la procedura " Vigilanza sui Farmaci".</p> <p>Relativamente ai dispositivi medici, è in corso di predisposizione della procedura sulla dispositivo-vigilanza, che verrà resa accessibile sul port</p>						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.11	DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. Eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00	0,00	1,00		
% di ADR inserite nella piattaforma Web "VigilFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali(incremento rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		42,00%	55,77%	57,70%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.2.12	DGR 830/17 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidare il flusso informativo Di.Me. Con particolare riferimento ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica)...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.24)			Relativamente ai diagnostici in vitro, persistono le criticità in merito alla attribuzione del codice di repertorio (RDM) ai fini della completezza del flusso Di.Me. Le carenze sono attribuibili prevalentemente alla mancanza di registrazione, da parte delle ditte produttrici, dei prodotti nel repertorio nazionale. Circa i dm riferiti alla assistenza integrativa e protesica, non si registrano lacune di sorta sotto questo profilo. Gli indicatori relativi ai Tassi sono calcolati sui 9 mesi.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico		Di.Me	% >=		25,00%	29,50%	106,80%		
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico		Di.Me	% >=		95,00%		90,30%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.4.2.13	DGR 830/17 -Attuazione L.R. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"							
Descrizione			Rendicontazione						

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.14	DGR 830/17 -Attività di informazione sul farmaco da parte degli operatori scientifici							
Descrizione			Rendicontazione						
Con l'adozione della Deliberazione di Giunta regionale n. 2309/2016 sono stati definiti gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco. Sulla base delle disposizioni regionali in materia, le Aziende sanitarie dovranno adottare una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF). Le Aziende Sanitarie dovranno regolamentare le modalità di svolgimento degli incontri, in particolare, promuovendo la realizzazione di incontri collegiali in sostituzione delle visite individuali e inserendo le modalità di verifica, anche a campione, del possesso del tesserino identificativo regionale da parte degli ISF che accedono alle strutture per lo svolgimento degli incontri.			Con delibera n. 480 del 1.8.17 è stato adottato il Regolamento Aziendale in materia di informazione scientifica sul farmaco e sui dispositivi medici. Il Dipartimento Farmaceutico ha applicato subito il Regolamento e la raccolta della modulistica attestante gli incontri avvenuti è a cura del direttore del Dipartimento.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.14	DGR 830/17 -Attività di informazione sul farmaco da parte degli operatori scientifici							
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	5.5	Medicina riabilitativa
-----------------	------------	-------------------------------

Settore	5.5.1	Quadro generale
----------------	--------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Per l'anno 2017 le attività di Medicina Riabilitativa saranno particolarmente orientate alla promozione degli interventi finalizzati alla prevenzione e promozione della salute, al miglioramento delle attività di integrazione socio-sanitaria, alla programmazione e realizzazione del miglioramento dei percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale delle persone con disabilità cronica con particolare riferimento alle disabilità neurologiche a carattere progressivo e alle opportunità delle modalità di lavoro delle diverse C.d.S, alla ridefinizione e alla implementazione della integrazione funzionale interaziendale dei professionisti della riabilitazione.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

Obiettivo	5.5.1.1	Interventi di prevenzione e promozione della salute
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione	
Contributo progettuale, tecnico e organizzativo dei professionisti della riabilitazione per attuazione di percorsi e programmi all'interno della C.d.S. finalizzati alla prevenzione delle cadute con riferimento al target di popolazione a rischio .	Nel corso del 2017 è stata presentata chiusura rendicontazione progetto anno 2016 . il progetto 3.8 è stato rimodulato per l'anno 2017. I professionisti della Medicina Riabilitativa hanno partecipato agli incontri del gruppo di lavoro regionale istituito in data 27.1.2017 22.02.2017 11/10/2017 7/11/2017 23/11/2017 13/12/2017 che hanno portato alla stesura del documento di riferimento RER, in attesa di approvazione definitiva. In data 30/11/2017 è stato effettuato momento formativo che ha assolto il debito RER della nostra Ausl per il 2017.	

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG Ausl PR 1.5 GPG /2013/283 Piano della prevenzione RER 2016-2018 DGR 2128-2016 DGR 1003/2016
------------------------------	--------------	--	------------------------------	---

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

Obiettivo	5.5.1.2	Attività di integrazione socio-sanitaria
------------------	----------------	---

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.5.1.2	Attività di integrazione socio-sanitaria							
<p>Garantire da parte dei professionisti della riabilitazione le attività di integrazione socio-sanitaria a favore di persone disabili adulte e della età evolutiva nell'ambito dei processi e funzioni assegnate, con particolare riferimento alle attività istituzionali nelle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e Commissioni Distrettuali GraDA, in raccordo e con contributo progettuale alle funzioni di coordinamento aziendale delle attività esercitate dal DAS. Programmazione e realizzazione percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per la tipologia di utenza considerata. Mantenimento flusso informativo RER per rilevazione attività erogata da parte dei medici fisiatristi referenti.</p>			<p>Nel corso del 2017 In tutti gli ambiti distrettuali sono proseguite le attività dei medici fisiatristi e dei fisioterapisti referenti Commissioni Distrettuali UVM e GraDA per le attività di integrazione socio-sanitaria previste dai riferimenti regionali ed aziendali e a garanzia del flusso informativo RER.</p>						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 2068/04,DGR 840/08,FRNA,FNA ,FSR,Obiettivo di mandato DG Ausl PR 1.8 DGR 1762/11 DGR 1003/2016					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.5.1.3	Programmi interaziendali di intervento per malati SLA							
<p>Descrizione Partecipazione in collaborazione con l'AOU PR , il Polo Neurologico territoriale e Associazione dei malati alla programmazione e realizzazione degli interventi socio-sanitari a favore delle persone affette da SLA, con particolare riferimento alla sperimentazione di modelli organizzativi alternativi e alla realizzazione di programmi formativi dedicati</p>			<p>Rendicontazione Nel corso del 2017 i professionisti della Riabilitazione hanno fornito loro contributo al progetto di formazione promosso dalla DS in collaborazione con Associazione malati SLA AISLA finalizzato ad avvio percorso formativo rivolto al personale del comparto in ambito aziendale . Si sono svolti i primi incontri da parte del gruppo di lavoro provinciale e del sottogruppo istituito per ridefinizione PDTA I medici fisiatristi, il personale fisioterapista e logopedista del Distretto di Parma hanno contribuito in qualità di formatori al progetto residenziale formativo " la gestione del paziente SLA " nelle 4 edizioni svolte in ambito aziendale da febbraio a giugno 2017 . Sono stati avviati gli incontri multiprofessionali in ambito provinciale di confronto / audit rispetto ai malati in carico in ambito distrettuale. Si sono riscontrate criticità nel distretto di Parma in cui ,dopo un primo avvio, i momenti di confronto si sono limitati a scambi tra professionisti</p>						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 169/2013) DGR 2068/04 DGR 1003/3016					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.5.1.3	Programmi interaziendali di intervento per malati SLA							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza documentale		evidenza	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.5.1.4	Programmi integrati di intervento all'interno della C.d.S. per la presa in carico delle problematiche della Sclerosi Multipla							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento attività DSA 2 neurologico- riabilitativo disabilità conseguenti a SM per utenti eleggibili alle cure ambulatoriali nella Casa Salute Pintor-Molinetto in integrazione con UOC Neurologia , e sua gestione secondo indicatori di attesa regionali da parte del medico fisiatra referente			Nel corso del 2017 sono stati presi in carico con modalità DSA 2 n° 60 utenti affetti a SM a favore dei quali sono state effettuate n° 75 prestazioni mediche n° 907 prestazioni riabilitative, fisioterapiche e logopediche. Indice di performance = 100% Le visite neurologiche sono state garantite dai neurologi del Polo neurologico territoriale						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Obiettivo di mandato DG Ausl PR, 1.3 925/11, DGR 1803/2009 DGR 2128/2016					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza documentale		evidenza	Sì/No =	Sì	No	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.5.1.5	Gravi cerebrolesioni dell'età evolutiva							
Descrizione			Rendicontazione						
Contributo progettuale alle attività del Comitato Tecnico Scientifico della rete regionale per le Gravi disabilità neuromotorie dell'età evolutiva che si pone quali obiettivi per l'anno 2017: 1. individuazione di standard minimi di personale per il trattamento nella fascia di età 0-18 con bisogni riabilitativi che consenta di individuare un modello di riferimento univoco su scala regionale 2. organizzazione di percorso formativo per condividere modelli di trattamento standard ed innovativi			Sono proseguite nel corso dell'anno le attività di valutazione fisiatrica delle gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva secondo il modello che prevede 1) presa in carico riabilitativa (attività Spoke T) dei bisogni riabilitativi degli utenti residenti nel distretto di PR 2) attività di consulenza (Spoke A) su richiesta del NPI di riferimento per i bambini in carico alla UONPIA. I professionisti della riabilitazione in ambito aziendale con expertise nell' ambito riabilitazione pediatrica hanno partecipato alla raccolta dei dati su mandato della commissione RER istituita coordinata da dr.ssa Montella e successivamente dr. Campagna. Nel corso del secondo semestre tali attività sono confluite nel gruppo di lavoro Aven pediatrico i cui incontri sono avvenuti in data 17.10.2017 e 13.12.2017 e le cui attività proseguiranno nel corso del 2018.						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.5.1.5	Gravi cerebrolesioni dell'età evolutiva							
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 138/2008					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza documentale	evidenze documentali agli atti della DS		Sì/No	No	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.5.1.6	Integrazione interaziendale funzioni professionali Medicina Riabilitativa							
Descrizione			Rendicontazione						
Contributo progettuale alla programmazione e realizzazione dei percorsi interaziendali finalizzati al miglioramento della continuità assistenziale ospedale-territorio delle persone con bisogno riabilitativo, alla definizione dei criteri di appropriatezza dei diversi setting riabilitativi, al miglioramento della comunicazione anche attraverso la sperimentazione di strumenti di ICT a supporto della comunità dei professionisti e delle attività di formazione e ricerca.			Sono proseguite nel corso del 2017 i percorsi di interazione Ospedale-territorio a garanzia del percorso di continuità assistenziale e appropriatezza della tipologia di setting riabilitativo. E' stata garantita la tempistica dei tempi di presa in carico degli utenti segnalati. A scopo esemplificativo si riportano le segnalazioni da parte della MR AOU PR e le prese in carico territoriali nel Distretto di Parma. I professionisti della riabilitazione della azienda hanno partecipato agli incontri e fornito loro contributo progettuale ai lavori del Polo Riabilitativo nei gruppi istituiti 1) Percorso orto-geriatrico 2) Sclerosi Multipla 3) Riabilitazione pediatrica 4) Area della riabilitazione oncologica Le risultanze sono in parte già state sottoposte a parere delle Direzioni Sanitarie. E' stato attivato lo strumento elearning " GDL Riabilitazione" con avvio all'utilizzo da parte dei professionisti. Nel portale sono stati inseriti da parte del coordinatore interaziendale del Polo Riabilitativo i principali documenti e le risultanze degli incontri effettuati. Il gruppo di lavoro ha prodotto il documento " PERCORSO RIABILITATIVO DEL PAZIENTE OPERATO DI PROTESI DI ANCA, DI GINOCCHIO E DI FRATTURA DI FEMORE"						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Progetto Polo Riabilitativo Provinciale (Del. Ausl n. 697/2014) Obiettivi di mandato DG Ausl PR 1.2 DGR 1003/2016					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenze documentali	evidenze documentali agli atti della DS		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Sub-Area	5.6	PATOLOGIE CRONICHE
-----------------	------------	---------------------------

Settore	5.6.1	Prevenzione cardiovascolare
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Applicazione del PDT regionale per lo Scompeso Cardiaco a tutte le realtà aziendali		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.6.1.1	Estendere ed omogeneizzare l'applicazione del PDT/SC							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento attività degli Ambulatori per lo SC di Parma e Colorno. Attività relativa all'utilizzo in via sperimentale dei nuovi programmi informatizzati di gestione dei pazienti in forma integrata tra Casa della Salute e Nuclei di Cure Primarie. Coordinamento del gruppo di lavoro tecnico interaziendale per il nuovo PDT provinciale dello scompeso			Prosegue l'attività degli ambulatori scompeso di Parma e Colorno con accettazione di tutti i pazienti inviati entro 15 giorni dalla richiesta. E' iniziato l'utilizzo del nuovo programma informatizzato per la gestione dei pazienti presso la Casa della Salute di Colorno in collaborazione con il NCP dei Medici di Medicina Generale. E' stata redatta la bozza finale del nuovo PDT provinciale dello scompeso, con il coinvolgimento di tutti i membri del gruppo di lavoro tecnico interaziendale.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 172/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti presi in carico in gestione integrata presso la Casa della Salute di Colorno		ambulatorio infermieristico della Casa della Salute di Colorno	Numero >=	10,00	20,00	15,00	35,00	100,00%	
Riunione del gruppo di lavoro		verbali in atti alle Direzioni Sanitarie	Numero >=	1,00	3,00	4,00	5,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.6.1.2	Adesione al Piano Regionale per la Prevenzione Primaria della Cardiopatia Ischemica							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.6.1.2	Adesione al Piano Regionale per la Prevenzione Primaria della Cardiopatia Ischemica							
<p>Prosecuzione attività del gruppo di lavoro aziendale . Richiamo e rivalutazione dei soggetti target . Prosecuzione del counseling su stili di vita,ed eventuali terapie. Attivazione della somministrazione della Carta del rischio in quattro Case della Salute (Colorno, Collecchio, Busseto e Bedonia). Entro il 31/12/2017 verranno richiamati i soggetti sottoposti a somministrazione della carta del rischio nel 2016 con l'obiettivo di raggiungere almeno il 50% del campione iniziale</p>			<p>L'attività di richiamo è stata svolta in tutte e quattro le Case della Salute ed è stato complessivamente superato il 50% del campione iniziale come previsto come obiettivo finale .</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 172/15				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza monitoraggio regionale		Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		
raggiungimento obiettivo regionale con il richiamo del 50% dei soggetti sottoposti a somministrazione della carta del rischio nel 2016		Flusso regionale specifico	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	5.6.2	Nutrizione Artificiale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Obiettivo prioritario per l'anno 2017 è l'integrazione organizzativa e assistenziale con il Centro di Nutrizione Artificiale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al fine di raggiungere un miglioramento della qualità complessiva dei servizi e delle azioni dirette alle persone.		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	5.6.2.1	Mantenimento giornate e livelli di spesa							
Descrizione			Rendicontazione						
Contenimento dei livelli di spesa raggiunti nel 2016			Nell'anno 2017 si è registrato un consistente aumento rispetto al 2016 dei casi arruolati dall'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma a programmi di NPT domiciliari (n. nel 2017 rispetto a 31 pazienti attivati dall'AOU in tutto il 2016): ciò ha determinato un considerevole aumento della spesa.						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Volumi economici di spesa inferiori alla spesa rilevata nel 2016	DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO		Euro <=	900.956,00	1.877.554,00	958.583,00	1.965.932,00	94,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.6.2.2	Programma SIADI							
Descrizione			Rendicontazione						
Inserimento dati di attività nel programma SIADI			E' operativa l'attività di inserimento dei dati, compatibilmente con le risorse infermieristiche assegnate.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	5.6.2.2	Programma SIADI								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Numero di registrazioni di accessi effettuate	specifico flusso di riferimento		Numero >=			632,00	1.384,00			
Numero di registrazioni di casi effettuate	specifico flusso di riferimento		Numero >=			273,00	466,00			
Avvio registrazioni attività tramite programma SIADI	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	5.6.2.3	Equipe interaziendale								
Descrizione			Rendicontazione							
Costituzione di una equipe interaziendale con AOU per la presa in carico congiunta di pazienti in dimissione da ricovero.			E' stata inviata la proposta progettuale per la costituzione di una equipe interaziendale con AOU alla Direzione di AUSL . Si resta in attesa di definizione da parte delle Direzioni di AUSL e di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Costituzione equipe	atti direzione sanitaria		Sì/No		Sì		No			

Sub-Area	5.7	Sviluppo reti cliniche pediatriche
-----------------	------------	---

Settore	5.7.1	Area Territoriale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.1.1	Profilo Pediatrico Distrettuale							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.</p>			Sono stati organizzati incontri di UPCP distrettuale per la presentazione dei profili 2016.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 172/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri distrettuali di UPCP/aziendali sul tema Profili Pediatrici		Verbali riunioni	Numero =		1,00	4,00	4,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.1.2	Patologie croniche pediatriche							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Applicazione del "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso od obeso" (DGR 780/2013), con provvedimenti conseguenti: eventi formativi per PLS e attivazione dell'ambulatorio per il bambino sovrappeso od obeso.</p>									
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso ed obeso di cui alla deliberazione N. 2071/2010-Approvazione del Piani Regionale della Prevenzione" DGR 780/2013					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	5.7.1.2	Patologie croniche pediatriche								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Monitoraggio attività del percorso: n. bambini presi in carico presso ambulatoriale dell'obesità pediatrica		Verifica presso sedi ambulatoriali	Numero =		100,00	34,00	40,00			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	5.7.1.3	Attivazione del "Polo Pediatrico" nel Distretto di Parma								
Descrizione			Rendicontazione							
Nel Polo Territoriale Pediatrico del Distretto di Parma confluiranno le funzioni sanitarie di base e specialistiche legate all'assistenza pediatrica, la pediatria di comunità, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, la medicina riabilitativa in età evolutiva ed alcune attività della sezione salute donna. Il nuovo Polo Pediatrico, che diventerà la sede dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie e sarà punto di riferimento nel quale si svolgerà una attività specialistica integrata, nell'ottica della centralità del bambino e della sua famiglia, e costituirà sia il completamento territoriale dei percorsi di cura attivati presso l'Ospedale del Bambino, sia il potenziamento e lo sviluppo dei servizi di 1° livello già presenti nei poli territoriali.			Attivazione prevista per 2018							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Attivazione del Polo Pediatrico		Atti del Distretto di Parma	Sì/No		Sì	No	No			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	5.7.1.4	DGR 1003 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni								
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.1.4	DGR 1003 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni							
<p>Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, attuando i piani regionali specifici di controllo. Si evidenzia la necessità di rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale regionale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, nonché l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti con patologie croniche.</p> <p>Inoltre dovrà essere completata l'attuazione dei piani aziendali di razionalizzazione della rete ambulatoriale vaccinale, secondo le indicazioni già fornite, dando altresì continuità ai percorsi finalizzati all'autonomia professionale delle assistenti sanitarie e infermieri professionali, adeguatamente formati come previsto dalla DGR 1600/2013.</p>			<p>E' stato applicato il Nuovo Calendario Vaccinale a partire dal 1 gennaio 2017. Sono stati aggiornati i PLS in merito alle novità introdotte, in occasione di incontri dedicati nonché in riunioni di UPCP. Una prima fase della riorganizzazione degli ambulatori vaccinali è stata attuata nel 2016, successivamente, alla luce delle novità introdotte con il Nuovo Calendario Vaccinale nonché di quanto previsto dal Decreto del 7 giugno 2017 (divenuto legge 199 nel luglio 2017), sono state effettuate le valutazioni per ulteriori riorganizzazioni che dovrebbero divenire operative nel 2° semestre 2017. Nel secondo semestre, in funzione del nuovo calendario vaccinale e della legge sull'obbligo, sono state predisposte sedute vaccinali aggiuntive; il numero totale di vaccini somministrati nelle PDC aziendali è stato di 68.956 rispetto a 53.067 del 2016. In funzione dell'ottimizzazione dell'offerta vaccinale sono state chiuse alcune sedi periferiche per accorpate l'attività in pochi poli vaccinali; è stata inoltre incrementata l'attività in autonomia delle Assistenti sanitarie</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n° ambulatori che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi (riduzione rispetto al totale degli ambulatori attivi nel 2016)		specifico flusso di riferimento	Numero =		0,00		0,00		
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,80%		
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		92,80%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.1.5	DGR 1003 - Allattamento							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.1.5	DGR 1003 - Allattamento							
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento contenuto nell'anagrafe vaccinale regionale . Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare. L'efficacia degli interventi verrà misurata a circa tre e cinque mesi di età del bambino attraverso somministrazione di questionario alla prima e seconda dose di vaccinazione. L'elaborazione del dato è annuale (gestito e restituito direttamente dalla Regione di norma a marzo/aprile per l'anno precedente)			si rimanda all'obiettivo 5.7.3.2 I dati non sono ancora stati elaborati dalla Regione ; probabilmente saranno disponibili ad aprile; molto probabilmente è migliorato il flusso dei dati						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi(allattamento completo)		specifico flusso di riferimento	% >=		33,00%				
Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi (allattamento completo)		specifico flusso di riferimento	% >=		52,00%				
Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi(quota di non allattamento)		specifico flusso di riferimento	% <=		32,00%				
Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi (quota di non allattamento)		specifico flusso di riferimento	% <=		23,00%				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.7.1.6	DGR 1003 - Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.7.1.6	DGR 1003 - Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici							
Distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per PLS) promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando l'erogazione dell'incentivo previsto, al raggiungimento dello obiettivo minimo di compilazione (> 50 cartelle anno/PLS). Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica con due obiettivi: -Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici -Ridurre il tasso di prescrizione di amoxicillina clavulanato rispetto a quella di amoxicillina(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.9 Assistenza pediatrica Lotta all'antibioticoresistenza pag 12)			E' proseguito il progetto Proba ed è stato ulteriormente promosso l'utilizzo dell'applicativo web Proba ribadendo che l'algoritmo favorisce l'appropriatezza nelle scelte terapeutiche. Sono stati definiti i nominativi dei PLS aventi diritto al mantenimento dell'incentivo relativo (valutazione a consuntivo annuale). Il Tasso di prescrizione antibiotici fornisce dati con rilevazione a 9 mesi (fonte regionale Insider)						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Promuovere utilizzo applicativo web Proba con erogazione dell'incentivo al raggiungimento dell'obiettivo minimo(num cartelle all'anno per PLS)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		50,00		
Soddisfazione della domanda di kit per test rapidi, da parte dei PLS, rispetto al numero di assistiti,		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		90,00%		
Percentuale prescrizione di amoxicillina clavulanato/ amoxicillina (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		83,00%				
Tasso di prescrizioni di antibiotici (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		74,23%		67,12%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.1.7	Progetto "Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica" in collaborazione con Jefferson University							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.1.7	Progetto "Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica" in collaborazione con Jefferson University							
Nel 2016 è stato avviato il progetto Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica della AUSL di Parma, in collaborazione con la Jefferson University. A ciascun PLS , attraverso un accesso personalizzato, viene data la possibilità di consultare un report che evidenzia i pazienti che, data la compresenza di fattori critici, risultano essere a maggior rischio di ospedalizzazione. Verranno organizzati incontri per approfondire le modalità di consultazione e azioni correlate a tale progetto.			Sono stati organizzati incontri distrettuali di UPCP per la presentazione del progetto con coinvolgimento anche del Dott. Lombardi, referente aziendale del progetto stesso.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri distrettuali di UPCP/aziendali sul tema Profili Pediatrici		Verbali riunioni	Si/No		Si		Si		

Settore	5.7.2	Area Ospedaliera
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi del 2017 per l'U.O. di Pediatria di Vaio sono quelli del mantenimento degli standard assistenziali anche attraverso la formazione continua finalizzata alla preparazione degli operatori alla miglior risposta in situazioni di urgenza, in rapporto alla strutturazione operativa della Pediatria di Vaio che garantisce assistenza in età pediatrica al PS dell'Ospedale di Vaio e per le esigenze legate al costante incremento delle nascite presso il nostro Nido . Anche gli screening neonatali rappresentano un elemento di attenzione alla salute e di buona pratica medica e in questo contesto si vuole implementare l'efficacia e l'efficienza dello screening del riflesso rosso neonatale in collaborazione con la Clinica Oculistica e con la Neonatologia dell'Azienda Ospedaliera di Parma coinvolgendo anche la Pediatria di Libera Scelta territoriale. Sulla base di recenti modifiche delle procedure regionali atte alla segnalazione dei richiami dei pazienti dello screening neonatale metabolico sarà inoltre ridefinita la procedura interna.</p>		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.7.2.1	Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - Formazione							
Descrizione		Rendicontazione							
FORMAZIONE E SVILUPPO COMPETENZE: organizzazione di corsi alle manovre di assistenza neonatale per medici, infermieri e ostetriche del Nido secondo le direttive regionali e seguendo i protocolli-linee guida SIN (Società Italiana di Neonatologia) e organizzazione di incontri di assistenza pediatrica in urgenza e corsi PBLSD (Pediatric Basic Live Support and Early Defibrillation).		Nel corso del 2017 per medici, infermieri e ostetriche dall'U.O di Pediatria di Vaio sono stati organizzati un corso avanzato di rianimazione neonatale con la partecipazione di istruttori SIN (Società Italiana di Neonatologia) operanti presso reparti di Terapia Intensiva Neonatale, quattro corsi base di rianimazione neonatale, due corsi di BPLSD (Pediatric Basic Live Support and Early Defibrillation) e un corso PBLSD di retraining , un corso di defibrillazione cardiaca, un corso di gestione del parto in ambulanza per infermieri del 118, un corso sulla gestione del pneumotorace neonatale con la partecipazione di esperti dell'AO di Parma.							
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Linee guida SIN Rianimazione neonatale in sala parto e stabilizzazione del neonato. Linee guida SIMEUP Rianimazione Pediatrica						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza eventi formativi		U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	5.7.2.2	Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale -IMPLEMENTAZIONE SCREENING RIFLESSO ROSSO							
Descrizione		Rendicontazione							

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	5.7.2.2	Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale -IMPLEMENTAZIONE SCREENING RIFLESSO ROSSO							
Implementazione dello screening oculare del riflesso rosso attraverso la realizzazione di attività di formazione e percorsi integrati tra Clinica Oculistica e Neonatologia e T.I.N dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, Pediatria e Nido dell'Ospedale di Vaio USL di Parma e Pediatria di Libera Scelta del territorio, finalizzati alla corretta esecuzione e alla piena realizzazione dello screening secondo quanto previsto dal piano regionale della prevenzione 2015-2018 e il Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018.			Sono stati organizzati tre incontri-corsi di formazione provinciali per Pediatri ospedalieri e Pediatri di libera scelta in collaborazione con il reparto di Neonatologia e la Clinica oculistica dell'azienda Ospedaliera di Parma per implementare lo screening del riflesso rosso e fornire le adeguate conoscenze per la corretta realizzazione dell'esame. Il primo si è svolto a Fidenza, il secondo a Parma, il terzo a Borgotaro, in tre sedi diverse per raggiungere tutte le realtà pediatriche provinciali. E' stato quindi illustrato e iniziato un percorso per i neonati che a seguito della valutazione del riflesso rosso abbiano necessità visite di II livello presso la Clinica Oculistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Piano Nazionale Prevenzione (pag 30-31.). Piano Regionale Prevenzione.					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza eventi formativi integrati		U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.7.2.3	Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale – Modifica protocollo interno screening metabolico							
Descrizione			Rendicontazione						
Modifica del protocollo interno di esecuzione degli screening metabolici alla luce delle modifiche delle procedure di richiamo nel sistema regionale.			E' stato rivisto il protocollo di realizzazione dello screening metabolico presso il Nido di Vaio alla luce di alcuni cambiamenti delle procedure centralizzate recentemente intercorsi. Sono stati interessati medici ed infermieri del reparto. E' stata prodotta evidenza documentale.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Settore	5.7.3	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale...(vd DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER - ALLEGATO B)</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.7.3.1	DGR 830/17 - Lotta all'antibioticoresistenza							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Distribuire ai pediatri di libera scelta i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica. promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillitevincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione. Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (come rilevato tramite il flusso SIVER)</p>			<p>Prosegue il Progetto Proba e la distribuzione dei Kit RAD. Al progetto è legato dal 1/1/2016 un incentivo raggiungibile con il completamento di almeno 50 schede informatizzate, modalità che ha previsto un aggiornamento degli applicativi rispetto al gestionale software ProBA sviluppato con il supporto della Regione, coerentemente con le Linee Guida Regionali per la gestione della faringotonsillite. Si è provveduto alla verifica degli inserimenti sull'applicativo Sole funzionalmente alla trattenuta degli importi corrispondenti nei casi di mancato raggiungimento. Il Tasso di prescrizione antibiotici e rapporto tra prescrizione di amoxicillina/amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica, sono dati con rilevazione a 9 mesi (fonte regionale Insider)</p>						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di RAD per PLS (RAD/anno in funzione del numero degli assistiti)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		100,00		
promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA, num cartelle anno/pls		specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		50,00		
Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,50		1,39		
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica (rispetto 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		74,23%		67,12%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.3.2	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento							
Descrizione			Rendicontazione						
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare			Per quanto riguarda le attività svolte dalla Pediatria di Comunità per la Promozione dell'Allattamento : All'inizio dell'anno si è proceduto a sensibilizzare gli operatori degli ambulatori vaccinali alla corretta raccolta dati. La rilevazione è solo annuale e i dati vengono elaborati a livello regionale. Nel corso dell'anno 2017 la Pediatria di Comunità ha partecipato a tre incontri sulla tematica in questione in collaborazione con il Salute Donna. I dati 2017 sulla percentuale di allattamento sono in fase di elaborazione da parte della Regione e saranno forniti in aprile: dai primi dati ricevuti sembra che per Parma si siano ridotte le percentuali di schede missing e che la sensibilizzazione effettuata abbia migliorato la raccolta dei questionari						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allattamento completo a cinque mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		28,00%				
% allattamento completo a tre mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		52,00%				
% non allattamento a cinque mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		26,00%				
% non allattamento a tre mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		21,00%				
Percentuale di dati mancanti		specifico flusso di riferimento	% <=		10,00%				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.3.3	DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale							
Descrizione			Rendicontazione						

Obiettivo	5.7.3.3	DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale									
<p>La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017- 2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. In particolare, considerato l'impatto del nuovo calendario, per alcune vaccinazioni deve essere garantita l'offerta attiva e gratuita a partire dal 2017, mentre per altre l'offerta sarà implementata nel corso del 2018, fermo restando che i vaccini previsti nel nuovo PNPV 2017-19 sono comunque tutti ricompresi nei nuovi LEA e rappresentano un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.5)</p>				<p>E' stato applicato il Nuovo Calendario Vaccinale a partire dal 1 gennaio 2017.E' stata garantita l'offerta attiva e gratuita di Meningococco B e di varicella ai nuovi nati e Rotavirus a categorie a rischio; inoltre è stata attivata la gratuità per Rotavirus e varicella a richiesta degli utenti. I dati sulla copertura vaccinale HPV delle ragazze 2006 e per Meningococco B nel primo anno non sono ancora stati elaborati dalla Regione. Si segnala che i criteri sull'obbligo sono cambiati e MPR è diventata obbligatoria</p>							
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale			
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%							
copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%							
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (al 24 mese)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,80%					
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza (MPR)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		92,80%					

Sub-Area	5.8	Percorsi di salute per la popolazione immigrata
-----------------	------------	--

Settore	5.8.1	Quadro generale
----------------	--------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

La popolazione immigrata irregolare ed irregolarmente presente nella nostra trova nei servizi sanitari dell'azienda in generale e nello Spazio Salute Immigrati, in particolare, importanti punti di riferimento; nel corso del 2016 le persone che si sono rivolte al citato Servizio sono state, 1782 di cui richiedenti protezione internazionale 1227, non regolarmente presenti 190. Permane, tuttavia, una difficoltà da parte di un gran numero di utenza straniera, con particolare riferimento agli immigrati di recente arrivo, inseriti in centri di accoglienza (accoglienza SPRAR, CAS) a rivolgersi adeguatamente e consapevolmente alle offerte dei servizi aziendali e ad ottenere pari opportunità di cura e di prevenzione nelle loro diverse articolazioni.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.8.1.1	Promozione della salute			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.8.1.1	Promozione della salute	<p>Per limitare i rischi potenziali di iniquità si ritiene di proporre una azione di incontro per informazione e formazione, da rivolgere agli Operatori delle sedi di accoglienza ci cui sopra ed agli ospiti delle stesse, con l'obiettivo di promuovere la conoscenza delle varie opportunità di cura offerte dai vari servizi aziendali (funzione di orientamento) tale da migliorare l'accessibilità/fruibilità dei servizi e migliorare la appropriatezza della domanda sanitaria, la capacità di autopromozione della salute (in ottica di empowerment del paziente e di orientamento secondo il modello di Health Literacy, a fronte di utenza ove la conoscenza del modello sanitario e lo stesso concetto di malattia non sono adeguati).</p> <p>La attività ambulatoriale che trova attuazione presso lo Spazio Salute Immigrati si rivolge a persone che presentano posizioni differenti nel confronto del SSN: gli ingressi, che hanno avuto accesso al Servizio almeno una volta nell'anno 2017, sono stati di 1241 persone nel primo semestre e 556 nel secondo semestre (totale 1797). Di queste 1242 (562 per la prima volta – 45,25%) erano viste nell'ambito della accoglienza migranti (Mare Nostrum/Triton): tutti i nuovi ingressi sono stati sottoposti all'accoglienza Infermieristica ed Educazione Sanitaria e a Visita Medica di inquadramento sanitario e screening patologia infettiva. A partire dal mese di giugno inoltre il Servizio si è trovato ad affrontare una riduzione delle risorse di personale Medico. L'anno in corso si è caratterizzato per lo spostamento dell'inizio dell'azione sanitaria presso l'HUB di Baganzola (presenza di un Medico e di un Infermiere nella sede HUB stessa) e per la presentazione al Servizio SSI di persone in uscita da percorsi completati od interrotti presso CAS e SPRAR prevalentemente della Ns provincia, ma anche di territori ad essa esterni. Per quanto riguarda la prima affermazione, si precisa che lo sforzo di coordinamento e di integrazione, in una linea di azione continua delle diverse sedi sanitarie e nei successivi tempi, ha comportato notevole fatica e disagio, solo parzialmente coronato da successo, rimane conseguentemente margine per completamento dell'integrazione. Per quanto riguarda la seconda affermazione si sottolinea che la nuova modalità di presentazione si accompagna sovente a difficoltà prodotte da dispersione territoriale, mancanza di riferimento nell'associazionismo di settore e soprattutto, nel caso non infrequente dei c.d. diniegati, nel passaggio a forme di maggiore sofferenza fino alla clandestinità. Il rischio di dispersione territoriale è altresì aumentato dalla nuova procedura, recentemente normata, che assegna codice fiscale e conseguente attribuzione di Medico di Medicina Generale sin dal momento della richiesta asilo. Si aggiunge a tutto ciò che nella fase finale dell'anno 2017 una riduzione del ricambio degli arrivi al Centro HUB di Baganzola, per il nuovo assetto dei percorsi migratori, a seguito di nuovi accordi internazionali. Siamo stati pertanto impegnati a fronteggiare tali nuove condizioni di operatività con interventi mirati di educazione sanitaria e legale, in collaborazione con CIAC_ONLUS, ispirati ai modelli della Health Literacy e Legal Literacy.</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri di informazione-formazione con Operatori e Immigrati	Verbali incontro c/o Casa della Salute		Numero >=		5,00	32,00	42,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.8.1.2	Attività assistenziale e di osservatorio epidemiologico							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Presso l'Ausl di Parma, al fine di garantire accessibilità a tutti i cittadini stranieri non iscrivibili al SSN o con difficoltà ad orientarsi adeguatamente nella rete dei servizi o parte di gruppi vulnerabili, sono già attivi ambulatori distrettuali dedicati che funzionano da filtro e da primo accesso alla rete assistenziale. In queste strutture gran parte dell'attività è finalizzata all'assistenza di medicina di base, educazione sanitaria, alla prevenzione ed a sorveglianza infettivologica.</p> <p>Le attività assistenziali e quelle dell'osservatorio epidemiologico servono anche per meglio orientare le azioni di promozioni della salute sulle criticità osservate. Gli obiettivi proposti nell'anno 2017 sono il consolidamento dell'attività nella sede distrettuale di Parma, che è maggiormente esposta al flusso di arrivi in continuo incremento (obiettivi operativi sono: l'inquadramento sanitario, la acquisizione di una competenza sanitaria personale e di stili di vita salutari, la prevenzione attiva delle malattie diffuse prevenibili, favorire l'emergenza di fragilità e documentare situazioni di tortura). Un focus particolare per l'anno 2017 lo screening dei casi di ITBL e trattamento del caso; screening dei casi di infestazione da Schistosoma e trattamento del caso.</p>			<p>Nel corso dell'anno 2017 sono proseguite le azioni cliniche come programmate, si è inoltre proceduto a dare attuazione alla integrazione con le azioni sanitarie di inquadramento avviate presso l'HUB di Baganzola (presenza di un Medico e di un Infermiere nella sede HUB stessa). Dal 1 gennaio 2017 al 31 Dicembre 2017 sono stati osservati presso lo Spazio Salute Immigrati 1797 soggetti di cui la maggioranza di sesso maschile. La sorveglianza epidemiologica ha permesso di diagnosticare le seguenti patologie infettive: pregressa infezione da spirocheta p. (19 soggetti), Infezione da HBV (78 soggetti), Infezione da HCV (11 soggetti), infezione da HIV (15 soggetti), TST effettuati 277, TST positivi 136 (solo 2 non si sono presentati per la lettura, 5 infezioni non probabile e 7 in attesa di risposta al test di stimolazione linfocitaria). Le persone osservate hanno richiesto mediazione culturale nel 55% dei casi, nel restante 45% dei casi sono state raggiunte in lingua veicolare europea.</p> <p>Nel corso dell'anno si sono individuate 480 persone portatrici di fragilità sanitaria e/o psico-sociale (dato ancora preliminare), inviate a presa in carico o trattenute in carico per sostegno psicologico. Si aggiungono a tali azioni gli incontri programmati, organizzati a favore della popolazione migrante di recente ingresso in Italia e ancora residente nei Centri di Accoglienza Straordinaria o SPRAR, aventi l'obiettivo di dare completezza alle attività informative/educative rivolte a tale popolazione e a migliorare la capacità individuale di autopromozione del benessere e le capacità di interazione con il SSI.</p> <p>Al fine di potenziare le capacità e le conoscenze degli operatori stessi a fronte di questo nuovo impiego, nel primo semestre 2017 si è programmata ed organizzata una attività formativa ad hoc (due incontri di programmazione) di concerto con il Privato di Settore (CIAC).</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. prestazioni/n. persone in carico		cartelle cliniche	Numero >=	1,50	2,00	1,80	2,50	100,00%	
N. inquadramenti sanitari/n. nuovi arrivi del periodo di riferimento		cartelle cliniche	% >=	70,00%	70,00%	72,00%	92,00%	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.8.1.3	Presa in carico e cura di vittime di tortura							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.8.1.3	Presenza in carico e cura di vittime di tortura	<p>L'AUSL di Parma ha confermato, nel 2016, un protocollo d'intesa con l'associazione di accoglienza di vittime di tortura (CIAC Onlus) che opera sul nostro territorio al fine di costituire un coordinamento socio-sanitario composto da specialisti di vari discipline (sociale e sanitario). Si propone anche per il 2017 di continuare l'attività di sostegno e di presa in carico delle vittime di tortura attraverso due sostanziali linee di indirizzo: il consolidamento del Centro quale punto di riferimento per nuovi casi e il monitoraggio e l'assistenza dei casi già in carico al fine di un più puntuale loro orientamento ai fini di un recupero bio-psico-sociale.</p> <p>Dal 1 gennaio 2017 al 31 Dicembre 2017, sono stati osservati, presso lo Spazio Salute Immigrati circa 1797 soggetti di cui 1242 rifugiati o richiedenti asilo politico (320 presentati per la prima volta). A seguito della rilevazione specificamente attivata nel corso dell'anno sono state individuati 84 soggetti che sono risultati essere vittime di tortura/tratta (dato preliminare). L'attività del coordinamento socio-sanitario ha permesso di assistere in modo integrato alcuni di questi pazienti; tutti hanno ricevuto assistenza diretta o invio a specifico trattamento.</p>						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. certificazioni		salute immigrati	Numero >=	25,00	50,00	28,00	81,00	100,00%	

Sub-Area	5.9	<u>SANITA' PENITENZIARIA</u>
-----------------	------------	-------------------------------------

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

I provvedimenti normativi contenuti nel DPCM 01.04.2008 e i successivi atti regionali hanno disegnato il nuovo assetto dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari, funzione ora a pieno titolo esercitata dal servizio Sanitario Regionale. La DGR 588/2014 definisce la Casa di promozione e tutela della salute in carcere come un presidio dell'AUSL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dall'accesso, attraverso la collaborazione dei professionisti e la condivisione dei percorsi assistenziali. I conseguenti atti regionali ed aziendali richiedono ora la realizzazione di interventi riorganizzativi che traducano in operatività le indicazioni programmatiche.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

Obiettivo	5.9.1.1	Qualità delle cure
------------------	----------------	---------------------------

Descrizione	Rendicontazione
Sulla base delle indicazioni regionali e della programmazione locale si rende necessario procedere con azioni di consolidamento dell'organizzazione, finalizzate a garantire la qualità dell'assistenza, basata su interventi interdisciplinari ed integrati al fine di perseguire una maggiore appropriatezza della prescrizione farmaceutica e specialistica.	Si è dato seguito e consolidate le azioni della Deliberazione aziendale 309/2014 che prevede la riorganizzazione dei servizi sanitari .

Obiettivi Performance	Riferimento Normativo	DGR 314/09, DPCM 01.04.2008, DGR10135/11 Circolare RER n. 15 2013 Deliberazione 309 14
------------------------------	------------------------------	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Attività equipe integrata	Relazione Responsabile UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Settore	5.9.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER		
		Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Nel percorso di sviluppo delle “Case di promozione e tutela della salute in carcere”, presidio delle Aziende USL all’interno degli Istituti penitenziari, analoghe alle Case della salute territoriali, le Aziende sanitarie devono garantire la tutela della salute alle persone detenute secondo le linee guida regionali, in particolare dando attuazione al programma regionale di sanità penitenziaria (DGR n. 588/14). Per l’anno 2017, dovrà essere posta, ulteriormente, particolare attenzione alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria).</p>				
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1
Obiettivo	5.9.2.1	DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere		
Descrizione			Rendicontazione	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.9.2.1	DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere			
<p>Per il 2017 si segnalano i seguenti specifici obiettivi, riferiti ad aspetti organizzativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carta servizi: predisposizione della carta dei servizi per la sanità penitenziaria in tutte le Aziende USL - Attuazione Protocollo prevenzione rischio suicidario - effettuazione screening HIV - Piena valorizzazione nella cartella clinica informatizzata delle diagnosi e delle terapie - Pianificazione di interventi di prevenzione e promozione della salute - Utilizzo del tablet per la somministrazione farmacologica, comprensivo della prescrizione della terapia tramite la cartella SISP 			<p>Carta dei Servizi : è stata predisposta la Carta dei Servizi, pubblicata sul sito aziendale, in uso presso il carcere e distribuita ad ogni nuovo giunto.</p> <p>' E' attuto il protocollo locale tra AUSL di Parma e Il.PP. di Parma sulla prevenzione del rischio suicidario, recepito con deliberazione n. 937 del 30/12/2015 .</p> <p>Test di screening HIV : la percentuale di soggetti a cui è stato prescritto test HIV sui nuovi giunti risulta essere del 85.7% (su 462 nuovi giunti è stato prescritto e erogato a 396 soggetti). Si rileva però che , a fronte della prescrizione ed erogazione dell'esame, non sempre corrisponde la relativa registrazione nell'apposito spazio della cartella SISP: dal momento che il programma calcola solo a chi è stata erogata la prescrizione nella cartella SISPER (compilato l'apposito spazio) si rileva che solo su 235 soggetti su 462 nuovi giunti nell'anno 2017 è stato effettuato l'esame, registrando una prevalenza di 50.8%. La discrepanza rilevata tra l'effettiva erogazione e quanto registrato è pertanto data dal fatto che a chi è stato prescritto l'esame, anche se erogato non è stato registrato nell'apposito spazio di cartella SISP.</p> <p>' Uso della cartella clinica informatizzata sia nella parte del diario clinico della visita sia nell'inserimento della diagnosi e delle terapie</p> <p>Con la scadenza del contratto dei promotori della salute a far tempo dal 30/09 , si è deciso di affidare l'attività di promozione della salute agli infermieri del servizio. E' in progmmama una formazione specifica di promozione alla salute per tali figure professionali al fine dello svolgimento delle attività di seguito riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> . attività di accoglienza ai nuovi giunti attraverso colloqui individuali o di gruppo . colloqui a sportello all'interno delle sezioni . attività di gruppo : su tossicodipendenza con Betania , sulla scuola con l'Istituto Scolastico che entra in carcere, . gruppi di educazione sanitaria tematici : prevenzione malattie infettive, educazione alimentare, igiene personale ed ambiente e su igiene dentale . gruppo di educazione motoria sui pazienti paraplegici <p>' E' stata fatta formazione a tutto il personale infermieristico sull'utilizzo del tablet, sono stati acquisiti 10 tablet . L'uso del tablet è attivo in tutte le aree detentive ad eccezione del settore 41 bis per il sta aspettando d'auotirzzazion della direzione degli IIPP.</p>		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

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

Sub-Area	5.10	Psicologia Clinica e di Comunità
-----------------	-------------	---

Settore	5.10.1	Quadro Generale
----------------	---------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Applicazione della organizzazione della delibera della UOC per le afferenze dirette degli psicologi .
Presentazione piano della organizzazione alla DS .

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

Obiettivo	5.10.1.1	Gruppo miglioramento							
------------------	-----------------	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione			Rendicontazione						
Gruppo di miglioramento per la mappatura degli interventi psicologici-clinici attivi nei servizi aziendali .			Si è costituito il gruppo di lavoro per la mappatura degli interventi psicoterapici nei diversi servizi.E' stato predisposto un questionario di rilevazione.Il gruppo di lavoro ha elaborato i risultati del questionario presentati al seminario del 18-12-2017						

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013					
------------------------------	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Verbali incontri in atti presso UOC Psicologia Clinica	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
------------------------	---	--------------------------------	------------------	-----	-------------------------------	--	--	--	--

Obiettivo	5.10.1.2	implementazione integrazione psicologi -sociale							
------------------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione			Rendicontazione						
Strutturare i incarichi per gli psicologi all'interno delle UO NPJA per l'integrazione delle attività previste dalle DGR regionali con i servizi sociali.			Sono stati deliberati 6 nuovi IAS (incarichi ad alta specializzazione) di cui 4 per l'integrazione socio-sanitaria.Conferiti gli incarichi e predisposti gli interventi nell'area dell'integrazione.						

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013					
------------------------------	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Area	6	PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI		
Sub-Area	6.1	Il Sistema Informativo a supporto della programmazione		
Settore	6.1.1	Azioni di consolidamento		
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<p>Le azioni di sistema informativo da mettere in atto nel corso del 2017 consisteranno da un lato nel consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e dall'altro nello sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. La disponibilità dei dati, nei formati e tempi stabiliti dagli organi di controllo e coordinamento regionale e nazionale, garantisce una migliore attività di programmazione.</p>				
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance 2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.1.1.1	DGR 1003 - Sistema informativo regionale - rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS		
Descrizione			Rendicontazione	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.1	DGR 1003 - Sistema informativo regionale - rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS							
<p>Priorità che derivano da modifiche delle norme nazionali, come l'implementazione della nuova SDO, che si modifica per decreto nazionale a partire dal 2017, e che sarà l'occasione per reingegnerizzare i processi di gestione del flusso e ritorno informativo, primo esempio di un percorso che progressivamente coinvolgerà altri flussi.</p> <p>Per l'anagrafe delle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate ed accreditate sarà rivolta una particolare attenzione, alla luce della revisione in atto sulla normativa su autorizzazione ed accreditamento. Per la valutazione degli obiettivi saranno monitorate tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS: SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, FAR, Salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche e SIRCO. Inoltre sul flusso PS e 118 sarà richiesto il miglioramento della qualità del dato. L'obiettivo è dunque il mantenimento e miglioramento della qualità e tempestività del flusso informativo e rispetto delle scadenze per tutti i flussi informativi regionali dell'area sanitaria e sociosanitaria. L'attività comporta l'eventuale adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali e la traduzione delle azioni in attività tecniche del Servizio RIT. In particolare per il 2017 è prevista, in stretta collaborazione con i referenti organizzativi dei flussi e con il controllo di gestione, l'attivazione di nuovi flussi quali FCDC-FECS e Database Oncologico e l'attivazione e il monitoraggio delle modifiche definite nel corso del 2016 e attive dal 1 gennaio 2017 sui flussi SDO, ASA, FED, SIGLA, SICHER, Pronto Soccorso, ADI. Particolare attenzione deve essere rivolta al miglioramento dei flussi ADI-NAD, PCC e 730, Registro diabete con azioni approntate ad una maggiore autonomia di gestione e controllo da parte dei referenti organizzativi del flusso.</p>			<p>Le attività si sono svolte in coerenza con i fabbisogni e le tempistiche indicati dai livelli ministeriali, regionali, di AVEN e aziendali.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS	RIT		% >=		90,00%		90,00%		

Sub-Area	6.2	Il Sistema Informatico Aziendale
-----------------	------------	---

Settore	6.2.1	Obiettivi 2017
----------------	--------------	-----------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

Obiettivo	6.2.1.1	Azioni di sviluppo
------------------	----------------	---------------------------

Descrizione	Rendicontazione
Le azioni di sviluppo del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci indicate nella sezione tecnologie informatiche .	Nel corso del primo semestre sono stati revisionati tutti i contratti di manutenzione in essere, stabilendo omogenee condizioni contrattuali ed effettuando la ricognizione dei prodotti. Sono stati formalizzati i contratti e sono stati emessi gli ordini relativamente ai canoni. Per quello che riguarda le manutenzioni evolutive a consumo è stata introdotta la procedura di gestione delle proposte d'ordine EUSIS richieste, opportunamente codificata.

Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 2.3 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale
------------------------------	--------------	--	------------------------------	---

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite i seguenti indice: importo spese sostenute/importo spese presenti nelle voci sopra indicate del Piano triennale degli investimenti 2016 - 2018	Piano degli investimenti 2016 -2018 e Registro fatture passive	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

Obiettivo	6.2.1.2	Azioni di consolidamento
------------------	----------------	---------------------------------

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.2	Azioni di consolidamento							
Le azioni di consolidamento del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci nella sezione tecnologie informatiche con particolare riferimento alla voce 2013/20-3			Le attività di consolidamento e gestione delle procedure si sono svolte in linea con la pianificazione aziendale e regionale						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 1.1 Obiettivi di mandato della Direzione generale					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite il seguente indice: importo spese sostenute/importo spese presenti nelle voci sopra indicate del Piano triennale degli investimenti 2016 - 2018		Piano degli investimenti 2016 -2018 e Registro fatture passive	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	90,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.3	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) - Software GRU							
Descrizione			Rendicontazione						
La programmazione del 2017 prevede lo svolgimento delle attività propedeutiche all'avviamento della soluzione regionale, con particolare attenzione alle attività a loro associate con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.			Le attività informatiche a supporto dei referenti GRU aziendali si sono svolte regolarmente						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo		Relazione RIT	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.4	DGR 1003 -Information Communication Tecnology (ICT) - Realizzazione Software per GAAC							
Descrizione			Rendicontazione						
La programmazione del 2017 prevede lo svolgimento delle attività propedeutiche all'avviamento della soluzione regionale, con particolare attenzione alle attività a loro associate con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.			Le attività informatiche a supporto dei referenti GAAC aziendali si sono svolte regolarmente						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	Atti RIT		% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.5	DGR 1003 - Information Communication Tecnology (ICT) -Diffusione SSI a tutti i MMG							
Descrizione			Rendicontazione						
La Regione Emilia-Romagna prosegue con la realizzazione della nuova Scheda Sanitaria Individuale (SSI) terminando la fase di sperimentazione da parte dei MMG ed iniziando la fase di diffusione su tutti i medici convenzionati. La diffusione della SSI su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario di legislatura che impegna, accanto ai servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale), tutte le Aziende e la società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività cooperative di formazione, conversione dati e affiancamento ai professionisti medici. Particolare impegno è richiesto ai Dipartimenti Cure Primarie che dovranno contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i rispettivi Nuclei di Cure Primarie. L'obiettivo di copertura sarà almeno il 50% entro il 31/12/2016; in tal modo si potrà dare avvio alla manutenzione dello stesso applicativo riducendo i costi di manutenzione complessiva.			Le attività informatiche a supporto dei referenti SSI aziendali si sono svolte regolarmente						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.5	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) -Diffusione SSI a tutti i MMG							
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% MMG con installazione SSI/MMG convenzionati		specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		70,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.6	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) - applicativo ARA							
Descrizione			Rendicontazione						
Obiettivo del 2017 è l'avviamento della procedura in Azienda USL di Parma, previsto per il 18 marzo 2017			Il sistema regioanle è stato avviato secondo le tempistiche previste						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto tempistiche come da pianificazione definita		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.7	DGE 1003 - Information Communication Technology (ICT) - Software per il sistema trasfusionale regionale							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2016 verrà aggiudicato il bando del software unico per il sistema trasfusionale regionale. Le Aziende devono garantire il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate.			NA						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.7	DGE 1003 - Information Communication Technology (ICT) - Software per il sistema trasfusionale regionale							
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle tempistiche relative all'adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.8	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) - Ricetta Dematerializzata							
Descrizione	L'adempimento al D.Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni continua nella pianificazione 2017 con il completamento dell'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica. Le Aziende devono continuare a garantire l'adeguamento di tutti i software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente. Nel corso del 2017 dovranno essere effettuate valutazioni ed eventualmente sviluppi in relazione alle indicazioni del nuovo documento dei LEA, in coordinamento con il Responsabile Unico dell'Offerta provinciale e le indicazioni regionali		Rendicontazione	I software aziendali risultano pienamente rispondenti alle specifiche ministeriali e regionali. Sono in corso le valutazioni degli interventi che consentiranno l'applicazione dei nuovi LEA					
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% utilizzo del software di prescrizione dema da parte dei medici specialisti aziendali		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.9	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) - FSE							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.9	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) - FSE							
Le attività di diffusione del Fascicolo continuano attraverso accordi con le associazioni e la possibilità dell'utilizzo dell'identità digitale previo accordi con Poste Italiane, Federa e SPID. Le Aziende devono adattare i loro software all'utilizzo dei nuovi consensi e collaborare alla promozione di azioni rivolte alla diffusione del FSE. Inoltre devono garantire l'offerta di documenti sanitari e amministrativi e di prestazioni prenotabili online nel FSE in modo da corrispondere per tipologia ad un livello regionale minimo, sulla base delle indicazioni fornite dai competenti servizi regionali, nel rispetto di quanto previsto nel DPCM 178/2015. Le agende di prenotazione online devono essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali garantendo così al cittadino la possibilità di utilizzare in pieno le funzionalità offerte dai vari canali multimediali (APP, CUPWEB, FSE, ...).			Le attività informatiche a supporto dei referenti FSE aziendali si sono svolte regolarmente						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornitedal DPCM 178/2015	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.10	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) - Dematerializzazione ordini e documenti di trasporto							
Descrizione			Rendicontazione						
La fase di dematerializzazione delle fatture continua anche per il 2017 con l'attuazione del decreto legge n.55 del 3 aprile 2013 e decreto legge n.66 del 24 aprile 2014. Sarà fornito alle aziende il supporto necessario per gli adeguamenti normativi relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e sui Documenti di Trasporto.			Le attività informatiche a supporto dei referenti aziendali si sono svolte regolarmente.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.10	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) - Dematerializzazione ordini e documenti di trasporto							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter relative alla fase 2		Atti RIT	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.11	DGR 1003 - Information Communication Technology (ICT) - perfezionamento dei Sistema SIGLA							
Descrizione			Rendicontazione						
La programmazione del 2017 prevede il perfezionamento dei Sistema SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa per i ricoveri programmati – con l'obiettivo di realizzare un sistema di gestione delle liste di attesa dei ricoveri come indicato nel DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, pag.24			Le attività informatiche a supporto dei referenti aziendali sono in corso al fine di rispondere nei tempi e modi previsti alle esigenze di rendicontazione informativa regionale.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa		Documenti RIT	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	6.2.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel mandato della attuale legislatura, il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.1	DGR 830/17 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti							
Descrizione			Rendicontazione						
Piattaforme Logistiche: Nel corso del 2017 le aziende dovranno garantire il livello di informazione necessaria al livello regionale, attraverso la definizione condivisa di parametri tecnici-economici delle attività di gestione magazzino, al fine di un monitoraggio comparativo sistematico tra le piattaforme logistiche stesse in termini sia di economicità sia di efficacia delle soluzioni. Le Aziende di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) dovranno proporre il progetto di pre-fattibilità tecnico economico del magazzino unico. Le Aziende sanitarie saranno chiamate a collaborare fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.			Le attività si sono svolte in coerenza con i fabbisogni e le tempistiche indicati dai livelli ministeriali, regionali, di AVEN e aziendali. L'Azienda USL di Parma, per mezzo dei referenti aziendali, ha fornito i dati richiesti.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.2.2.2	DGR 830/17 - Information Communication Tecnology (ICT)						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.2	DGR 830/17 - Information Communication Tecnology (ICT)							
<p>Realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativo-contabile (GAAC), con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2018; Prosecuzione dell'attività di messa a regime del nuovo software GRU sull'intero territorio (fase 2 Aziende AVEN); FSE:Le Aziende entro il 31/12/2017 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG7PLS , offerta prenotazioni online, pagamenti online; Dematerializzazione delle prescrizioni: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento; Anagrafe Regionale Assistiti (ARA): migrare o integrare i vari applicativi aziendali Anagrafi Assistiti rispettando la pianificazione concordata con nota regionale del 1 marzo 2016 PG/2016/0136021</p>			<p>Le attività si sono svolte in coerenza con i fabbisogni e le tempistiche indicati dai livelli ministeriali, regionali, di AVEN e aziendali. Il Servizio RIT ha fornito l'adeguato supporto ai referenti aziendali e regionali nelle fasi esecutive dei progetti GRU e GAAC. Sono stati commissionati e sono in corso di sviluppo gli adeguamenti software per l'invio della documentazione a FSE, secondo quanto indicato nel file xls di rendicontazione delle scadenze inviato al referente ICT regionale. E' stato avviato in produzione nel rispetto delle scadenze regionali il software ARA. Il software di prescrizione unico provinciale è completamente aderente ai requisiti normativi e sono in corso di valutazione gli adeguamenti relativi ai nuovi LEA.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
% di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate in ASA		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		0,00%		
Rispetto tempistiche come da pianificazione definita		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.3	DGR 830/17 - Sistema informativo							
Descrizione			Rendicontazione						
All'inizio del 2017 si è dato l'avvio alla riorganizzazione dei sistemi informativi i cui scopi principali sono lo sviluppo di un dataware house esteso a tutti i flussi di dati e la realizzazione di un sistema di reportistica (portale) che risponda ad ogni livello di committenza (regionale, territoriale, ospedaliero etc.) sia negli ambiti sanitari che a quelli socio-sanitari e sociali ; Nuovo tracciato SDO;			Le attività si sono svolte in coerenza con i fabbisogni e le tempistiche indicati dai livelli ministeriali, regionali, di AVEN e aziendali. Il datawarehouse aziendale è in continuo popolamento e aggiornamento rispetto allo stato dei flussi informativi regionali.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi			Riferimento Normativo				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% prenotazioni (disponibili in SIGLA) con data prenotazione coerente alla data di prenotazione presente in SDO		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		90,00%		
Presenza di tutti gli interventi programmati erogati		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		85,00%		
valorizzazione del codice nosologico degli interventi erogati		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Nr. Segnalazioni per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie		specifico flusso di riferimento	% <=		1,00%		0,00%		

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

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

Sub-Area	6.3	ACCREDITAMENTO E QUALITA'
-----------------	------------	----------------------------------

Settore	6.3.1	DGR 1003 del 28-02-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Con atto deliberativo di Giunta Regionale n. 1604 del 26.10.2015 avente per oggetto il "Recepimento Intesa, ai sensi dell'art.8, della legge 5 giugno 2003 n.131, tra Governo, le Regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie", la Regione Emilia-Romagna recepisce il modello che si dovrà sviluppare secondo le tempistiche contenute in allegato A al documento stesso. L'Azienda quindi dovrà prevedere operativamente l'adeguamento ai nuovi criteri/requisiti negli anni 2016, 2017 e primo semestre 2018. Nel percorso di avvicinamento ai criteri/requisiti si ipotizzano i seguenti sotto-obiettivi: 1) Autovalutazione Az.le/Dip./UOC/Uffici di Staff per confermare lo stato del sistema qualità aziendale al tempo zero rispetto al nuovo modello; 2) Attività formativa, sul nuovo modello, rivolta ad ogni articolazione dipartimentale; 3) Audit organizzativi interni nel corso dell'adeguamento al nuovo modello previa pianificazione e calendarizzazione degli stessi; 4) Affiancamento nella predisposizione documentale; 5) Sviluppo del rapporto di ascolto e del coinvolgimento del cittadino.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

Obiettivo	6.3.1.1	Supporto alla attività di preparazione alle verifiche di accreditamento istituzionale
------------------	----------------	--

Descrizione		Rendicontazione		
Attività di consulenza e supporto alle Strutture che si trovano in fase di preparazione all'accreditamento istituzionale. Nello specifico il 2017 sarà prettamente focalizzato sul Dipartimento Cure Primarie ed il Dipartimento di Sanità Pubblica.		Dipartimento Cure Primarie. A partire da gennaio 2017, sono stati pianificati e portati a termine momenti di incontro strutturati con le Direzioni dei DCP, in condivisione con i quattro gruppi di lavoro, per portare a termine le evidenze documentali necessarie all'adeguamento dei requisiti generali così come previsto dal modello di accreditamento istituzionale definito dalla DGR 1604/15). il tempogramma annuale concordato con i professionisti coinvolti prevede a partire dall'ultimo trimestre 2017, l'adeguamento ai requisiti specifici, così come previsto dalla DGR 327/04. Dipartimento di Sanità Pubblica. sono state effettuate attività di audit presso il Dipartimento di Sanità Pubblica (8/9/10 maggio 2017), in funzione della visita di accreditamento istituzionale avvenuta nelle giornate del 23/24 e 25 maggio u.s. oggetto di Audit interno sono stati i seguenti servizi: ADSPV, SIAN, SPASAL, UOIA, MEDICINA DELLO SPORT. Le strutture sono state valutate prioritariamente per monitorare e registrare il grado di condivisione dei processi così come richiesto dal sistema qualità, sia per quanto attiene l'adeguamento ai requisiti generali, che per quanto attiene agli specifici, previsti dal modello di accreditamento istituzionale (DGR 327/04). Rendicontazione al 31/12/2017. Adeguamento ai requisiti generali e specifici del DCP: proseguono le fasi di avanzamento ai requisiti (generali e specifici) per l'inoltro della domanda nell'anno 2018. La domanda così come indicato dalla DGR 1943 del 04/12/2017, seguirà le nuove modalità ed i nuovi criteri.		
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	Linee guida regionali "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino" - Piano Sanitario e Sociale Regionale (parte V, capitolo III "Comunicazione e Partecipazione")

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.3.1.1	Supporto alla attività di preparazione alle verifiche di accreditamento istituzionale							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adeguamento ai requisiti generali da parte del DCP entro il 30/06/2017 per il DCP		Verbali di audit	Si/No =		Si	Si	Si		
Adeguamento ai requisiti specifici da parte del DCP entro il 31/12/2017		Verbale di audit	Si/No =		Si	No	Si		
Almeno un Audit organizzativo sul DSP prima della verifica		Verbali di audit	Si/No =		Si	Si	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.2	Sviluppo del rapporto di ascolto e coinvolgimento del cittadino							
Descrizione			Rendicontazione						
	In riferimento alle Linee Guida regionali sul tema in oggetto, l'azienda ha elaborato un proprio "programma triennale" per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino (2015-2017). Il programma risponde alla necessità di mettere a sistema differenti strumenti di dialogo con i cittadini/utenti. Il programma oltre che essere una dovuta applicazione delle Linee Guida regionali è parte integrante dei nuovi criteri/requisiti per l'accreditamento istituzionale contenuti nel documento tecnico di cui all'intesa Stato - Regioni.		Progetto aziendale per l'ascolto ed il coinvolgimento del cittadino/utente. Dei dieci progetti previsti per l'anno 2017, al 30/06/2017 ne sono stati realizzati 6. è previsto per settembre/ottobre 2017, un incontro con il tavolo aziendale per monitorare l'andamento delle attività pianificate e progettare nuove azioni per l'anno 2018. Per quanto attiene la relizzazione di ACIC/PACIC ad oggi è stato effettuato il monitoraggio di un percorso, entro il 31/12/2017 è previsto il secondo. Rendicontazione Al 31/12/2017. Progetto di ascolto e coinvolgimento del cittadino/utente: in data 19 dicembre u.s. è stato effettuato un incontro con il gruppo di lavoro misto (operatori e civici), al fine di condividere e rendicontare le iniziative svolte nell'anno 2017. Monitoraggio percorso gestione integrata del diabete (ACIC e PACIC): entrambi gli strumenti sono stati applicati presso quattro CdS aziendali - S.Secondo; Medesano; Colorno e Langhirano. per quanto attiene lo strumento ACIC oltre ai singoli report di sintesi, uno per ciascuna CdS, è stato elaborato un report riassuntivo al fine di parametrare le performance di ognuna rispetto ai diversi punteggi ottenuti. i dati riferiti allo strumento rivolto all'equipe (ACIC) verranno comparati con le risposte dei pazienti (PACIC).						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.2	Sviluppo del rapporto di ascolto e coinvolgimento del cittadino							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.ro di progetti realizzati nel 2017/n.ro tot. progetti attivati nel 2017		Registrazione consulenze	% >=		90,00%	60,00%	90,00%		
Emissione delle procedura aziendale per la garanzia dei diritti dell'utente		Emissione procedura	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Monitoraggio di almeno due percorsi di gestione integrata nell'ottica dell'equipe locale		ACIC	Sì/No		Sì	No	Sì		
Monitoraggio di almeno due percorsi di gestione integrata nell'ottica dell'utente		PACIC	Sì/No		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.3	Governo delle azioni di miglioramento tramite un programma aziendale caratterizzato da un controllo periodico definito alla qualità associato alla qualità delle prestazioni.							
Descrizione			Rendicontazione						
Stesura di un programma di miglioramento della qualità che includa ruoli e responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti, la diffusione interna delle informazioni, la ricerca delle priorità per il miglioramento.			L'ufficio ha provveduto alla progettazione di un documento denominato "Piano Programma per il miglioramento della qualità", attraverso il quale rendicontare a livello aziendale le attività effettuate, monitorate e registrate nel corso dell'anno 2016, altresì il documento riporta una breve sintesi descrittiva su quanto effettuato nell'ambito del progetto di ascolto del cittadino, così come una puntuale declinazione degli obiettivi previsti per l'anno 2017. A questi sono stati declinati i relativi indicatori, strettamente associati al Piano delle Azioni aziendale ed al Piano della Programmazione regionale sulla base della DGR 1003/16. Rendicontazione al 31/12/2017. In relazione al Piano delle Azioni 2018, uno degli obiettivi dell'Ufficio Qualità è quello di provvedere alla nuova stesura del documento 2018.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Stesura del programma di miglioramento entro il 31/12/2017		Documento prodotto	Sì/No =		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.3.1.4	DGR 1003 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - processo di revisione del modello di accreditamento							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione al processo di revisione del modello di accreditamento, come previsto dalla DGR 1604 del 2015, attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti, ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 dicembre 2012, valutandone il grado di adesione mediante autovalutazioni e audit interni.			l'autovalutazione riguardante l'adeguamento del modello di accreditamento istituzionale alla luce della DGR 1604/2015, è stata condivisa con la Direzione nel 2016. Così come previsto dalla DGR 830 del 2017 a partire dalla stessa, verrà effettuato entro il 31/12/2017 un piano di adeguamento alla luce delle valutazioni ottenute. Rendicontazione al 31/12/2017. L'autovalutazione prodotta è stata propedeutica al fine dei requisiti generali così come definito dalla DGR 1943 del 04/12/2017, al fine dell'inoltro della domanda di rinnovo e di accreditamento, da effettuarsi entro maggio 2018.						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
produzione di un report/relazione di audit di autovalutazione	report		Si/No =		Si	Si	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.3.1.5	DGR 1003 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento							
Descrizione			Rendicontazione						
Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della ASSR, così da garantire la partecipazione alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.			L'ASSR nel mese di aprile 2017 ha effettuato un corso formativo per valutatori regionali inerente l'approfondimento della nuova check list SIAN/SVET riferite all'accreditamento del Dipartimento di Sanità Pubblica. Il personale dell'ufficio altresì, ha partecipato all'evento formativo promosso dall'ASSR riguardante i nuovi requisiti per l'accreditamento istituzionale in base a quanto contenuto nella DGR 1604/2015. Rendicontazione al 31/12/2017. Si conferma il valore raggiunto intermedio.						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	6.3.1.5	DGR 1003 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N.ro di valutatori partecipanti alle attività di verifica/ n.ro di valutatori convocati		Lettera di convocazione	% =		70,00%	90,00%	90,00%			
N.ro di valutatori partecipanti alle attività formative/ N.ro di valutatori convocati		Lettera di convocazione	% =		90,00%	100,00%	100,00%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	6.3.1.6	DGR 1003 - Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA								
Descrizione	Rendicontazione									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.3.1.6	DGR 1003 - Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA			
<p>La Regione Emilia-Romagna, attraverso in particolare il lavoro dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, ha in questi anni sviluppato metodologie e strumenti per supportare il sistema dei servizi all'ascolto e al coinvolgimento dei cittadini e delle comunità. In ogni area vasta sono presenti competenze professionali in grado di utilizzare sia strumenti quantitativi (questionari) sia strumenti qualitativi (focus group e etnografia), oltre che aver prodotto linee guida ed indicazioni metodologiche.</p> <p>Inoltre è attivo dal 2012 un percorso strutturato per l'innovazione nel campo dei processi partecipativi (Community Lab) che ha prodotto le Linee guida "La programmazione locale partecipata per la salute e il benessere sociale" e ha coinvolto diversi territori regionali (e Case della Salute) nella sperimentazione di azioni basate sul coinvolgimento attivo delle comunità per l'individuazione delle priorità e nella co-progettazione partecipata.</p> <p>Dai risultati dell'ultimo monitoraggio delle Case della Salute emerge come la collaborazione con le associazioni di volontariato (es. AVIS, AUSER) sia presente in più del 70% delle 79 CdS funzionanti, e riguardi principalmente attività di informazione e orientamento alle persone che accedono alla Casa della Salute.</p> <p>Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la partecipazione al percorso regionale per l'utilizzo degli strumenti equity oriented ed utilizzare nei setting previsti dai Piani Locali Attuativi riferiti al Piano regionale della Prevenzione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)</p>			<p>A livello aziendale si è conclusa la partecipazione al percorso formativo EqIA gestito dall'ASSR partecipando poi all'incontro di follow realizzato a Bologna in vista della Conferenza sul PRP 2016-2018. Dopo la prima valutazione tramite EqIA realizzata a fine 2016 sul progetto 6.6 (Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche), nel primo trimestre si è realizzata la valutazione sul progetto 6.4 (Interventi di Medicina di iniziativa per adulti con Diabete Mellito) con specifico riguardo al PDTA e linee di indirizzo RER per la gestione del piede diabetico. Si è poi concordato a livello interaziendale (AUSL e AOU) e condiviso con ASSR di sostituire il progetto 4.1 (Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità) con il progetto 3.9 (Alimentazione nell'anziano) al fine di proseguire e consolidare l'approccio interaziendale anche nella prospettiva di EqIA. Nel mese di dicembre 2017 si è conclusa la valutazione tramite EqIA delle nuove linee di indirizzo regionali per l'alimentazione dell'anziano nelle strutture residenziali con buon coinvolgimento dei professionisti delle due Aziende e di un significativo panel di stakeholder esterni.</p>		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.6	DGR 1003 - Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
partecipazione di un gruppo di operatori sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel PRP e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente.		registro presenze	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
valutazione tramite EqIA su almeno 1 progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, ovvero schede 2.8 - 4.1 - 6.6		documenti	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.7	DGR 1003 - Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute 'Community Lab'							
Descrizione			Rendicontazione						
Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale: la partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab') finalizzato all'analisi dei bisogni e all'individuazione delle priorità di intervento per la programmazione e il miglioramento dei servizi.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.48)			Nel primo semestre 2017 i processi di progettazione partecipata hanno consentito l'avvio di azioni programmate a fine 2016 (CdS Colorno con il format "A Colorno la salute è di casa", ciclo di incontri e iniziative con il coinvolgimento di Comune, Istituto comprensivo, Associazioni e Volontariato) e il consolidamento in tutti i Distretti aziendali di iniziative di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento attivo delle popolazioni di riferimento di numerose CdS; si è trattato di iniziative realizzate con vari format, attraverso momenti di condivisione e elaborazione congiunta promossi dall'Azienda con gli stakeholder locali.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab')		registro presenze	Sì/No		No	Sì	Sì		

Settore	6.3.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel corso del 2017 dovrà essere completato il percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione a livello aziendale, anche mediante autovalutazioni ed audit interni. A tal fine si chiede alle aziende di proseguire con le attività di autovalutazione avviate e di predisporre un piano di adeguamento rispetto ai requisiti generali di accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa. Secondo quanto previsto dalla DGR 1604/2015, le strutture già accreditate dovranno presentare domanda di rinnovo secondo le modalità ed i tempi che saranno comunicati in corso d'anno e comunque non prima della definizione delle nuove procedure. Le Aziende sanitarie sono chiamate garantire l'aggiornamento dell'Anagrafe delle strutture autorizzate ed a verificarne la completezza.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.3.2.1	DGR 830/17 - Completamento del percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'intesa del 20/12/2012							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nel corso del 2017 dovrà essere completato il percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione a livello aziendale, anche mediante autovalutazioni ed audit interni. A tal fine si chiede alle aziende di proseguire con le attività di autovalutazione avviate e di predisporre un piano di adeguamento rispetto ai requisiti generali di accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa. Secondo quanto previsto dalla DGR 1604/2015, le strutture già accreditate dovranno presentare domanda di rinnovo secondo le modalità ed i tempi che saranno comunicati in corso d'anno e comunque non prima della definizione delle nuove procedure. Le Aziende sanitarie sono chiamate garantire l'aggiornamento dell'Anagrafe delle strutture autorizzate ed a verificarne la completezza.</p>			<p>1.L'ufficio ha provveduto a stilare un elenco delle Strutture Aziendali che dovranno presentare domanda di accreditamento/rinnovo, non appena terminata la definizione da parte della Regione delle nuove procedure. 2. l'autovalutazione è stata effettuata nel 2016, a partire della stessa verrà effettuato entro il 31/12/2017 un piano di adeguamento alla luce delle valutazioni ottenute.Rendicontazione al 31/12/2017. l'autovalutazione effettuata, in forma propedeutica è stata necessaria al fine della compilazione della domanda di rinnovo di accreditamento delle strutture sanitarie aziendali per l'anno 2018.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Corrispondenza tra anagrafe e strutture che presentano domanda di accreditamento/rinnovo	specifico flusso di riferimento		% >=		80,00%				
Entro 31/12/2017 invio dei piani aziendali di adeguamento ai requisiti generali di Accreditemento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa.	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		

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

Sub-Area	6.4	GOVERNO CLINICO
-----------------	------------	------------------------

Settore	6.4.1	Quadro generale
----------------	--------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Completamento, manutenzione e consolidamento della rete del governo clinico. Percorsi di facilitazione e training degli operatori nei confronti delle metodologie di lavoro del Governo Clinico in tema di valorizzazione del modello dipartimentale, di organizzazione delle attività sanitarie, attraverso la diffusione di modalità di riconoscimento dell'autonomia e di strumenti per l'esercizio della relativa responsabilità.

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

Obiettivo	6.4.1.1	Strumenti per lo studio della sicurezza dei processi lavorativi: Etnografia organizzativa							
------------------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione			Rendicontazione						
Applicazione delle pratiche della etnografia organizzativa nei processi di lavoro, restituzione dei risultati alle organizzazioni e relativo studio dei livelli di sicurezza			Durante il semestre si è proceduto alla restituzione della osservazione etnografica presso il SERT (setting specifico della distribuzione della terapia sostitutiva per pz. Tossicodipendenti) al fine di incrementare la qualità del servizio e migliorare la sicurezza del personale.						

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
------------------------------	-------	---	------------------------------	--	--	--	--	--	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esecuzione delle osservazioni etnografiche	Documentale	Numero =	1,00	3,00	1,00	3,00	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica			
------------------------	---	--	------------------	-----	---	--	--	--

Obiettivo	6.4.1.2	Riqualificazione del sistema di raccolta della produzione scientifica aziendale						
------------------	----------------	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione			Rendicontazione					
Definizione, in collaborazione con il servizio comunicazione, di un percorso di raccolta, tassonomizzazione e pubblicazione su intranet della produzione scientifica della azienda			Proceduto, nel semestre, alla raccolta della produzione che i dipartimenti e le UUOO hanno fatto pervenire all'Unità Operativa Governo Clinico.					

Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo					
------------------------------	-------	-----------------------------------	------------------------------	--	--	--	--	--

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	6.4.1.2	Riqualificazione del sistema di raccolta della produzione scientifica aziendale							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Raccolta sistematica della produzione scientifica ed intellettuale dell'azienda e diffusione dell'utilizzo del relativo sito Intranet		Intranet: banca dati produzione scientifica	Si/No =	No	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.3	DGR 1003 - Sicurezza delle cure - raccomandazione per la sicurezza delle cure e prevenzione cadute							
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente preso in carico da strutture sanitarie e attivare il percorso organizzativo per rendere operativo il monitoraggio di due indicatori di esito (lesioni da pressione e cadute), secondo le modalità definite a livello regionale. Sempre in tema di raccomandazioni dovrà essere assicurata l'applicazione delle azioni per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, tenendo conto degli obblighi connessi al Decreto 2 novembre 2015. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29)			Nel corso del semestre si è tenuto l'audit clinico ordinato dalla regione ed i cui risultati sono in corso di elaborazione dalla regione stessa. Ciò come percorso propedeutico per la preparazione e stesura della nuova procedura per la gestione e prevenzione delle cadute. La nuova procedura per la prevenzione delle reazioni trasfusionali è in fase di diffusione ed applicazione.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo		Documentale	Si/No	No	Si	No	Si	100,00%	
Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure		Documentale	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	
Presenza di specifico documento aziende per ciascuna raccomandazione		Documentale	Si/No	No	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.4	DGR 1003 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri - Rispetto tempistiche							
Descrizione			Rendicontazione						
Sviluppare azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale. La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. Rispetto delle Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, dei requisiti di processo e organizzativi minimi. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri)			Funzionamento del CVS (Comitato Valutazione sinistri) a regime.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 2079/2013 e 1003/2016					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto dei tempi di processo		Documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.5	DGR 1003 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri - Database regionale gestione sinistri							
Descrizione			Rendicontazione						
E' disponibile per tutte le Aziende sanitarie un sistema di reportistica che rappresenta il ritorno informativo del sistema "gestione dei sinistri". IL database regionale è stato aggiornato nel 2013 in occasione dell'avvio della sperimentazione sulla gestione diretta dei sinistri. L'alimentazione del data base costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri			Non si registrano ritardi informativi del sistema di gestione dei sinistri. Il DB regionale viene alimentato costantemente.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
grado di completezza del database regionale (casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)		DB regionale	% =	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	6.4.1.6	DGR 1003 - Sostegno alle attività di ricerca - Anagrafe Regionale della ricerca (AReR)							
Descrizione			Rendicontazione						
L'Agenzia Sanitaria e Sociale ha attivato nel 2007 l'Anagrafe Regionale della ricerca (AReR) con l'obiettivo di monitorare le attività di ricerca sanitaria in corso nelle Aziende sanitarie e gli IRCCS del Servizio Sanitario Regionale, anche allo scopo di orientare il programma regionale di ricerca. Il grado di partecipazione deve essere mantenuto e migliorato nelle Aziende ove non ancora soddisfacente. Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca. -le Aziende dovranno assicurare l'inserimento dei progetti di ricerca nell'ArER: il numero di schede inserite dovrà essere in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)			Le attività di ricerca vengono monitorate ed è stato migliorato l'accesso regolare all'applicativo ArER						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero schede inserite dei progetti di ricerca nell'ArER		specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	
assicurare l'accesso regolare all'applicativo ArER (calcolo trimestrale)		specifico flusso di riferimento	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.7	DGR 1003 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sistema di sorveglianza SICHÈR flusso "Laboratori - LAB"							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.7	DGR 1003 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sistema di sorveglianza SiChER flusso "Laboratori - LAB"							
Il problema dell'antibioticoresistenza, legato sia all'uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale, richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, bisogna promuovere, nel rispetto degli assetti organizzativi proposti dalle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)			Il sistema di rilevazione del progetto SiChER ha visto migliorare la sua possibilità di accuratezza grazie alla adozione del nuovo software di Sala Operatoria che da la possibilità di tenere sotto controllo gli interventi ricompresi nel progetto stesso.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 318/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione al sistema di sorveglianza SiChER: % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza		specifico flusso di riferimento	% >=	30,00%	70,00%	30,00%	75,00%	100,00%	
invio quadrimestrale dei file flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Socialinel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.		specifico flusso di riferimento	Sì/No =	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.8	DGR 1003 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - igiene delle mani							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.8	DGR 1003 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - igiene delle mani							
sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)			Non ancora utilizzato software MAppER che rimane in fase di test.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 318/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario		specifico flusso di riferimento	Numero >=	12,00	20,00	8,00	12,50	67,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.9	DGR 1003 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.1.9	DGR 1003 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi							
stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi, osservato nel corso del 2015 e nella prima parte del 2016 -Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)": (caricamento del file da effettuare mensilmente anche in assenza di casi - "zero reporting") -Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert):compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territoriale nell'area di competenza dell'azienda sanitaria (invio dei dati da effettuare nel rispetto delle indicazioni ministeriali "Circolare del Ministero della Salute DGPRES 0004968-P-26/02/2013" e delle modalità di invio dati definite nel sistema SMI)			Viene praticato costantemente il monitoraggio ed il relativo inserimento dei dati nel sito sharepoint (anche in assenza di dati). SMI popolato in caso di emergenza dati.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 318/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)"		specifico flusso di riferimento	Si/No =	Si	Si	Si	Si	100,00%	
Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)		specifico flusso di riferimento	Si/No =	No	Si	Si	Si	0,00%	

Settore	6.4.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>In attuazione della Legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" dovrà essere prodotta una relazione annuale consuntiva relativa alle azioni di miglioramento previste dai Piani-Programma approvati dalle Direzioni Aziendali nel 2016; nella stessa relazione dovranno essere aggiornati i dati provenienti dalle fonti informative, previste dalle Linee di indirizzo per l'elaborazione dei Piani Programma della RER, descrittive degli accadimenti correlati alla sicurezza.</p> <p>Sempre in relazione alla Legge 24/2017, deve essere assolto il debito informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute, garantendo una tempestiva e puntuale segnalazione alla Regione e il monitoraggio delle relative azioni di miglioramento successive; in maniera analoga deve essere promosso e valorizzato il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi-eventi (incident reporting). Deve essere garantita l'applicazione delle indicazioni contenute nella circolare regionale n.18/2016 "Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SICHER)". Al fine di promuovere l'effettivo utilizzo della check list di sala operatoria dovrà essere effettuata un'attività di osservazione diretta nell'uso della stessa e l'attuazione di susseguenti azioni di miglioramento. Bisognerà continuare l'impegno per l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, con particolare riferimento all'implementazione dell'utilizzo del braccialetto per l'identificazione del paziente. Occorre continuare l'attività di implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure, promuovendo l'applicazione delle stesse e aderendo al relativo monitoraggio Agenas. La verifica della adesione ai contenuti delle raccomandazioni potrà essere effettuata anche in occasione delle visite per la sicurezza (Progetto VISITARE). Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale e aggiornare i Piani Aziendali di Prevenzione delle cadute.</p>		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.1	DGR 830/17 - Sicurezza delle cure							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo regionali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
aggiornamento procedure relative a Raccomandazione 6 "Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/ o parto" e Raccomandazione 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano"	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
assolvimento del debito informativo previsto da circolare 15/2017	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì					
effettuazione di una mappatura delle Unità Operative in cui è utilizzato il braccialetto identificativo e predisposizione di un piano di miglioramento	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
effettuazione osservazioni SSCL ed evidenza di predisposizione e attuazione di piani di miglioramento	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
Presenza di specifica Procedura Incident Reporting ed evidenza di flusso informativo IR	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
report su attuazione azioni previste da Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.1	DGR 830/17 - Sicurezza delle cure							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella secondo tempi e modalità stabilite		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.2	DGR 830/17 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Dal 2017 tutte le Aziende sono state inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013; Risulta fondamentale che le Aziende sviluppino azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale.</p> <p>La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale ha predisposto nuove Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire (nota pg/2016/0776113 del 20 dicembre 2016). E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.</p>			<p>In fase di completamento la conclusione di casi pendenti pre 2015 (avvio programma regionale di autoassicurazione)</p>						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.2	DGR 830/17 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
grado di completezza del database regionale (rispetto ai casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Rispetto dei tempi di processo		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.3	DGR 830/17 - Riordino dei Comitati Etici							
Descrizione			Rendicontazione						
La DGR 2327/2016 prevede il riordino dei Comitati Etici (CE) della Regione Emilia-Romagna, processo che deve essere completato entro il 1/1/2018. In particolare, gli 8 Comitati etici delle Aziende dell'Area Vasta Nord e dell'Area Vasta Centro dovranno essere accorpate in due Comitati Etici di Area Vasta e l'AUSL della Romagna dovrà rivalutare assieme all'IRST di Meldola le modalità di funzionamento del CE della Romagna. Le Aziende Sanitarie dovranno assicurare nel 2017 di collaborare efficacemente al processo di riorganizzazione, rispettando le fasi previste dalla normativa.			Assolti gli obblighi per la riorganizzazione dei CE						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assicurare la partecipazione delle segreterie dei CE al processo di riordino (nr. riunioni in ciascuna Area Vasta)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		2,00		

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

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

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

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

Area 7 IL SISTEMA AZIENDA

Sub-Area 7.1 LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

Settore 7.1.1 Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

La presente parte enuclea obiettivi ed azioni che nella generale organizzazione aziendale fanno capo alle funzioni amministrative e di supporto, oppure operano e richiedono impegni di natura trasversale, investendo competenze ed attività di tutte le articolazioni, oppure ancora prevedono il coinvolgimento integrato delle aree tecniche, amministrative, sanitarie, unitamente alle competenze gestionali.

Gli obiettivi definiti trovano naturalmente radicamento in percorsi a suo tempo avviati e conferma nelle linee regionali di programmazione e che per diverse aree rappresentano lo sviluppo nell'anno 2017 di quelle dettate negli obiettivi di mandato e che comunque prevedono attuazione in un arco temporale superiore all'annualità.

Seppure gli obiettivi sono definiti come generali, per ognuno degli argomenti vengono declinati obiettivi specifici che assumono particolare rilevanza, per i quali è previsto un forte impegno da parte delle articolazioni interessate.

I temi considerati sono:- Integrazioni in area tecnica e amministrativo/gestionale con l'Azienda Ospedaliero Universitaria

- Sviluppo della dematerializzazione dei processi contabili e revisioni organizzative connesse
- Certificabilità del bilancio aziendale
- Adesione alla Tesoreria Unica Regionale
- Integrità e Trasparenza.

Dimensione Performance 2 Performance dei Processi Interni Area Performance 2.3 Area dell'Organizzazione

Obiettivo 7.1.1.1 Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria

Descrizione Rendicontazione

Nel mese di settembre 2016 sono state adottate le delibere che hanno formalizzato l'integrazione dei servizi tecnici ed amministrativi delle due aziende provinciali. Nel corso dell'anno 2017 le nuove struttura dovranno completare i loro assetti organizzativi e adottare i nuovi regolamenti operativi di funzionamento.

Nell'arco temporale marzo-giugno sono stati effettuati i trasferimenti di tutti i servizi coinvolti nell'integrazione strutturale, pertanto tutte le strutture sono ubicate nelle loro sedi definitive. Nel secondo semestre le direzioni dei servizi e dei dipartimenti avvieranno progressivamente il completamento degli assetti organizzativi e redigeranno i regolamenti organizzativi. Si segnala però che le difficili circostanze ambientali e relazionali che hanno caratterizzato il trasferimento fisico degli operatori Ausl presso le nuove sedi dei servizi unificati, ubicate per lo più in spazi di AOU, non hanno ancora consentito alle direzioni delle strutture di elaborare in modo compiuto i nuovi regolamenti organizzativi, pertanto tali adempimenti vengono rinviati all'anno 2018.

Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo	DGR 172/2015
------------------------------	-------	--	------------------------------	--------------

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

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.2	Certificabilità del bilancio aziendale							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso dell'anno 2017 l'azienda, per il tramite della struttura interaziendale di Internal Auditing, dovrà completare il percorso di adeguamento al cronoprogramma definito a livello regionale e dovrà favorire il rapporto con il Collegio Sindacale in relazione alle revisioni limitate che l'organo di controllo dovrà sostenere.			La struttura interaziendale Internal Auditing sta coordinando il lavoro di redazione delle procedure e dei regolamenti aziendali previsti dalla programmazione regionale e sta interagendo con il Collegio Sindacale per la effettuazione delle revisioni limitate e per la compilazione delle check list. Trattasi di attività in corso e al momento la tempistica indicata dalla Regione è stata rispettata. L'attività è stata regolarmente portata a termine nei tempi e nei modi indicati dalla Regione. Per la rendicontazione più analitica si rinvia all'obiettivo 3 della sezione 7.1.2.						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR 150/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione dei documenti previsti dalla programmazione regionale	Evidenza documentale		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.1.3	Integrità e Trasparenza							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.1.3	Integrità e Trasparenza							
<p>Le normative in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (legge n. 190/2012 anticorruzione nella pubblica amministrazione, decreto legislativo n. 33/2013 sulla Trasparenza, decreto legislativo n. 39/2013 in materia di incompatibilità e inconfiribilità, DPR n. 62/2013 di approvazione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici) hanno visto impegnata l'Azienda dal secondo semestre del 2013, mediante l'attività di promozione e coordinamento del Responsabile unico aziendale. Negli anni, l'adozione dei Piani per la prevenzione della corruzione e dei Programmi per la Trasparenza sono stati oggetto di impegno per le varie unità organizzative aziendali ed oggetto di diffusione sul sito web aziendale, agli stakeholder aziendali, agli organismi di verifica e controllo, alle Strutture, Servizi, dipendenti e collaboratori. In corso l'elaborazione del nuovo Piano Anticorruzione 2017/2019, che ingloberà l'intera materia della Trasparenza, come previsto dalle nuove normative e dal recente aggiornamento al Piano Nazionale. Il nuovo Piano inoltre sarà integrato tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria, in ragione dell'unico Responsabile incaricato per entrambe le Aziende ed anche in forza dell'integrazione in corso degli apparati tecnico amministrativi. Gli obiettivi generali e prioritari per l'anno 2017:</p> <p>(SEGUE)</p>			<p>La prima e prioritaria attività ha riguardato l'elaborazione ed approvazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza triennio 2017/2019, per la prima volta unico interaziendale AUSL/AOU, integrato con l'intera parte dedicata alla trasparenza. Sono stati effettuati incontri dedicati alla diffusione del Piano ed alle novità normative intervenute col decreto legislativo n. 97/2016 in materia di trasparenza, incontri organizzati e tenuti dal Responsabile interaziendale. Promossi incontri formativi in particolare sul nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato, per il quale ogni struttura organizzativa è chiamata a trattare gli accessi rientranti nelle attività di rispettiva competenza. Effettuato il generale monitoraggio sulle sezioni web "Amministrazione Trasparente", anche in relazione alle verifiche promosse da ANAC ed eseguite dall'OIV regionale, coadiuvato dagli OAS delle due Aziende Sanitarie provinciali. Garantita la relazione periodica con le varie unità organizzative per le opportune precisazioni in ordine all'attuazione delle misure previste dal Piano, sia in materia di prevenzione della corruzione che di obblighi di trasparenza. Assicurata la partecipazione al tavolo regionale costituito per perseguire promozione ed omogeneità delle attività in materia, anche in relazione alla elaborazione del nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti ed all'attuazione di singoli obblighi già in esso previsti, quali ad esempio le dichiarazioni di patrimonio e reddito cui sono tenuti i titolari di incarichi dirigenziali.</p>						
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione		Riferimento Normativo	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.1.4	Integrità e Trasparenza							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.1.4	Integrità e Trasparenza	<p>Il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) è tenuto ad elaborare la proposta di Piano per la prevenzione della corruzione 2017/2019 entro il 31 gennaio, comprensivo della materia della Trasparenza, da quest'anno non più oggetto di autonomo documento di Programma, ed in forma integrata tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il Responsabile è tenuto a svolgere le attività di impulso e coordinamento del sistema e dei monitoraggi, secondo le previsioni normative e le indicazioni contenute nel Piano - Attenzione particolare dovrà essere data all'attuazione delle innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016 in materia di modifiche agli obblighi di pubblicazione nella sezione web Amministrazione Trasparente e del cd. "accesso civico generalizzato" - Il Responsabile è tenuto all'elaborazione della Relazione annuale prevista dalla legge n. 190/2012 e alle attività prodromiche all'attestazione dell'OIV degli adempimenti in tema di Trasparenza - Tutti gli obiettivi e le azioni previste nel Piano anticorruzione costituiscono parte integrante del presente Piano Azioni e, più in generale, del Piano Performance, a carico delle rispettive Strutture, Servizi, Uffici, dirigenti ed operatori cui sono riferiti - Tutti i dirigenti ed operatori dell'Azienda sono tenuti a collaborare col Responsabile aziendale - Incontri di informazione e diffusione dei contenuti del Piano anticorruzione e delle normative di riferimento - Tutte le articolazioni aziendali indicate nel Piano sono tenute ad adempiere agli obblighi di pubblicazione secondo le competenze e le modalità previste nella tabella analitica inserita nel Piano stesso. 						
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documenti di monitoraggio, Relazione del responsabile aziendale, relazioni dirigenti strutture	Evidenza documentale		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.1.1.5	Miglioramento qualità inventario aziendale							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nell'ambito del percorso di avvicinamento alla certificabilità del bilancio il tema dell'inventario aziendale riveste una particolare rilevanza; dovrà pertanto essere completato il percorso avviato nel corso del 2016, mediante il riallineamento delle tecnologie biomediche.</p>			<p>Il percorso è avviato, in quanto è stato conferito specifico incarico a una società specializzata per la valorizzazione dei beni artistici. Non è invece ancora stato conferito, a causa di un ricorso ricevuto nell'ambito della gara per l'aggiudicazione del servizio di assistenza tecnica del parco delle tecnologie biomediche, l'incarico di effettuare una reinventariazione appunto di tali tipologie di beni. Al termine dell'esercizio si conferma che non è stato possibile avviare concretamente il percorso di reinventarazione delle tecnologie biomediche. Per contro si è proceduto alla completa valorizzazione del patrimonio artistico e alla completa rivisitazione dell'inventario degli applicativi informatici, obiettivi non previsti inizialmente nel piano delle attività 2017, ma di analogo valore ai fini della crescita qualitativa delle informazioni contenute nell'inventario aziendale; per tale motivazione l'obiettivo viene indicato come raggiunto..</p>						
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 150/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza anomalie individuate e corrette	Report dedicato		Sì/No	Sì	Sì	No	Sì	0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.6	Consolidamento della procedura informatica di gestione documentale dematerializzata							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nell'ultima parte del 2016 è stata avviata la procedura di gestione documentale Babel. Nel corso del 2017 la procedura dovrà essere oggetto di verifica e di miglioramento operativo, anche in funzione della rivisitazione dei documenti collaterali (manuale di gestione, massimario di scarto...)</p>			<p>L'attività propedeutica all'utilizzo del nuovo modulo gestionale dedicato alla dematerializzazione delle delibere e delle determine è stata avviata e sono in corso le sessioni formative dedicate al personale che lo dovrà alimentare. L'avvio operativo è programmato per il mese di ottobre. E' in corso anche l'attività di rivalutazione dei documenti di gestione documentale. Al termine dell'esercizio si conferma che è stato avviato ed è già a regime l'utilizzo del modulo informatico di gestione dematerializzata delle delibere e delle determine. Il competente servizio Affari Generali ha poi predisposto le proposte di completamento della documentazione di gestione, attualmente in corso di valutazione.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.6	Consolidamento della procedura informatica di gestione documentale dematerializzata							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività svolta e radazione nuovi documenti di gestione		Report	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.7	DGR 1003- Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR							
Descrizione			Rendicontazione						
Il tema del rispetto dei tempi di pagamenti dei fornitori è di attualità sempre maggiore, in quanto correttamente viene ritenuto che un corretto flusso finanziario rappresenti un positivo contributo alla stabilità economica delle imprese. Obiettivo regionale e aziendale è pertanto quello di stabilizzare definitivamente i tempi di pagamento delle forniture entro i 60 gg previsti dalla normativa, al fine di evitare contenziosi e l'addebito di interessi di mora. Nel contempo si sono moltiplicati gli obblighi normativi per dare corretta evidenza degli effettivi tempi di pagamento, che responsabilizzano anche il Collegio Sindacale nell'attestazione mensile delle performance finanziarie.			L'indicatore di tempestività dei pagamenti è in continuo miglioramento e al termine del 2° semestre si è attestato su tempi di pagamento di circa 46 giorni, performance molto migliore di quanto richiesto dalla Regione e dalla normativa nazionale. L'indice è stato regolarmente pubblicato sul sito aziendale. L'obiettivo è stato totalmente raggiunto, per i dettagli si rimanda alla sezione 7.1.2, obiettivo 1.						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indicatore di performance finanziaria in giorni		report specifici	Numero <=	60,00	60,00	46,00	39,59	100,00%	

Settore	7.1.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio: il mancato conseguimento di questo obiettivo comporta la risoluzione del rapporto contrattuale. Si riprendono pertanto anche per il 2017 gli impegni delle Direzioni aziendali: - costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie;- presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;- in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo. A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato. Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra comporta l'applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.</p>		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.1	DGR 830/17 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nel corso del 2017 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i. (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute: -?agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs.97/2016; -?all'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014. A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, le Direzioni aziendali dovranno aderire secondo il calendario programmato.</p>			<p>L'indicatore di tempestività dei pagamenti è in continuo miglioramento e al termine del 2° semestre si è attestato su tempi di pagamento di circa 46 giorni, performance molto migliore di quanto richiesto dalla Regione e dalla normativa nazionale. L'indice è stato regolarmente pubblicato sul sito aziendale; in ordine al servizio di tesoreria su base regionale la nostra azienda ha aderito nell'anno 2015. Per quanto riguarda gli obblighi di trasparenza si rimanda alla sezione dedicata. L'indicatore alla fine dell'anno 2017 è ulteriormente migliorato, assestandosi a un valore di - 20,41, con una media annuale di -15,86; pertanto alla fine dell'anno 2017 i fornitori aziendali venivano pagati entro un termine medio di circa 40 giorni.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di tempestività dei pagamenti		specifico flusso di riferimento	% <=		0,00%		-33,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.2.2	DGR 830/17 - Il miglioramento del sistema informativo contabile							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nel corso del 2017 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario); - la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;</p> <p>- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;</p> <p>- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.</p> <p>Nel corso del 2017 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve appresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.</p>			<p>Trattasi di obiettivo da valutarsi soprattutto al termine dell'esercizio, in quanto la maggior parte degli indicatori saranno misurabili soprattutto in funzione dei contenuti di tale fondamentale documento, oltre che dell'approvazione del bilancio economico preventivo da parte della Regione, circostanza non ancora verificatasi. Al momento si rappresenta che le informazioni fino ad ora inserite nel sistema informativo degli scambi economici a livello regionale sono corrette. Al termine dell'esercizio 2017 si conferma che la piattaforma regionale degli scambi tra le aziende sanitarie provinciali è stata regolarmente e correttamente alimentata, così come sono state ulteriormente affinate le modalità di utilizzo dei conti economici e patrimoniali, come verrà reso formalizzato evidente in sede di bilancio d'esercizio.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite.		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio.		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		90,00%		
Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.3	DGR 830/17 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.3	DGR 830/17 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie							
<p>In continuità con gli esercizi precedenti, le Aziende sanitarie nel corso del 2017 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale. In particolare: Le Aziende sanitarie e la GSA, sono tenute:- a recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali; - a redigere, adeguare e formalizzare le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali;- ad implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee guida regionali;(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag. 36)</p>			<p>La struttura interaziendale Internal Auditing sta coordinando il lavoro di redazione delle procedure e dei regolamenti aziendali previsti dalla programmazione regionale e sta interagendo con il Collegio Sindacale per la effettuazione delle revisioni limitate e per la compilazione delle check list. Trattasi di attività in corso e al momento la tempistica indicata dalla Regione è stata rispettata. Nel corso del secondo semestre 2017 il Collegio Sindacale ha completato l'esame di tutte le procedure aziendali previste dal PAC nell'ambito del progetto "Revisioni limitate", e ha trasmesso le relative valutazioni alla Regione Emilia Romagna, indicando talune aree di miglioramento che la struttura di Internal Auditing ha recepito e diffuso in azienda per i necessari adeguamenti da implementare progressivamente.</p>						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Implementazione Adempimenti 2017: Area Crediti-Ricavi		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		
Implementazione Adempimenti 2017: Area Debiti-Costi		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		
Implementazione Adempimenti 2017: Area Disponibilità liquide		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		
Implementazione Adempimenti 2017: Progettazione Sistema di Audit		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		
Implementazione Adempimenti 2017: Revisioni Limitate		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.2.4	DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.2.4	DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							
<p>Nel corso del 2017 saranno ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile. Le Aziende sanitarie sono impegnate:</p> <ul style="list-style-type: none"> -?ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC; -a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC); -ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema; -?ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC. 			<p>L'azienda è costantemente presente con un proprio dirigente al tavolo di coordinamento, così come è costante la partecipazione ai singoli tavoli tecnici(Vedi Obiettivo num. 7.3.2.1) anche per il secondo semestre.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.2.5	DGR 830/17 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza							
In sede di predisposizione del progetto di legge "Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale santa Maria Nuova – altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria" sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale. ..(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.41)..			La Legge Regionale n. 9 è stata pubblicata il 1 giugno ; l'art. 5 è dedicato a politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, con la previsione di garantire l'adozione di misure rafforzative degli obblighi normativi nazionali e l'adozione di un aggiornamento del Codice di Comportamento per i dipendenti del servizio sanitario regionale col quale si specificano alcuni obblighi particolari a carico, in particolare, dei titolari di incarichi dirigenziali. L'attuazione di detta normativa regionale è in fase di approfondimento e di definizione delle attività operative cui dar seguito. Nel secondo semestre si è provveduto ad avviare l'attuazione della normativa mediante le attività previste dal piano interaziendale e che integrano le pratiche in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. In particolare, come previsto dalla L.R. 9 in materia di Codice di Comportamento, si è dato corso all'attività di acquisizione delle dichiarazioni di patrimonio e reddito da parte dei titolari di incarichi dirigenziali. L'acquisizione è stata disposta, si ripete, in base al Codice di Comportamento e non in base all'art. 14 del decreto legislativo n. 33/2013, modificato dal decreto legislativo n. 97/2016, in ragione di una sospensione di livello nazionale di attuazione di detta norma. Il nuovo Codice di Comportamento sarà adottato nel corso dell'anno 2018, sulla base di uno schema condiviso a livello regionale, al fine di garantire omogeneità tra i vari territori e le Aziende.						
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adeguare il codice di comportamento alle nuove indicazioni nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		
Adeguare il piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione alle nuove disposizioni in materia	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	7.2	Le strategie di integrazione in Area Vasta
-----------------	------------	---

Settore	7.2.1	Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
in definizione		

Obiettivo	7.2.1.1	Ambiti ed azioni di Area Vasta per l'integrazione di risorse e servizi in funzione del miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza di produzione						
Descrizione		Rendicontazione						
L'attività di Aven si concentrerà sui seguenti aspetti: 1)rimodulazione della documentazione e delle modalità di lavoro conseguenti alla introduzione del nuovo "Codice degli Appalti" (Dlgs 50/2016); 2) Consolidamento dell'attività dei gruppi di lavoro già costituiti; 3) Completamento della redazione dei principali regolamenti aziendali, anche in funzione degli adempimenti in tema di certificabilità dei bilanci aziendali.		I gruppi di Aven hanno continuato l'attività in base ai mandati ricevuti ed in particolare il Dipartimento Acquisti ha elaborato importanti documenti quali il nuovo regolamento per gli acquisti sottosoglia, le nuove indicazioni per l'affiancamento e la sostituzione di dispositivi medici nell'ambito di contratti di fornitura beni e le nuove regole per gli acquisti in esclusiva. E' stata poi completata l'elaborazione dei regolamenti indicati come obbligatori dalla Regione nell'ambito del percorso di certificazione dei bilanci, mentre altre attività sono in corso. Al termine dell'esercizio si segnala la conclusione della interessante e positiva iniziativa formativa ed applicativa nell'ambito del progetto PAC, guidata dai docenti di Cerismas, che ha visto le aziende collaborare fattivamente nella elaborazione e nella discussione delle procedure oggetto di Revisione Limitata.						
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 172/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazioni sull'attività svolta, documenti redatti in forma congiunta	Report e schemi di regolamenti in atti alla Direzione Amministrativa/ Direzione Generale	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Sub-Area	7.3	I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
-----------------	------------	--

Settore	7.3.1	Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Il Dipartimento Valutazione e Controllo è una articolazione aziendale in Staff alla Direzione Generale a cui afferiscono le seguenti Unità Operative:

- . Servizio Controllo di Gestione
- . Servizio Sviluppo ed Integrazione dei Servizi Sanitari

L'organizzazione aziendale vede, oltre alla funzione di Controllo di Gestione centrale, riferimento per l'intera Azienda, un'attività decentrata radicata presso ogni area distrettuale, a supporto delle strutture di rispettivo riferimento cui appartengono e dipendono, e di interfaccia con il Servizio aziendale. Il Dipartimento Valutazione e Controllo nel 2017 amplia lo spettro delle competenze acquisendo la parte amministrativo-contabile del processo di acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate, funzionalmente afferente alla struttura complessa "Committenza dei Servizi Sanitari Ospedalieri" della Direzione Sanitaria Aziendale.

Nel processo complessivo di integrazioni con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, si proseguirà nella integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo nell'ambito del processo complessivo di integrazioni con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma.

Proseguirà altresì lo sviluppo di una funzione strutturata di programmazione e controllo aziendale con il coinvolgimento non solo di professionisti di area amministrativa, da sempre impegnati nel controllo di gestione a livello aziendale e distrettuale, ma anche professionisti di area sanitaria con lo scopo di sviluppare una sinergia di competenze orientata a perseguire il collegamento tra programmazione, gestione economica e valutazione delle performance.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

Obiettivo	7.3.1.1	Integrazione funzione programmazione valutazione e controllo AUSL - AOU			
------------------	----------------	--	--	--	--

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

Avvio del processo di integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, a partire dalla condivisione degli strumenti di programmazione e di un sistema di reportistica su temi di interesse comune.

Con Deliberazione n. 647 del 28/09/16 è stato istituito il Dipartimento Interaziendale a valenza funzionale del Sistema di Programmazione, Valutazione e Controllo, e sono iniziate formalmente le attività integrate. Nel primo semestre si sono svolti 7 incontri di coordinamento, formalizzati e verbalizzati. In questa prima fase si è cercato di allineare gli adempimenti rispetto agli obblighi di pubblicazione (cercando di dare omogeneità ai documenti) ed in particolare è stata puntualmente coordinata la redazione della "Relazione sulla Performance 2016" secondo le indicazioni dell'OIV-RER. Si è iniziato a regionare su un sistema di reportistica integrata sugli accessi ripetuti in PS degli assistiti in condizioni di fragilità. Nel secondo semestre sono proseguiti gli incontri focalizzati principalmente sulla impostazione di un sistema di governo e monitoraggio degli obiettivi della Programmazione Regionale (DGR 830/17), con la predisposizione di una omogenea griglia di sintesi, discussa e commentata con le Direzioni Generali.

Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo	DGR 1003/16
------------------------------	--------------	---	------------------------------	--------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.1	Integrazione funzione programmazione valutazione e controllo AUSL - AOU							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Verbali Incontri		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.2	Ciclo della Performance ed Armonizzazione dei Documenti di Programmazione Aziendali							
Descrizione			Rendicontazione						
Adeguamento agli indirizzi della Delibera OIV n.3/2016 e consolidamento del sistema di gestione integrata dei documenti di programmazione aziendali (Piano Performance, Piano Azioni, Schede di Budget) attraverso l'utilizzo del software "G-Zoom" già in uso per la gestione delle schede di budget. Sviluppo specifico dello strumento per il monitoraggio degli obiettivi assegnati all'Azienda dalle Linee di Programmazione Regionali			La gestione degli strumenti di programmazione aziendale attraverso il software "G-Zoom" è ormai consolidata negli aspetti di struttura generale e si stanno affinando alcune potenzialità per una migliore rappresentazione delle diverse fattispecie di indicatori. Si è lavorato soprattutto all'ottimizzare ed alla integrazione nel sistema del monitoraggio delle Linee di Programmazione Regionale, collegate al processo di verifica del Piano delle Azioni, al fine di rendicontare puntualmente le attività che sono parte integrante della Relazione del Direttore Generale allegata al Bilancio di esercizio (da predisporre entro aprile) e della Relazione sulla Performance (da predisporre entro giugno)						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Delibere OIV 1/2014, 2/2015 e 3/2016					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.3	DGR 1003 - Il miglioramento del sistema informativo contabile - Contabilità analitica							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.3	DGR 1003 - Il miglioramento del sistema informativo contabile - Contabilità analitica							
1) Si proseguirà nella rilevazione dei dati economici delle prestazioni e dei servizi erogati nell'ambito delle Case della Salute (di cui alle DGR 291/2010 e 2128/16), nel rispetto delle Linee guida COAN regionali, in modo da consentire analisi e valutazioni circa le risorse impiegate nell'ambito di tali strutture, attraverso la manutenzione degli specifici centri di costo/responsabilità in coerenza anche alle Case della Salute di nuova attivazione. 2) Miglioramento della conoscenza delle indicazioni del manuale e delle linee operative annualmente revisionate a livello regionale al fine di garantire la piena attendibilità dei flussi di contabilità analitica, attraverso il coinvolgimento delle articolazioni distrettuali e dei servizi e la produzione di specifiche istruzioni operative. 3) Assicurare la collaborazione al livello regionale per l'avvio del nuovo sistema informativo unico regionale. 4) Inoltre, seguendo le indicazioni del documento redatto dal Gruppo di Lavoro Regionale "METODOLOGIA DI RILEVAZIONE DEI COSTI DELLE CASE DELLA SALUTE", verranno più finemente imputati in contabilità analitica i costi dei Medici di Medicina Generale e Pediatria di Libera scelta, a seconda della tipologia di attività svolta.			1) Continua la rilevazione dei dati economici delle prestazioni e dei servizi presso le CdS, implementando ove necessario il piano dei CdC e riallocando i costi dai CdC generici distrettuali a quelli più specifici. 2) continua la collaborazione/coinvolgimento con vari ambiti aziendali al fine di omogeneizzare i comportamenti e quindi migliorare l'attendibilità dei flussi. 3) continua la collaborazione col livello regionale per l'avvio del nuovo sistema informativo unico regionale coinvolgendo, in merito a specifiche tematiche, gli operatori del servizio con le specifiche conoscenze. 4) E' stata realizzata la mappatura dei Centri di Costo inerenti le Case della Salute confrontando l'assegnazione del Medico-NCP e il suo effettivo ambito geografico/fisico di riferimento. Sono stati stabiliti, anche attraverso il confronto con i DCP distrettuali, i criteri per l'assegnazione dei costi ai diversi livelli assistenziali. Dove necessario si è proceduto ad una ottimizzazione dei Centri di Costo anche "extra Case della Salute" in previsione dell'apertura di nuove Case della Salute. L'impianto informatico per l'allocazione dei costi è ultimato, si attende il caricamento delle "fatture da ricevere" per l'anno 2017 (anno zero) per una completa messa in produzione, con il caricamento una tantum dell'anno 2017 cui seguirà il caricamento mensile delle competenze erogate.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DRG 1003/16; DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio alimentazione		Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Evidenza documentale		Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Evidenza istruzioni operative		Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Imputazione in COA dei costi MMG e PLS negli opportuni CdC		Sistema Informativo del Dipartimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.4	DGR 1003 - Il miglioramento del sistema informativo contabile - contabilità analitica e ricavi presidio ospedaliero							
Descrizione			Rendicontazione						
Si proseguirà nell'alimentazione della contabilità analitica anche per ciò che riguarda la rilevazione dei ricavi a livello di presidio ospedaliero.			Si prosegue nell'alimentazione dei ricavi propri (ticket PS, libera professione), si rimane in attesa di istruzioni da parte della Regione/Ministero per quanto riguarda un nuovo modello di conto economico di presidio						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.4	DGR 1003 - Il miglioramento del sistema informativo contabile - contabilità analitica e ricavi presidio ospedaliero							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Alimentazione contabilità analitica ricavi presidio		Docuemntale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.5	Miglioramento Processo di budget							
Descrizione	Applicazione del Regolamento di Budget aziendale, redatto in conformità alle Linee di Indirizzo Regionali		Rendicontazione Il ciclo di budget si è tenuto secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale, rispettando i tempi stabiliti. Gli incontri di negoziazione si sono svolti entro la prima metà di marzo ed il Master Budget, come previsto è stato inviato all'OIV-RER entro il 31/03/17. Si sta affinando il processo per il rispetto dei tempi nella produzione della reportistica.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1003/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.6	Acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.6	Acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate							
A seguito della collocazione nel Dipartimento Valutazione e Controllo della funzione amministrativo-contabile del processo di acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate, sviluppo delle specifiche competenze anche per l'alimentazione di uno specifico flusso informativo regionale, e sviluppo di una reportistica dedicata.			Dal 1° gennaio la funzione è diventata competenza del Dipartimento e sono iniziate le operatività. E' stato impostato un sistematico confronto sia con le strutture produttrici che con la funzione di committenza aziendale, per allineare le informazioni e migliorare, rendendolo più efficace, il sistema dei controlli. E' stata impostata una specifica reportistica per il monitoraggio. E' stato adottato il software "gohst" per automatizzare il processo di verifica di congruità tra tracciato SDO inviato in RER e fatture emesse. Il Flusso Informativo Regionale per la rilevazione del fatturato delle Case di Cura (FCDC) è stato correttamente alimentato nei tempi stabiliti. Nell'ambito del PAC è stata elaborata la specifica procedura relativa "all'acquisto di prestazioni di ricovero ospedaliero da strutture private accreditate"						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio attività		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Evidenza reportistica		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.7	Cruscotto Case della Salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Rafforzamento del "Cruscotto Multidimensionale" delle Case della Salute che amplia la propria anagrafica di indicatori anche sulla scorsa delle indicazioni contenute della DGR. 2128/2016.			Gli indicatori del "Cruscotto" sono stati integrati rendendoli coerenti alle indicazioni della DGR 2128/16, ed è stata avviata la loro rilevazione con il coinvolgimento dei Referenti distrettuali delle Case della Salute. Il Dipartimento Valutazione e Controllo partecipa al Gruppo di Lavoro Regionale coordinato dalla ASSR " Sviluppo indicatori per la valutazione delle Case della Salute" ed il questionario ad hoc che è stato predisposto verrà testato in collaborazione con il Distretto di Parma. Va rilevato, inoltre, che grazie all'esperienza che il Dipartimento Valutazione e Controllo ha svolto attraverso un tutotaggio di una Tesi di Master in Management Sanitario dell'Università degli Studi di Parma, sono stati affinati gli strumenti metodologici e le condivisioni della progettualità con la platea dei Professionisti interessati; pur mantendendo l'originaria impostazione del progetto "Cruscotto Multidimensionale Case della Salute" si intende applicare questo nuovo framework e valutare il suo grado di rispondenza alle finalità prefissate, anche in relazione alla succitata progettualità in ambito ASSR.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.3.1.7	Cruscotto Case della Salute								
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo	DGR 2128/16					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza cruscotto		Dip. Val. Cont.		Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica					
Obiettivo	7.3.1.8	Supporto a progetti di ricerca								
Descrizione			Rendicontazione							
L'Azienda collabora con importanti Istituti Universitari e con la ASR su progetti di ricerca volti a qualificare complessivamente il sistema azienda. Il Dipartimento Valutazione e Controllo assicura supporto metodologico ed operativo fornendo ai vari attori i dataset richiesti e compiendo elaborazioni ad hoc nei diversi ambiti in cui si svolge la ricerca. Nel 2017 sono in corso le seguenti collaborazioni: - Cergas Bocconi (Fragilità, BPCO) - Cerismas Cattolica - ASR (valutazione economica PDTA e misurazione impatto Case della Salute)			Proseguono le collaborazioni su importanti progetti di ricerca. In particolare con Cergas Bocconi si stanno rispettando gli step previsti da cronoprogramma per quanto riguarda la elaborazione e l'analisi dei dati. Il 29/06/17 a Milano si è svolto il workshop intermedio "Osservatorio sui modelli di presa in carico della BPCO" in cui sono stati presentati i risultati delle due aziende sanitarie provinciali. Prosegue la collaborazione con ASSR relativamente al Progetto "Analisi costi dei Percorsi" e "Misurazione impatto Case della salute". Sono stati analizzati i costi correlati alla presa in carico del paziente diabetico in gestione integrata, e sono stati somministrati, ai Direttori dei DCP, questionari ad hoc che mirano a rilevare lo stato di attivazione delle Case della Salute rispetto agli indirizzi della DGR 2128/17.							
Obiettivi Performance	3.1.1	Attività di ricerca		Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Attività		Dip. Val. Cont.		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	7.3.1.9	Sviluppo competenze e formazione								
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.3.1.9	Sviluppo competenze e formazione							
<p>La formazione, funzionale allo sviluppo di una funzione strutturata aziendale di Programmazione e Controllo, sarà focalizzata sugli aspetti operativi relativi all'interrogazione ed all'analisi delle banche dati sanitarie attraverso l'utilizzo del software SAS EG ed SPSS rivolta ad un target di professionisti sia interni al Dipartimento che afferenti ad altre articolazioni aziendali, con competenze tecniche specifiche</p>			<p>Il programma di sviluppo di competenze relativamente alle due aree di necessità, consultazione avanzata delle Banche Dati regionali SAS su piattaforma Enterprise Guide EG e consolidamento delle conoscenze sull'utilizzo di SPSS, è proseguita attraverso la formazione sul campo. Nel primo caso si è svolto con ricorrenti confronti con il Referente regionale SAS su richieste specifiche, nel secondo caso, di tipo valutativo, con l'esecuzione di esercizi di tipo teorico/pratico basati sul sistema SPSS. Per quanto concerne l'apprendimento delle tecniche utilizzate da Thomas Jefferson University (TJU), sono rimandate all'anno 2018 essendo il contratto tra Azienda AUSL e TJU in fase di perfezionamento.</p>						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Eventi		U.O. Formazione	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.10	Sistema Informativo Controllo di Gestione							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Attività di manutenzione e aggiornamento del sistema gestionale di Decision Support System (MUSA e Targit) al Servizio attraverso il tempestivo recepimento delle modifiche del sistema informativo aziendale e dei flussi informativi regionali che interverranno in corso d'anno. In particolare, alla luce dei recenti cambiamenti nel flusso SDO (Circolare 6 del 07/07/2016 Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare), sarà necessario recepire tempestivamente i nuovi contenuti informativi delle Banche Dati Aziendali e Regionali.</p>			<p>L'attività di manutenzione e aggiornamento di Musa e Targit sono proseguiti in maniera costante ed efficace. Sono stati aggiornati alcuni report dinamici già operativi da tempo e sono stati creati appositamente nuovi report dinamici (SIRCO - Cure intermedie) su input della Direzione Sanitaria. Sono stati recepiti ed implementati i nuovi contenuti informativi relativi al flusso SDO ex circolare 6 del 07/07/2016, adeguando opportunamente i contenuti di Musa e di Targit.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo		DGR e Circolari Regionali				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.10	Sistema Informativo Controllo di Gestione							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale aggiornamento flussi correttamente realizzati		Sistema Informativo del Dipartimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
Corretto e tempestivo recepimento nei gestionali DSS del nuovo flusso SDO		Sistema Informativo del Dipartimento	Si/No		Si	Si	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.11	Strumenti informatici							
Descrizione			Rendicontazione						
Potenziamento della tecnologia Server Integration Services (SSIS) per l'importazione e il controllo automatizzato dei dati nei Gestionali in uso presso il Dipartimento Valutazione e Controllo.			Si è proceduto all'utilizzo della tecnologia SSIS in particolare per velocizzare, e rendere più affidabili, le operazioni di caricamento del Clinical Data Warehouse. Insieme al fornitore Maps-IG consulting ci si è dotati di una tecnologia Open Source per analizzare in maniera automatizzata i consumi di particolari coorti di pazienti nell'ambito di medicina di iniziativa e/o di studi retrospettivi. L'obiettivo, però, abbandonata la soluzione Qlink per ragioni di ordine economico, rimane quello di dotarsi di un Cruscotto che attinga dai suddetti caricamenti automatici per compiere analisi anche via interfaccia grafica e non solo attraverso il linguaggio di interrogazione del Data Base.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero flussi pienamente automatizzati		Sistema Informativo del Dipartimento	Numero >=		8,00	4,00	8,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.12	Reportistica dinamica Targit							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.12	Reportistica dinamica Targit							
Sviluppo e diffusione del sistema di reportistica dinamica con il software Targit: superata la fase di test e di confronto con utenze specifiche, con le quali si è stabilito il format delle reportistiche a livello di layout e di navigabilità, nel corso del 2017 si proseguirà con la creazione di nuovi report e con il consolidamento dei report attuali, mantenendo costante lo scambio di spunti e di integrazioni con i destinatari. Inoltre, si provvederà a correggere i bug già presenti e noti, con opportune segnalazioni alla software house produttrice di Targit, ad aumentare la compatibilità con i principali browser e ad ottimizzare il sistema puntando ad una maggiore velocità di navigazione, alleggerendo le pagine da contenuti potenzialmente superflui (come immagini, gif ed icone particolarmente pesanti).			Il software Targit ha raggiunto una piena operatività. I report contenuti sono consolidati, i layout dei principali macro-settori (Ospedale, Personale, Magazzino, Medici Convenzionati, Attività Ambulatoriale, Costi Amministrativi) sono confermati ed i contenuti sono utilizzati con regolarità dagli utenti abilitati. Ad essi, su input dei vari dipartimenti aziendali, sono stati affiancati nuovi macro-settori (Cure Intermedie, Azienda Ospedaliera) o implementati nuovi report in settori già esistenti (Commesse) attualmente in fase di realizzazione e di test. Contestualmente, è in corso l'upgrade all'ultima versione del software Targit, grazie alla quale verranno risolti alcuni inevitabili bug e verranno aumentate le prestazioni dell'intero sistema in termini di velocità e accessibilità.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Sviluppo, diffusione ed ottimizzazione del Cruscotto web		Targit	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.13	Sistema Informativo – banche dati - adempimenti							
Descrizione			Rendicontazione						
Al fine di esercitare la funzione di promozione e coordinamento dell'assolvimento dei debiti informativi che alimentano il sistema informativo regionale e ministeriale (assegnata al Dipartimento Valutazione e Controllo) continuerà il presidio per il corretto mantenimento e aggiornamento della mappatura delle "banche dati" presenti sui server aziendali e presso le varie strutture dell'Azienda. Il prodotto della rilevazione è un file in cui sono riportati tutte le informazioni salienti relative ai flussi informativi che attraversano l'Azienda nel suo funzionamento.			La rilevazione dei flussi informativi che alimentano le banche dati presenti su server aziendali e le varie strutture dell'Azienda è sempre attiva e costante. Il database contenente l'elenco dei flussi è in costante aggiornamento e recentemente è stato revisionato al fine di poterlo gestire tramite tabelle pivot utili per ottimizzare la ricerca delle informazioni in base a campi chiave come il nome del flusso, l'area di appartenenza, il dipartimento da cui è gestito, il responsabile della sua gestione. Trattandosi di un elenco molto consistente e complesso di informazioni, alcune delle quali di origine ormai remota, è in corso d'opera una revisione completa di ogni singola voce, al fine di pervenire ad un database il più possibile puntale, aggiornato e corrispondente all'attuale, effettivo funzionamento dell'Azienda.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	Obiettivi DG					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.13	Sistema Informativo – banche dati - adempimenti							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.14	Revisione Reportistica e miglioramento qualità del Flusso ADI							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Proseguirà l'attività di reporting nelle due specifiche Linee di rendicontazione periodica: sia quella legata ai Flussi informativi regionali e composta da: Sico, Sirco, Siadi, Hospice, Grad, sia quella relativa a: Sanità Penitenziaria, Ricoveri Area Salute Mentale Adulti, Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza, Costi e Personale del DAI-SMDP e del DSP, Nutrizione Artificiale. Entrambe suscettibili di ulteriori integrazioni e aggiornamenti nella forma e nei contenuti, e strutturate secondo tempi e modi espressi nel Piano Attuativo della Certificabilità - DGR n. 865/2013.</p> <p>In collaborazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie, proseguirà la fase di sviluppo e consolidamento della reportistica relativa alle Aree di intervento delle Cure Intermedie e della Nutrizione Artificiale. Per quest'ultima, il format di rendicontazione è stato completamente riformulato in conseguenza del nuovo assetto assistenziale dei Service di fornitura. Pertanto, sarà dedicata particolare attenzione alla fase di sviluppo.</p> <p>Per quanto concerne l'attività mirata al miglioramento della qualità del flusso SIADI il Gruppo di Monitoraggio, appositamente costituito, proseguirà il suo impegno con appositi Tavoli di Lavoro, istituiti secondo necessità.</p> <p>Si provvederà a perfezionare il collegamento tra reportistica e sistema gestionale di Decision Support System (MUSA) con l'introduzione di nuovi items d'analisi per la Salute Donna (SICO) e le Cure Intermedie (SIRCO), oltre al recepimento delle modifiche del sistema informativo dei flussi informativi regionali che potrebbero intervenire in corso d'anno.</p>			<p>Nel corso dell'anno 2017 sono state rispettate le date di realizzazione della reportistica programmata e relativa a tutti gli ambiti assistenziali oggetto di analisi periodica, con tempestiva pubblicazione sul Portale "Reportistica Dipartimento Valutazione e Controllo" su piattaforma MYDA. L'attività di reporting, finalizzata alla osservazione dei costi salienti utili per il processo di budgeting, dell'attività sanitaria svolta e della composizione del personale dipendente, si è ulteriormente arricchita di nuovi indicatori previsti dalla DGR 830/2017" Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017". Sempre in osservanza delle linee guida indicate nel Piano Attuativo della Certificabilità – DGR n. 865/2013, laddove ne concerne la materia.</p> <p>Per la nuova reportistica relativa alla Nutrizione Artificiale, in attesa che sia completata l'implementazione delle specifiche piattaforme informatiche, non disponendo ancora della possibilità di operare una rilevazione diretta ed autonoma dei dati da parte del Servizio scrivente, si è continuato con la procedura di recepimento delle informazioni dalla Unità Operativa di competenza.</p> <p>Il Gruppo di Monitoraggio della qualità del dato SIADI ha istituito due tavoli di Lavoro, resisi necessari sia per risolvere le criticità sorte in seguito all'introduzione di nuove indicazioni regionali sull'Assistenza Domiciliare (Cure Palliative) sia per dirimere questioni controverse legate agli episodi di cura.</p> <p>Con il supporto tecnico della IgConsulting, sono stati apportati i previsti aggiornamenti di collegamento tra reportistica, nello specifico per l'Area Salute Donna e il Servizio delle Cure Intermedie, e il sistema gestionale di Decision Support System su piattaforma MUSA.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 865/2013, Circolari regionali flussi informativi					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.14	Revisione Reportistica e miglioramento qualità del Flusso ADI							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Atti Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.3.1.15	Predisposizione di una reportistica di sintesi dell'attività e dei costi DCP							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Il Dipartimento Valutazione e Controllo, completato nell'anno 2016 un sistema di reportistica di attività, costi e personale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, intende predisporre una sorta di master Report DCP delle cure primarie, che dia conto in maniera sintetica e completa delle grandezze salienti che caratterizzano di servizi, dei legami con gli altri livelli di assistenza (trasversalità) e, in un secondo momento, dell'appropriatezza e della qualità degli outcomes.</p>			<p>Nel corso del 2017 è stato avviato il percorso di sviluppo e definizione di un modello di analisi utile al monitoraggio periodico dei costi salienti di funzionamento e delle attività sanitarie svolte dai vari Servizi/Aree funzionali afferenti al Dipartimento di Cure Primarie. Il programma di costruzione, data la particolare modularità della struttura, si è articolato su più fasi di sviluppo. Nel primo semestre dell'anno si sono definiti gli argomenti da includere, attraverso la scelta delle voci di spesa e degli indicatori di valutazione, quindi sono state selezionate le Aree funzionali da includere, condizione sine qua non la certificabilità dei dati disponibili. Si è provveduto alla modalità di aggregazione secondo opportuni criteri di trasversalità/sequenzialità, ma comunque in un'ottica di omogeneità di lettura. Nel secondo semestre, grazie ai costanti confronti con i referenti dei DCP in appositi Tavoli di Lavoro, si è ottimizzata la convergenza tra la parte economica e quella valutativa (indicatori di esito e di processo), addivenendo alla prima stesura di un modello di report molto prossimo alla rispondenza di sintesi ed esaustività previsti. Sono stati già editati report a cadenza trimestrale, ora in fase di ottimizzazione dopo i ritorni della Direzione del Dipartimento Valutazione e Controllo e quella delle Direzioni DCP, per la loro più immediata fruibilità. In tale ottica, al giungere dei dati della mobilità passiva infra e extra regionale, verrà rilasciato il Report annuale per l'anno 2017 e il primo report trimestrale per l'anno 2018. L'anno 2018 vedrà ulteriori studi di attualizzazione di format ed outcomes ed, eventualmente, la ridefinizione della classificazione dei Fattori Produttivi di spesa.</p>						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rilascio del Master Report DCP		Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Settore	7.3.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. (vd DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER - ALLEGATO B)</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.2.1	DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nel corso del 2017 saranno ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile. Le Aziende sanitarie sono impegnate:</p> <ul style="list-style-type: none"> -?ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC; -a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC); -ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema; -?ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC. 			<p>Il Dirigente responsabile del Controllo di Gestione ha partecipato attivamente a tutte le riunioni dei gruppi di lavoro regionali, garantendo il raccordo con la Direzione Aziendale. Nei sottogruppi sono stati coinvolti i collaboratori del Dipartimento Valutazione e Controllo interessati rispetto alle tematiche affrontate, per garantire un più ampio supporto tecnico specialistico in relazione anche alla valutazione di impatto della implementazione del nuovo sistema informativo</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		

Sub-Area	7.4	LA FORMAZIONE
-----------------	------------	----------------------

Settore	7.4.1	Obiettivi generali e specifici
----------------	--------------	---------------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Fra gli obiettivi generali della struttura rientra l'avvio dell'integrazione fra il Provider ECM AUSL di Parma ed il Provider ECM Azienda Ospedaliero Universitaria attraverso la condivisione e l'allineamento dei processi di lavoro e delle procedure.

In ottica di sviluppo organizzativo invece il focus è collegato alla necessità di accompagnare lo sviluppo dell'organizzazione con azioni formative in grado di incidere sul cambiamento organizzativo. Tutto ciò comporta anche di continuare a lavorare sullo sviluppo delle competenze distintive per alcuni ruoli chiave e sul potenziamento della formazione in e-learning.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

Obiettivo	7.4.1.1	Integrazione con Provider ECM Azienda Ospedaliero Universitaria			
------------------	----------------	--	--	--	--

Descrizione	Nel Corso del 2017 ci si pone l'obiettivo di rendere omogenee una parte delle evidenze emesse dal Provider ECM AUSL di Parma e dal Provider ECM Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma (procedure ed allegati) al fine di avviare un percorso di allineamento dei processi di lavoro		Rendicontazione	E' stato avviato e concluso un progetto di formazione - intervento dal titolo "Integrazione del e nel Servizio Formazione", che ha avuto inizio il 6 Giugno 2017 e si è concluso il 23 Ottobre 2017. Sono stati mappati alcuni processi di lavoro e le evidenze ad esse collegate. Alcune delle soluzioni proposte dai gruppi di lavoro e presentate alle due Direzioni generali sono state poi successivamente realizzate. In particolare è stata realizzata una scheda unica per l'analisi dei fabbisogni formativi, per la proposta e l'accreditamento dell'evento e per la richiesta di formazione esterna.			
--------------------	--	--	------------------------	---	--	--	--

Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo	DGR 1331/2011 (Accreditamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (Accreditamento provider ECM) DGR 1604/2015				
------------------------------	-------	--	------------------------------	--	--	--	--	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. evidenze revisionate	Documentazione	Numero >=	1,00	3,00	0,00	3,00	0,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
-------------------------------	----------	--	-------------------------	------------	--

Obiettivo	7.4.1.2	Piani di sviluppo delle competenze per gli operatori della SC Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane e per i referenti della formazione			
------------------	----------------	---	--	--	--

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

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.2	Piani di sviluppo delle competenze per gli operatori della SC Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane e per i referenti della formazione							
<p>La programmazione del Dossier Formativo (obiettivi ed eventi) della Formazione Aziendale deve prevedere specifici piani di sviluppo delle competenze per gli operatori dell'UO Formazione Aziendale e per i referenti della formazione dei Dipartimenti. In particolare ciò riguarderà soprattutto gli aspetti di valutazione dei processi formativi. Nel corso del 2017 si prevede la programmazione di almeno 2 eventi.</p>			<p>All'interno del Piano delle Attività Formative 2017 è stato predisposto un Dossier Formativo specifico contenente i piani di sviluppo degli operatori dell'UO Formazione e dei referenti della formazione. E' stata realizzata una giornata formativa , il 14 settembre 2017 e diversi incontri informativi/formativi nelle diverse articolazioni aziendali.</p>						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano		Riferimento Normativo	DGR 1331/2011 (Accreditamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (Accreditamento provider ECM) DGR OIV 1/14				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate		Sistema Informativo Formazione	% >=	50,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	
Evidenza Dossier Formativo sulle competenze degli operatori della formazione		Sistema Informativo Formazione	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.3	Sviluppo competenze dei ruoli infermieristici strategici: prosecuzione dell'attività formativa							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.3	Sviluppo competenze dei ruoli infermieristici strategici: prosecuzione dell'attività formativa							
Nel corso del 2017 verrà data continuità al percorso intrapreso sviluppando nuovi interventi finalizzati allo sviluppo di competenze relazionali e trasversali dei coordinatori infermieristici di area territoriale e ospedaliera (2 giornate).			Durante il primo semestre del 2017 è stata data continuità al percorso formativo rivolto ai coordinatori infermieristici territoriali, organizzando 3 incontri volti allo sviluppo di competenze relazionali, trasversali ed organizzative, quali la gestione della relazione con l'utente, la gestione dei conflitti e lo sviluppo dei collaboratori. Inoltre stato avviato un percorso formativo rivolto ai coordinatori di area ospedaliera, volto allo sviluppo delle competenze connesse alla gestione delle relazioni interpersonali e di situazioni complesse in contesti multiprofessionali. Sono stati organizzati 3 incontri formativi. Durante il secondo semestre del 2017 è proseguito il percorso formativo rivolto ai coordinatori di area ospedaliera: sono stati organizzati tre incontri formativi volti allo sviluppo delle competenze connesse alla gestione delle dinamiche relazionali in ambito lavorativo, alla gestione dei conflitti, alla gestione delle riunioni, alla gestione del tempo ed allo sviluppo dei collaboratori. Durante gli incontri è stata prevista anche una formazione sul campo volta alla analisi ed alla discussione di casi attraverso l'utilizzo della Piattaforma ForAven.						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate	Sistema Informativo Formazione		% >=	33,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Evidenza del Dossier Formativo Specifico	Sistema Informativo Formazione		Si/No =	Si	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.4.1.4	Formazione per i professionisti delle Case della Salute							
Descrizione	Nel corso del 2017 si intende dare avvio ad un percorso formativo volto a sviluppare le competenze necessarie per avviare i processi di cambiamento delineati dalla Delibera di Giunta Regionale 2128/2016 "Case della Salute: Indicazioni Regional per il Coordinamento e lo Sviluppo delle Comunità di Professionisti e della Medicina d'Iniziativa			Rendicontazione					
				Nel corso del primo semestre 2017 è stato avviato un progetto formativo in collaborazione con Ce.ri.s.ma.s volto a supportare lo sviluppo delle Case della Salute nel Distretto di Parma. Sono state realizzate 3 giornate delle 4 previste; l'ultima è in programma ad ottobre. Oltre agli incontri in plenaria, 3 gruppi di lavoro hanno lavorato su obiettivi intermedi definiti dalla docente e dalla committenza nel corso delle plenarie, restituendo di volta in volta il lavoro svolto. Nel corso del secondo semestre, il 10 novembre 2017 ha avuto luogo la quarta ed ultima giornata prevista dal percorso formativo con la presentazione dei progetti finali realizzati dai gruppi di lavoro e la definizione delle strategie operative per realizzarli.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.4.1.4	Formazione per i professionisti delle Case della Salute							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	D.G.R. 2128/2016 - CASE DELLA SALUTE: INDICAZIONI REGIONALI PER IL COORDINAMENTO E LO SVILUPPO DELLE COMUNITA' DI PROFESSIONISTI E DELLA MEDICINA D'INIZIATIVA					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative realizzate / N. giornate formative programmate ricerca bibliografica		Sistema Informativo Formazione	% >=	67,00%	100,00%	75,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.5	Formazione E-learning							
Descrizione			Rendicontazione	Nel primo semestre 2017 sono stati realizzati e prodotti due percorsi formativi e-learning in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale: - "Valutazione in Medicina Riabilitativa: nuovi strumenti" - "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in Ospedale". Il percorso formativo è stato progettato: prevede la realizzazione di 5 giornate formative nel 2018.					
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative attivate percorso di formazione e-learning / N. giornate formative programmate		Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	
N. percorsi formativi e-learning attivati/ N. percorsi formativi e-learning programmati		Piattaforma Foraven	% >=	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.6	DGR 1003 - Formazione specifica in medicina generale - Percorso e Tutor							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.6	DGR 1003 - Formazione specifica in medicina generale - Percorso e Tutor							
<p>Proseguimento delle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Proseguire, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso:</p> <p>-La formalizzazione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali);</p> <p>-La definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.</p>			<p>Il Percorso di accoglienza e accesso alle attività formative è stato formalizzato con un documento. Durante il secondo semestre, è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017 il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere.</p> <p>Con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017 è stata inoltre formalizzata la Referente aziendale delle attività pratiche e la rete dei Tutor aziendali per la formazione specifica in medicina generale.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese		Documenti Formazione	Si/No		Si	Si	Si		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.7	DGR 1003 - La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi.</p> <p>Nel corso del 2017 si intende lavorare sui percorsi individuati nel 2016 come oggetto di:</p> <p>1. misura del trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo</p> <p>2. misura dell'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.48)</p>			<p>Nel corso del primo semestre è stata misurata l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione del percorso formativo "Strategie Aziendali e Controllo Direzionale - 2a Edizione".</p> <p>Nel corso del secondo semestre sono stati realizzati i report per la misurazione del trasferimento dell'apprendimento del contesto lavorativo per i due percorsi formativi previsti.</p> <p>Quello relativo al progetto "Intervento a supporto dell'Integrazione di Funzioni di Staff e Tecnico Amministrative Azienda USL/Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma" rileva il trasferimento dell'apprendimento per la prima parte del percorso che ha previsto una formazione diffusa a tutto il personale coinvolto nel processo di integrazione e che ha preceduto la fase di trasferimento in altra sede di lavoro da parte degli operatori.</p> <p>La seconda parte del percorso formativa, da attivare, non sarà oggetto di valutazione.</p>						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	7.4.1.7	DGR 1003 - La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Produzione di un report per ciascun percorso formativo		Documenti Formazione	Numero >=	2,00	3,00	1,00	3,00	50,00%		

Settore	7.4.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Per tutte le Aziende Sanitarie sedi di attività didattiche pratiche: prosecuzione delle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Proseguire, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche.		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.2.1	DGR 830/17 - Formazione specifica in medicina generale							
Descrizione			Rendicontazione						
Proseguire nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso: Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali); Individuazione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale. Per le Aziende Sanitarie sede anche di attività didattica teorica: mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento della programmazione dell'attività didattica teorica.			Il Percorso di accoglienza e accesso alle attività formative è stato formalizzato con un documento. Il primo indicatore non è applicabile in quanto l'AUSL di Parma non è sede di attività seminariale. Durante il secondo semestre, è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017 il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere. Con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017 è stata inoltre formalizzata la Referente aziendale delle attività pratiche e la rete dei Tutor aziendali per la formazione specifica in medicina generale.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
documento di sintesi sull'attività seminariale svolta		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		
evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.2.2	DGR 830/17 - La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie							
<p>I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi.</p> <p>Gli obiettivi per il 2017 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione</p>			<p>Nel corso del primo semestre sono stati progettati e/o avviati percorsi formativi per i quali si intende misurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo: "Le patologie della spalla: dalla valutazione alle tecniche di trattamento manuale e riabilitativo"; - il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo: " Progetto Formativo a supporto dello sviluppo delle Case della Salute nel Distretto di Parma"; - l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione:"Integrazione del e nel servizio formazione". 						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo		specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00	2,00	2,00		
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00	1,00	1,00		

Sub-Area	7.5	La comunicazione e il miglioramento dell'accesso
-----------------	------------	---

Settore	7.5.1	Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'attività di comunicazione aziendale persegue il consolidamento e l'innovazione di strategie e strumenti per raggiungere sempre meglio le proprie finalità istituzionali, tra cui anche per il 2017 le principali sono: il miglioramento continuo dell'informazione e della conoscenza dei cittadini di servizi e percorsi di cura per un loro utilizzo più appropriato, la collaborazione alla promozione della salute e all'educazione sanitaria con apposite azioni di comunicazione integrata; il miglioramento della diffusione interna delle informazioni relative all'organizzazione e agli obiettivi aziendali. Sono previste durante l'anno le seguenti azioni di innovazione organizzativa e produttiva: adozione di un progetto operativo per la presenza aziendale sui social media, terminata la sperimentazione avviata nel 2016 su Facebook; realizzazione di un sistema sperimentale di monitoraggio e valutazione dell'efficacia degli strumenti di comunicazione, già prevista nel 2016 ma non perseguita; realizzazione di un progetto operativo di gestione delle relazioni con la stampa, oltre l'orario di lavoro, per casi di comunicazione di crisi o eventi avversi.

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

Obiettivo	7.5.1.1	Realizzazione di campagne informative
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione
Implementazione delle campagne informative regionali, realizzazione di campagne aziendali integrate, inter-aziendali o di Area Vasta, in accordo con il Piano regionale della prevenzione 2015-2018. Prosecuzione della campagna informativa interna-esterna aziendale a supporto della realizzazione della nuova ala ospedaliera di Vaio.	Sono state realizzate tutte le campagne previste, in linea con le indicazioni regionali e della direzione aziendale.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014; DGR 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016"
------------------------------	-------	---	------------------------------	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Campagne totali realizzate	evidenze doc.li c/o Ufficio Formazione	Numero >=	15,00	25,00	15,00	26,00	100,00%	

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

Obiettivo	7.5.1.2	Materiale informativo
------------------	----------------	------------------------------

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.5.1.2	Materiale informativo							
Realizzazione grafica e stampa di strumenti cartacei di comunicazione interna ed esterna, applicando tecniche e principi di health literacy tramite la collaborazione con il gruppo aziendale preposto.			Si è ulteriormente sviluppata, nel pieno rispetto degli obiettivi indicati, la produzione di strumenti grafico-editoriali a supporto delle campagne e di altre iniziative di comunicazione interna ed esterna. Nonostante le dimissioni del referente aziendale del gruppo sull'health literacy, non più convocato, è proseguita comunque l'implementazione delle tecniche comunicative specifiche di questa progettualità, già prevista dalle indicazioni regionali.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014; DGR 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016"					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Prodotti realizzati (opuscoli, locandine, libri, altro)		evidenze doc.li c/o Ufficio Formazione	Numero >=	30,00	70,00	35,00	65,00	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	7.5.1.3	Eventi comunicativi aziendali							
Descrizione			Rendicontazione						
Progettazione e realizzazione di eventi comunicativi aziendali di particolare rilevanza e impatto sulla comunità di riferimento, nonché organizzazione diretta di eventi di considerevole impatto aziendale.			E' stata data collaborazione operativa all'organizzazione, da parte di altre strutture aziendali, di numerosi eventi pubblici. In forma diretta, durante l'anno non sono stati organizzati eventi di specifica e rilevante valenza comunicativa aziendale.						
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014; DGR 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016".					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Eventi		evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	3,00	0,00	0,00	0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.5.1.4	Sito Internet, servizi online e portale ER Salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Miglioramento continuo del sito Internet aziendale, nei contenuti informativi e nella loro organizzazione grafico-editoriale. Realizzazione dell'aggregazione, nel sito aziendale, di tutti i siti esterni di singole strutture aziendali. Attivazione della presenza aziendale sui social media, dopo il periodo di sperimentazione annuale della pagina FB. Prosecuzione della collaborazione con la redazione regionale del portale ER Salute.			Gli obiettivi intermedi sono stati tutti ampliamenti raggiunti, se non superati, sia in qualità che quantità: si sta procedendo con l'aggregazione dei sotto-siti aziendali, in primis lo Spazio giovani e Mondo teen. Dopo un anno di sperimentazione della pagina Facebook aziendale (seguita a dicembre da oltre 5000 utenti) è stato elaborato un progetto per una presenza strutturata dell'Azienda sui social media, ancora all'approvazione della Direzione. E' in costante crescita la collaborazione con la redazione regionale del portale ER Salute.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Notizie pubblicate		evidenze online	Numero >=	130,00	280,00	141,00	263,00	100,00%	
Notizie pubblicate sul portale regionale ER Salute		evidenze on line	Numero >=	30,00	71,00	66,00	140,00	100,00%	
Utenti unici visitatori del sito aziendale		Google analytics	Numero >=	34.000,00	400.000,00	319.652,00	598.871,00	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	7.5.1.5	Relazioni con i cittadini e loro rappresentanti							
Descrizione			Rendicontazione						
Omogeneizzazione delle modalità informatiche di rilevazione e classificazione segnalazioni agli URP, supporto alla programmazione annuale del coordinamento aziendale CCM. Miglioramento della sezione aziendale della banca dati del numero verde regionale, rilevazione chiamate II° livello. Miglioramento delle risposte alle richieste informative dal servizio on line "scrivici" del sito aziendale.			Il coordinamento aziendale URP sta lavorando nel rispetto degli obiettivi e della sua programmazione. Si è insediato il coordinamento aziendale CCM, dopo i rinnovi elettorali, che sta procedendo con la programmazione annuale. Sono in miglioramento sia i servizi "scrivici" che la gestione-aggiornamento della banca dati del Numero verde. In questi due ambiti, il calo delle risposte è ritenuto un indicatore positivo, in quanto significa che i cittadini dispongono già delle informazioni loro necessarie, tramite altri canali aziendali, e non hanno bisogno di chiederle.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	7.5.1.5	Relazioni con i cittadini e loro rappresentanti								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Risposte servizio on line "scrivici" e chiamate II° liv. del Num ver SSR	evidenze doc.li		Numero >=	250,00	520,00	225,00	454,00	90,00%		
Riunioni coordinamento aziendale URP e CCM	evidenze doc.li		Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	7.5.1.6	Rapporti con i media								
Descrizione			Rendicontazione							
Consolidamento delle azioni operative per perseguire una sempre miglior presenza sui media locali e per ottenere una maggiore presenza positiva sui media regionali e nazionali. Consolidamento del sistema aziendale di rilevazione statistica per la valutazione della qualità della presenza aziendale sui media locali. Realizzazione di un progetto per la gestione, oltre l'orario di servizio, della comunicazione in casi di crisi o eventi avversi.			Le attività sono state realizzate completamente, superando ampiamente gli obiettivi assegnati sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. E' stato realizzato un progetto per la gestione comunicativa degli eventi avversi, ancora in corso di validazione da parte della Direzione aziendale.							
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Comunicati e conferenze stampa	evidenze online		Numero >=	80,00	180,00	89,00	184,00	100,00%		
Organizzazione interviste e contatti giornalisti-azienda	evidenze doc.li		Numero >=	50,00	80,00	79,00	130,00	100,00%		
Progetto gestione straord. comunicazione di crisi ed eventi avversi	evidenze doc.li		Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%		

Settore	7.5.2	Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Perseguimento costante della funzione di diffusione interna delle informazioni sull'organizzazione e su gli obiettivi aziendali, per contribuire alla realizzazione della programmazione aziendale e al miglioramento dell'efficienza produttiva e organizzativa aziendale. Allo scopo proseguirà la realizzazione di campagne informative interne, utilizzando prioritariamente servizi di comunicazione on line basati sulle funzionalità anche multimediali della nuova intranet , strumenti cartacei o video.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.5.2.1	Campagne di comunicazione interna							
Descrizione			Rendicontazione						
Realizzazione di campagne interne di comunicazione di promozione della salute, della tutela dei diritti e della sicurezza dei lavoratori, oltre che di informazione su attività, disposizioni e programmazione aziendali.			Sono state realizzate e implementate le campagne previste, in coerenza con le richieste pervenute dalla Direzione e dalle articolazioni aziendali.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Campagne realizzate		evidenze online	Numero >=	2,00	4,00	2,00	2,00	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.5.2.2	Intranet e altri strumenti							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento della nuova intranet aziendale e delle sue funzionalità informative avanzate. Realizzazione grafico-editoriale di strumenti informativi cartacei e video			Gli obiettivi sono stati raggiunti, ma non sono state sviluppate le funzionalità informative avanzate della Intranet.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.5.2.2	Intranet e altri strumenti								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Notizie pubblicate sulla Intranet	evidenze online	Numero >=	60,00	140,00	60,00	129,00	100,00%			
Prodotti informativi	evidenze doc.li c/o Ufficio comunicazione	Numero >=	18,00	40,00	18,00	38,00	100,00%			

Sub-Area	7.6	Le politiche del personale e sviluppo organizzativo
-----------------	------------	--

Settore	7.6.1	Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le direttrici sulle quali l'Azienda vuole impostare le azioni relative al personale sono principalmente quelle indicate come prioritarie dalle Linee di programmazione RER, determinate in gran parte dal quadro normativo nazionale, dalla contingenza economica e dall'impatto delle recenti manovre finanziarie. La contrazione delle risorse induce, riguardo al personale, ad una attenta analisi dei fabbisogni, oltre ad una ineludibile redistribuzione e riqualificazione del personale – Pertanto :

- a) Politiche di governo degli organici coerenti con gli indirizzi regionali di programmazione annuale
- b) Contenimento del numero di contratti a tempo determinato per copertura lunghe assenze-
- c) Riduzione del precariato
- d) Razionalizzazione e riprogettazione dell'organizzazione Aziendale sia in ambito sanitario, sia amministrativo-
- e) Politiche di integrazioni tra aziende provinciali ed a livello di Area Vasta.
- f) Riduzione del numero delle strutture complesse a seguito di politiche di razionalizzazione delle unità operative a parità di servizi offerti all'utenza.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.6.1.1	Predisposizione attività propedeutiche all'avvio della procedura di gestione Unificata delle Risorse Umane (GRU) e partecipazione ai lavori del Gruppo regionale in preparazione alla introduzione			
Descrizione		Rendicontazione			
Trattasi di obiettivo strategico, finalizzato a rendere assolutamente coerente l'operatività aziendale a quella decisa a livello regionale. L'attività consiste nella predisposizione delle tabelle di base, nella valutazione degli aspetti applicativi della procedura e della valutazione delle ricadute aziendali sia a livello operativo sia a livello organizzativo.		Il personale afferente il dipartimento interaziendale risorse umane in collaborazione con il personale RIT e operatori individuati nei distretti ha partecipato alle riunioni convocate presso la sede regionale e/o AVEN al fine di definire le prime linee di attività relative alla procedura propedeutica all'attivazione del nuovo applicativo GRU oltre che le necessarie "correzioni/ integrazioni" all'applicativo in uso . A seguito dell'individuazione dei referenti aziendali si è poi proceduto alla predisposizione e all'invio, secondo le scadenze definite a livello regionale, delle tabelle sulla base della quali la conversione sarebbe stata effettuata nell'autunno. Le attività previste come indicatori sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria.			
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Delibera di programmazione regionale 2015	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.1.1	Predisposizione attività propedeutiche all'avvio della procedura di gestione Unificata delle Risorse Umane (GRU) e partecipazione ai lavori del Gruppo regionale in preparazione alla introduzione							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio dell'attività di conversione delle basi dati aziendali		Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Conclusione e consolidamento dell'allineamento tabelle di base secondo le tempistiche indicate dalla Regione		Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.1.2	Governo degli organici, secondo le linee di indirizzo previste dalla normativa nazionale, dalle indicazioni regionali e dalla compatibilità economica aziendale							
Descrizione			Rendicontazione						
L'Azienda, valutate le priorità in ambito assistenziale, e tenuto conto dei documenti di riorganizzazione dei dipartimenti aziendali e del PO, predispone un piano previsionale di assunzione coerente con gli indirizzi regionali. Verrà pertanto effettuata una programmazione del fabbisogno complessivo, e, nelle sedute di budget coi dipartimenti e con le articolazioni, verranno concertate le singole dotazioni per l'anno in corso.			La Regione ha richiesto nel mese di aprile 2017 la predisposizione di piano assunzione individuandone contenuti e tempistica. Con nota prot. 19366 del 22/03/2017 si è provveduto all'invio del documento predisposto dalla SC Area Giuridica e Area Economica con la collaborazione del Servizio infermieristico e del Servizio Economico-finanziario e la supervisione del Direttore del dipartimento Risorse Umane. Con nota prot. 44271 del 17/07/2017 la Regione ha approvato il suddetto piano. Nel frattempo, tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA, si è proceduto a dar corso, seppure parzialmente, alle assunzioni previste. Al 30/06 risultano assunti 83 operatori di area Comparto e Dirigenza a tempo indeterminato. Al 31/12 sono stati poi complessivamente assunti n. 227 operatori di cui 138 a tempo indeterminato (110 area comparto, 27 medici e 1 ingegnere) e 89 a tempo determinato (69 area comparto, 22 medici e 7 Dirigenti sanitari). La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, inoltre, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.						
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo	Delibera di programmazione regionale 2015					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.1.2	Governo degli organici, secondo le linee di indirizzo previste dalla normativa nazionale, dalle indicazioni regionali e dalla compatibilità economica aziendale							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio assunzioni personale dipendente a tempo indeterminato, determinato e flessibile (In attesa di definizione)		Procedura risorse umane	Numero >=				100,00		
Predisposizione piano assunzioni		Documento piano assunzioni	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.1.3	Valutazione dell'assetto organizzativo aziendale di gestione delle risorse umane							
Descrizione			Rendicontazione						
L'avvio del processo di integrazione delle funzioni tecnico-amministrative due aziende sanitarie provinciali richiede una armonizzazione dell'attuale assetto operativo del ciclo di gestione delle risorse umane da condurre in collaborazione ed in accordo con le direzioni amministrative distrettuali, finalizzata alla definizione di procedure omogenee e condivise.			Nel I semestre si sono conclusi i trasferimenti legati all'integrazione delle funzioni amministrative del Dipartimento Risorse Umane e si è iniziata l'analisi delle procedure in essere nelle due aziende per giungere alla definizione di procedure omogenee che tengano conto anche delle specificità dei Distretti dell'AUSL. Nel corso dell'anno frequenti sono stati i contatti con le Direzioni amministrative dei Distretti per la definizione di singole procedure. In particolare nel corso dell'incontro tenuto il 28/11/2017 presso la sede dell'AUSL dai dirigenti del Dipartimento Risorse Umane sono state illustrate e discusse con le Direzioni amministrative dei Distretti alcune significative variazioni rispetto al precedente sistema di gestione del personale derivanti dal nuovo applicativo GRU VHR Time da attivarsi dal 1° Gennaio 2018. Le nuove procedure sono state descritte nella nota prot. n.78713 del 22/12/2017 trasmessa dal Direttore della SC. Area Giuridica del Dipartimento Risorse Umane a tutte le articolazioni aziendali.						
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza delle decisioni assunte nell'ambito degli incontri con le direzioni amministrative dei distretti e di presidio aziendale		Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.1.4	Progetto PAC gestione del trattamento economico del personale convenzionato							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nell'ambito del progetto PAC l'Area Vasta Emilia Nord ha l'incarico di redigere delle linee guida da applicare alle procedure stipendiali relative al personale convenzionato. Obiettivo dell'SSD personale convenzionato e collaborare alla stesura di detto manuale</p>			<p>Nel primo semestre 2017 si è proceduto ad una analisi delle procedure amministrative Aziendali in uso per la gestione del personale convenzionato (Medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali) sotto l'aspetto della gestione giuridica (conferimento degli incarichi, contrattualistica, stati di servizio, cessazione e collocamento a riposo), gestione delle presenze, gestione del trattamento economico (elaborazione dei cedolini, liquidazione delle competenze, adempimenti contabili, fiscali e previdenziali). Successivamente a detta analisi dell'esistente, è stato redatto un documento contenente le linee guida da applicare alle procedure summenzionate in ambito aziendale (servizi centrali e distrettuali), documento presentato in sede AVEN e trasmesso al Collegio dei Revisori per la sua valutazione.</p>						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Analisi dei percorsi amministrativo/contabili di elaborazione/liquidazione delle competenze stipendiali e registrazione contabile ad oggi in corso nell'Azienda USL di Parma	Evidenza		Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Partecipazione a riunioni incontri sia in sede provinciale (AOU/AUSL) che in sede AVEN.	Evidenza		Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Stesura di una relazione con schema delle procedure in essere al 31 dicembre 2016	Evidenza documentale		Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Supporto alla SSD Internal Auditing ai fini della stesura di una proposta di procedura relativa al personale convenzionato volta a razionalizzare i processi amministrativo contabili in uso	Evidenza		Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.6.1.5	Consolidamento dei processi di integrazione interaziendale						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.1.5	Consolidamento dei processi di integrazione interaziendale							
<p>Proseguimento dei processi di integrazione di attività tecnico-amministrative e di supporto tra le Aziende a livello provinciale, al fine di migliorare l'efficienza gestionale. Conseguente riorganizzazione a seguito degli spostamenti fisici degli uffici coinvolti.</p>			<p>Nel primo semestre si sono conclusi i trasferimenti degli uffici coinvolti in adesione al nuovo assetto dipartimentale integrato. Inizialmente sono stati interessati i dipendenti afferenti il dipartimento tecnico e logistico (padiglioni Cucine e Rasori) e quelli della S.C. Formazione e sviluppo risorse umane (padiglione ex Nefrologia). Successivamente si sono trasferiti gli operatori della S.C. Area Giuridica e S.C. Area Economica (padiglione Direzione Ospedale) e del Servizio Economico-finanziario (presso Ugolino).</p>						
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzazione dei trasferimenti degli uffici coinvolti in adesione al nuovo assetto dipartimentale integrato		Evidenza	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	7.6.2	Revisione organizzazione aziendale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
Documento che descrive in modo semplice e trasparente scopi, processi, metodologie, strumenti, tempi, attori, conseguenze di tutte le varie tipologie di valutazione componendole in un unico quadro organico. Prima della sua adozione la bozza di documento deve essere oggetto di uno specifico confronto con l'OIV-SSR, che esprimerà un parere formale sullo stesso.		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.6.2.1	Guida alla valutazione aziendale del personale							
Descrizione			Rendicontazione						
Documento che descrive in modo semplice e trasparente scopi, processi, metodologie, strumenti, tempi, attori, conseguenze di tutte le varie tipologie di valutazione componendole in un unico quadro organico. Prima della sua adozione la bozza di documento deve essere oggetto di uno specifico confronto con l'OIV-SSR, che esprimerà un parere formale sullo stesso.			Il documento "Guida alla valutazione aziendale del personale" è stato predisposto seguendo le indicazioni presenti nelle delibere dell'OIV-RER, in particolare seguendo la strutturazione dell'indice riportata nella delibera 5/2017. Il documento illustra processi e metodologie adottate in Azienda relativamente alla valutazione delle risorse umane, sia con riferimento alle valutazioni annuali che a quelle periodiche. Dopo il passaggio all'OAS aziendale, è stato trasmesso all'OIV-RER con nota prot.n 60164 del 3/10/2017 . e pubblicato sulla intranet, come specificamente indicato dallo stesso OIV.						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	Delibera 2/2015 (Par. 4.5)					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza bozza del documento da sottoporre all'OIV-SSR	Evidenza documentale		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	7.6.3	<u>Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nell'anno 2011, in adempimento alla L. n. 183/2010 e successiva Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione e del Ministro per le Pari Opportunità le Pubbliche Amministrazioni, è stato istituito il Comitato Unico di Garanzia con delibera del Direttore Generale del 21.07.2011. Tale organismo sostituisce, unificandone le competenze, il Comitato per le Pari Opportunità ed il Comitato Paritetico sul fenomeno del mobbing.</p> <p>Il Comitato ha iniziato ad operare nel mese di settembre, ha effettuato una giornata di formazione interna, ha elaborato ed approvato il regolamento che è stato successivamente deliberato dal Direttore Generale.</p> <p>A partire dal 2012 il Comitato ha sviluppato progettualità relative alla medicina di genere, quale il progetto, iniziato negli anni precedenti, relativo alla prevenzione del rischio cardiovascolare, rivolto alle Dipendenti dell'Azienda, e iniziative formative, in occasione della festa della Donna 2013 e 2014, 2015, in collaborazione con il CUG dell'azienda Ospedaliero-Universitaria.</p> <p>Ha contribuito, collaborando con la Direzione delle Attività Socio Sanitarie, alla progettazione e realizzazione di azioni e interventi per il contrasto alla violenza sulle donne (progetto di modernizzazione regionale, percorsi formativi in due Case della Salute, iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, istituzione del Centro LDV per l'accompagnamento degli uomini maltrattanti). Sul versante del benessere organizzativo ha proceduto nel corso del 2014 all'elaborazione di un codice etico, in attuazione della Direttiva sopracitata</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	7.6.3.1	Medicina di genere			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>In continuità con le azioni degli anni precedenti, verrà realizzata la quinta edizione del convegno, in occasione della Festa della Donna, sul tema della salute delle differenze, con particolare riferimento alla differenza di genere è finalizzato a trasmettere conoscenze e sensibilità sulla tematica, per diffondere un approccio clinico ma anche relazionale rispettoso e valorizzante delle differenze. Si intende inoltre costituire un gruppo di lavoro interaziendale, in sinergia con il CUG dell'A.OU, con l'obiettivo di migliorare l'attenzione sui temi inerenti le specificità di genere nelle attività rivolte sia ai professionisti che ai cittadini/pazienti.</p>			<p>E' stato realizzato il convegno cui hanno partecipato 270 operatori sanitari, sociali e del III Settore. Il tema di quest'anno ha riguardato il problema delle dipendenze nel genere femminile: dalle dipendenze da sostanze, alla dipendenza alimentare a quella affettiva. Si è approfondito come la costruzione sociale dei generi influenzi l'insorgere delle dipendenze e come il diverso modo di reagire al malessere emotivo implichi diverse modalità d'accesso alle dipendenze diverse motivazioni al processo che conduce all'autonomia. A partire dall'organizzazione dell'evento si sono effettuati incontri di approfondimento sulla medicina delle differenze.</p>		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 213/2013 L. R. 91/2014	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	7.6.3.1	Medicina di genere								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
incontri Gruppo di lavoro		Firme presenza	Numero <=		4,00	2,00	4,00			
realizzazione convegno		ATTI UFFICIO COMUNICAZIONE	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	7.6.3.2	Contrasto alla violenza sulle donne								
Descrizione			Rendicontazione							
In continuità con la collaborazione fornita alla DASS negli anni precedenti, nella realizzazione del percorso formativo sul tema, nell'attuazione del progetto di modernizzazione regionale, nella realizzazione delle iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, nel 2017 proseguirà la partecipazione del CUG ai progetti di contrasto al fenomeno della violenza con particolare riferimento alla manutenzione della rete territoriale e al consolidamento e promozione del Centro Liberiamoci della Violenza			E' stata garantita la partecipazione alla stesura del documento preliminare d'indirizzo sulla violenza di genere presentato in CTSS. La bozza è stata condivisa in incontri con tutti i Distretti. Si è inoltre assicurata al presenza al tavolo operativo di aggiornamento e specificazione del protocollo contro la violenza, presso il Centro Antiviolenza di Parma e al tavolo della rete contro la violenza del Distretto di Fidenza.E' stata assicurata la partecipazione ai lavori del Gruppo di Lavoro che ha predisposto il documento d'indirizzo sulla violenza di genere da presentare alla CTSS.							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1677/2013 DGR N.172/2015						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N. incontri partecipati/n. incontri organizzati		firme presenza despositate presso DASS	% <=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	7.6.3.3	Codice etico								
Descrizione			Rendicontazione							
Formalizzazione e diffusione del Codice di Condotta/Codice Etico volto a prevenire tutte le forme di discriminazioni in ambito all'Azienda, ad integrazione/ sostituzione del Codice contro le molestie sessuali.			E' stato formalizzato con Deliberazione della Direzione Generale il Codice di condotta per la tutela della dignità delle/dei dipendenti aziendali.Il documento è stato pubblicato sul sito aziendale.							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.6.3.3	Codice etico							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 213/2013					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con articolazioni aziendali		Firme presenza	Numero <=		4,00		0,00		
Deliberazione aziendale		Deliberazione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.6.3.4	Piano Azioni Positive							
Descrizione	Formalizzazione, del Piano triennale di Azioni Positive, in attuazione della L. n. 125/1991 e D.lgs. 196/2000.		Rendicontazione						
			E' stato redatta la proposta del Piano Azioni Positive per il triennio 2018-2020 a cura del CUG. Il documento è stato confrontato con il CUG dell'AOU che condiviso i medesimi obiettivi. Il documento è al vaglio delle Direzioni aziendali.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	L. n.125/1991 e D.lgs. 196/2000.					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Deliberazione aziendale		atti direzione aziendale	Sì/No		Sì		No		

Settore	7.6.4	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.6.4.1	DGR 830/17 - Il Governo delle Risorse Umane			
Descrizione	<p>La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione del Piano Aziendale annuale di Assunzione, con la definizione sia dei contingenti da reclutare rispetto alle cessazioni e al turn over del personale dedicato all'assistenza, sia della previsione di costo complessivo delle risorse umane. In riferimento ai Piani di Assunzione sottoposti alle valutazioni regionali e alle proprie dotazioni organiche, le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015. ... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.40).. Rispetto Legge 161/2014: Le Aziende del SSR, per mezzo anche dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese di cui sopra, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.</p>		Rendicontazione	<p>La Regione ha richiesto nel mese di aprile 2017 la predisposizione di piano assunzione individuandone contenuti e tempistica. Con nota prot. 19366 del 22/03/2017 si è provveduto all'invio del documento predisposto dalla SC Area Giuridica e Area Economica con la collaborazione del Servizio infermieristico e del Servizio Economico-finanziario e la supervisione del Direttore del dipartimento Risorse Umane. Con nota prot. 44271 del 17/07/2017 la Regione ha approvato il suddetto piano. Nel frattempo, tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA, si è proceduto a dar corso, seppure parzialmente, alle assunzioni previste. Al 30/06 risultano assunti 83 operati di area Comparto e Dirigenza a tempo indeterminato. Al 31/12 sono stati ppo complessivamente assunti n. 227 operatori di cui 138 a tempo indeterminato (110 area comparto, 27 medici e 1 ingegnere) e 89 a tempo determinato (69 area comparto, 22 medici e 7 Dirigenti sanitari). La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, inoltre, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa dervante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.</p>	
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

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

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

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

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.4.4	DGR 830/17 - Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche							
Descrizione			Rendicontazione						

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

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.4.5	DGR 830/17 - Relazioni con le OO.SS.							
Descrizione			Rendicontazione						
Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, discussioni che saranno avviate anche con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi.			Il confronto tra l'Azienda e le OOSS si è sviluppato attraverso incontri di consultazione inerenti processi di integrazione interaziendale, razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro nonché attraverso la sottoscrizione di accordi riguardanti la realizzazione di misure premianti, quali strumenti di valorizzazione del contributo degli operatori al conseguimento degli obiettivi di programmazione aziendale e quali fattori di riconoscimento dell'apporto reso per il mantenimento della piena e qualificata erogazione dei servizi e per la garanzia della continuità assistenziale.						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.4.5	DGR 830/17 - Relazioni con le OO.SS.							
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documenti relativi alle relazioni sindacali inerenti agli argomenti in evidenza		specifico flusso informativo	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.4.6	DGR 830/17 - Costi del personale							
Descrizione			Rendicontazione						
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014 e degli Accordi sottoscritti.			La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e il Servizio Infermieristico, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	7.7	Il SIT e la valorizzazione delle competenze
-----------------	------------	--

Settore	7.7.1	Organizzazione e gestione del personale
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le prospettive di lavoro del Servizio Infermieristico e Tecnico (SIT) per il 2017 prevedono diversi ambiti di impegno. Tra le azioni previste, una è volta a dare attenzione ai bisogni ed alle necessità di continuità di cura dei pazienti ad alta valenza assistenziale nel percorso ospedale-territorio. Più azioni sono orientate al tema della sicurezza delle cure; sulle cadute, l'attività sarà rivolta ad allineare i documenti aziendali di riferimento con le recenti linee di indirizzo regionali conducendo, in parallelo, una necessaria azione di formazione del personale sanitario; al percorso descritto si collegherà l'attivazione di uno specifico flusso informativo regionale. Altro intervento sarà rivolto alla promozione di pratiche assistenziali sicure per la riduzione del rischio infettivo nelle Case Residenza per Anziani collocate in ambito provinciale; particolarmente qualificante sarà la concomitante partecipazione alla realizzazione di uno studio di prevalenza, a carattere europeo, sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e l'uso degli antibiotici. Ancora, si intende attivare un osservatorio aziendale sulle lesioni da pressione nel Presidio Ospedaliero Aziendale; è evidente l'impegno necessario in termini di preventiva formazione dei professionisti (es. sulla stadiazione) come pure le positive ricadute, conseguenti all'attività dell'osservatorio, costituite dal supporto nell'individuazione di puntuali modelli di riferimento per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni. Nell'attenzione ad aspetti di valorizzazione delle risorse umane, in corrispondenza, peraltro, a prossimi adempimenti relativi all'accreditamento di alcune articolazioni aziendali, si opererà al fine di definire un percorso di accoglienza, inserimento, addestramento e valutazione del personale neoassunto secondo standard condivisi: competenze specifiche da acquisire, tempi adeguati al raggiungimento di livelli di autonomia operativa compatibili con le necessità assistenziali dei reparti/servizi, strumenti di valutazione.

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

Obiettivo	7.7.1.1	Sviluppo della continuità di presa in carico ospedale-territorio per pazienti ad alta valenza assistenziale			
------------------	----------------	--	--	--	--

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

Consolidamento della fase di presa in carico, da parte dell'equipe assistenziale, della struttura di Cure Intermedie e/o del Servizio Infermieristico Domiciliare, dei pazienti fragili dimessi dalle UU.OO. del Presidio Ospedaliero Aziendale che necessitano di continuità ad alta valenza assistenziale.	Nel corso dell'anno è divenuto pienamente operativo il percorso di continuità assistenziale definito, conseguendo la presa in carico della totalità dei pazienti segnalati.
--	---

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende e degli Enti del SSRR per l'anno 2016"
------------------------------	--------------	--	------------------------------	---

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Num. pazienti presi in carico/num. di richieste di presa in carico	Evidenze DCP	% >=		70,00%		100,00%		
Realizzazione dello strumento di presa in carico	Documentale	Sì/No =	Sì		Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.2	Adeguamento del sistema aziendale di prevenzione e gestione delle cadute in ambito ospedaliero							
Descrizione			Rendicontazione						
L'azione è volta ad aggiornare la procedura aziendale per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti, anche in riferimento alla recente emanazione di linee di indirizzo regionali sul tema. L'intervento si orienterà sia sugli ambiti relativi alla valutazione del rischio, prevenzione e gestione della caduta sia ad un adeguamento del sistema informativo aziendale. Ulteriore attenzione sarà posta all'aggiornamento del materiale informativo in uso ed alla realizzazione di momenti formativi rivolti al personale di assistenza.			E' stata realizzata la revisione della documentazione, di carattere aziendale, relativa alla prevenzione, valutazione del rischio e gestione delle cadute: procedura, materiale informativo, scheda di segnalazione, in coerenza con i contenuti delle linee di indirizzo regionali. Particolare attenzione è stata posta alla fruizione, da parte del personale sanitario, al corso FAD sulle cadute proposto dalla Regione.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR RER 1003/2016; Circolare n.21/2016 Dir. Generale Cura della persona, salute e welfare					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Revisione della procedura aziendale sulle cadute		Documentale SIT	Si/No =		Si		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.3	Formazione di infermieri esperti nell'impianto di dispositivi vascolari Midline							
Descrizione			Rendicontazione						
In una prospettiva di assistenza in cui la tutela del letto venoso del paziente si impone come indispensabile per garantire il regolare svolgimento del percorso clinico terapeutico e, conseguentemente, garantire salute e sicurezza, l'azione prevista è di ampliare la presenza, negli ospedali aziendali, di infermieri esperti nell'impianto dei dispositivi vascolari Midline. Questi costituiscono un accesso a rischio "minimo" posizionabile in quasi ogni paziente, con patrimonio venoso esaurito o a tutela di quello esistente, evitando l'impianto di cateteri centrali.			Si è completato il percorso formativo delle professioniste individuate che hanno acquisito le competenze attese e sono ormai operative nell'impianto autonomo dei dispositivi vascolari Midline. Si è ritenuto di potenziare, rispetto alla previsione iniziale, la presenza di infermieri esperti nell'Ospedale di Vaio formando due infermieri alla specifica attività.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Formazione di almeno 1 infermiere per Ospedale		Documentale SIT	Numero >=		2,00		3,00		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.7.1.4	Miglioramento dei percorsi di inserimento e valutazione del personale neoassunto afferente al Servizio Infermieristico e Tecnico							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nell'ambito degli attuali percorsi di inserimento ed addestramento del personale afferente al Servizio Infermieristico e Tecnico, si ritiene di attivare un intervento volto al miglioramento da un lato dei piani di accoglienza, affiancamento, addestramento per il personale neoassunto/neoinserito compreso il personale volontario e, dall'altro, dei processi per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti</p>			<p>E' stata redatta una procedura di valenza aziendale, relativamente al personale afferente al SIT, rispondente agli obiettivi che erano stati definiti.</p>						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 1604/2015					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Procedura valutazione		Documentale SIT	Si/No =		Si		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.5	Promuovere l'uso di pratiche assistenziali sicure per ridurre il rischio infettivo correlato all'assistenza nelle Case Residenze per Anziani							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>La gestione del rischio infettivo costituisce parte integrante dell'obiettivo strategico di promozione e miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari appartenenti a qualsiasi ambito aziendale. Nelle Case residenze per Anziani (CRA) il tema delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) è sicuramente aggravato dalla frequenza di ospiti colonizzati o infetti da germi multiresistenti e dalle condizioni di complessità degli assistiti. L'azione che si intende realizzare in questi contesti assistenziali, in ambito provinciale, è volta a promuovere prioritariamente la realizzazione di studi di sorveglianza finalizzati a conoscere i dati locali sulle infezioni, uso di antibiotici e isolamento di microrganismi antibiotico resistenti; offrire programmi formativi sulle buone pratiche assistenziali, in particolare l'igiene delle mani e le corrette misure di isolamento.</p>			<p>Successivamente alla conclusione dello studio di prevalenza europeo HALT 3, cui hanno partecipato 36 CRA del territorio provinciale, è stata realizzata un'iniziativa di restituzione dei dati ricavati dallo studio stesso per gli ambiti indagati localmente; ulteriormente sono stati attivati, come da programmazione, gli interventi formativi, rivolti a personale delle CRA, per il miglioramento della performance sull'igiene delle mani e le corrette misure di isolamento.</p>						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	Dgr. 318/2013. "Linee di indirizzo alle A.S. per la gestione del rischio infettivo: ...; Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018					

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo		7.7.1.5		Promuovere l'uso di pratiche assistenziali sicure per ridurre il rischio infettivo correlato all'assistenza nelle Case Residenze per Anziani									
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Formazione sulle principali misure di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: igiene delle mani				Documentale SIT		Sì/No =		Sì		Sì			
Formazione, coordinamento e supporto realizzazione studio sulle ICA ed uso degli antibiotici in strutture residenziali per anziani (promosso da European Centre for Disease Prevention and Control). Condivisione risultati ed azioni di miglioramento				Documentale SIT		Sì/No =		Sì		Sì			

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo		7.7.1.6		Attivazione di un sistema di monitoraggio delle lesioni da pressione nel Presidio Ospedaliero Aziendale									
Descrizione						Rendicontazione							
Le lesioni da pressione costituiscono una delle condizioni maggiormente monitorate nelle strutture sanitarie in quanto ormai ampiamente identificate in letteratura quale esito sensibile dell'assistenza infermieristica nel percorso di cura del paziente. L'obiettivo è di attivare un osservatorio aziendale, in prima istanza sull'ambito ospedaliero, volto ad alimentare un flusso informativo che possa rispondere anche a prossime esigenze regionali. Peraltro, il flusso che si vuole attivare è elemento conoscitivo indispensabile per assumere decisioni puntuali, efficaci ed efficienti, sulle modalità di erogazione dell'assistenza al paziente, in particolare infermieristica.						Sono state conseguite le condizioni necessarie per l'attivazione del sistema di monitoraggio a livello aziendale non effettivamente messo in uso stante la valutazione dell'opportunità di procedere in coerenza con il flusso informativo regionale di cui si sono prolungati i tempi di strutturazione rispetto a quanto atteso.							
Obiettivi Performance		2.2.1		Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico		Riferimento Normativo		DGR 1003/2016 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende e degli Enti del SSRR per l'anno 2016"					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Attivazione flusso informativo				Documentale SIT		Sì/No =		Sì		Sì			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.7.1.7	Attivazione di un flusso informativo sulle prestazioni realizzate negli Ambulatori infermieristici delle Case della Salute							
Descrizione			Rendicontazione						
L'azione che si intende attivare è rappresentata dal consolidamento di un flusso informativo sulle principali prestazioni infermieristiche realizzate negli ambulatori infermieristici presenti nelle Case della Salute, od altre strutture territoriali, nella prospettiva di conseguire una puntuale rendicontazione, funzionale sia al governo delle attività stesse come pure alla loro rappresentazione all'interno ed all'esterno dell'azienda.			L'applicativo a supporto del flusso informativo è stato sperimentato presso una Casa della Salute e sussistono le condizioni per una sua messa in uso in tutte le strutture interessate.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione flusso informativo		Documentale SIT	Sì/No =	Sì		No	Sì	0,00%	

Sub-Area	7.8	Sicurezza del lavoro
-----------------	------------	-----------------------------

Settore	7.8.1	Quadro generale
----------------	--------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Continua in Azienda la realizzazione del Sistema di Gestione della Sicurezza, così come previsto dall'art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i. Il percorso avviato ha migliorato, a tutti i livelli organizzativi, le conoscenze in materia di sicurezza del lavoro promuovendo la "cultura della sicurezza" come parte integrante dell'organizzazione del lavoro e non solo come mero adempimento normativo. Anche per l'anno 2017 l'obiettivo prioritario è rappresentato dal coinvolgimento attivo di tutte le figure aziendali per la condivisione ed adozione delle medesime Procedure di lavoro / Istruzioni Operative, da applicarsi nei vari Servizi dell'Azienda.

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

Obiettivo	7.8.1.1	Gestione del rischio
------------------	----------------	-----------------------------

Descrizione	Rendicontazione
<p>Miglioramento delle condizioni di lavoro, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i., attraverso l'elaborazione di documenti di valutazione del rischio mirati, con riferimento ai rischi di carattere generale di tipo trasversale ed ai rischi specifici presenti nell'attività lavorativa. Predisposizione di Piani di bonifica e loro verifica.</p> <p>Predisposizione e/o Aggiornamento Documento di Valutazione del Rischio - Sche di struttura - ed azioni conseguenti.</p> <p>Aggiornamento del Documento di valutazione del Rischio da esposizione ad Agenti Biologici e contestuale verifica relativa all'applicazione delle Procedure di sicurezza ed eventuale revisione/aggiornamento. Analisi del fenomeno infortunistico e formazione degli operatori, in collaborazione con i S.I.T. az.li.</p> <p>Collaborazione con il C.I.O. per il contrasto ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>A livello Aziendale continua l'aggiornamento del Documento di Valutazione del rischio da esposizione a sostanze pericolose - agenti chimici, con la raccolta delle Schede di sicurezza aggiornate alla nuova Normativa (Reach - CLP : Regolamenti Europei in vigore dal 01.06.2015) e la definizione dell'Indice di rischio per gli operatori.</p> <p>Aggiornamento del Documento Aziendale che identifica i DPI - Dispositivi di Protezione Individuali e diffusione fra gli operatori aziendali.</p>	<p>Predisposto Documento di Valutazioni del rischio per le sedi individuate. - DISTRIBUITE Predisposta la statistica degli infortuni, compresi infortuni a rischio biologico e distribuita agli interlocutori az.li. - DISTRIBUITO</p> <p>Iniziata la raccolta delle informazioni per per l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio da esposizione ad agenti biologici: ANALISI COMPLETATA - DOCUMENTI DISTRIBUITI</p> <p>COMPLETATO l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio da esposizione a sostanze pericolose - agenti chimici e DISTRIBUITO</p> <p>Aggiornamento Documento Az.le che identifica i DPI - Dispositivi di Protezione individuali: CONTINUA LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI</p>

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.
------------------------------	-------	---	------------------------------	-----------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.1	Gestione del rischio							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Azioni di miglioramento eseguite.		atti del SPPA	Sì/No		Sì	No	Sì		
Relazioni effettuate		atti delle articolazioni aziendali coinvolte.	Sì/No =		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.2	Gestione Emergenze							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Prosegue la predisposizione e/o l'aggiornamento dei Piani di Emergenza per le sedi aziendali.</p> <p>Prosegue l'organizzazione e conduzione di simulazione di emergenza nelle sedi aziendali, in collaborazione con il Servizio Attività Tecniche e le Direzioni dei Distretti e del Presidio Ospedaliero Az.le.</p> <p>Attività di Formazione ed addestramento delle Squadre addette alla Gestione dell'Emergenza: RGE – Responsabile Gestione Emergenza e AGE – Addetti alla Gestione dell'Emergenza, compresa la formazione rispetto alla gestione degli impianti di allarme antincendio.</p> <p>Collaborazione con il SAT per elaborazione Valutazione del rischio sismico: predisposizione analisi degli elementi non strutturali, per le sedi per le quali deve essere garantita la continuità assistenziale.</p>			<p>Eseguito aggiornamento e/o predisposizione Piani di Emergenza richiesti / concordati con le singole articolazioni aziendali: DISTRIBUITI.</p> <p>Effettuate le simulazioni di emergenza previste.</p> <p>ORGANIZZATI ED EFFETTUATI i Corso di formazione /addestramento PREVISTI.</p> <p>PREDISPOSTA valutazione del rischio sismico relativa agli elementi non strutturali, per le sedi concordate: DISTRIBUITA RELAZIONE.</p>						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di simulazioni effettuate		atti SPPA	Numero =		90,00	50,00	90,00		
Numero Piani di emergenza predisposti		atti SPPA	Numero =		90,00	50,00	90,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.3	Formazione							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Prosegue l'attività di formazione di Dirigenti – Preposti – Lavoratori, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i. e dall'Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011: organizzazione in AVEN dell'aggiornamento - 6 ore in modalità e-learning ed in collaborazione con AOU di Parma della Formazione specifica, nell'ambito dei Progetti formativi dell'OPP - Organismo Paritetico Provinciale Sanità Pubblica. Formazione dei Dirigenti e dei Preposti, in modalità e-learning. Formazione del neo-assunto, in modalità e-learning. Formazione specifica antincendio. Formazione specifica sulla corretta movimentazione delle persone rivolta agli Operatori delle sedi ospedaliere.</p>			<p>Organizzata la formazione come da programma aziendale. I corsi di formazione sono iniziati SECONDO IL CALENDARIO PREVISTO.ESEGUITO il monitoraggio DEGLI ACCESSI. Si precisa che il Corso di formazione 6 ore è gestito direttamente da AUSL di Parma.</p>						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di adesione alle iniziative formative proposte		Anagrafica Aziendale	% =		100,00%	50,00%	90,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.4	Benessere Organizzativo							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nell'ambito delle iniziative legate alla promozione del benessere organizzativo, si promuove il monitoraggio e l'analisi dei fattori di rischio - manifestazione e contrasto relativi all'anno 2016. Si avvia in tal modo il confronto interno fra partizioni organizzative aziendali, mirato all'aggiornamento del Documento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato.</p>			<p>E' iniziata la raccolta degli Indicatori aziendali per il confronto successivo, CHE PROSEGUIRA' ANCHE NEL 2018 CON INIZIATIVE AD HOC LEGATE AL CONFRONTO BIENNIO 2016-17. Nel corso dell'anno 2017 il SPPA è intervenuto per l'analisi e la valutazione di situazioni ritenute " critiche "segnalate, attraverso incontri con i dirigenti ed i preposti, i coordinatori e gli operatori interessati, suggerendo l'adozione di alcune azioni di miglioramento legate soprattutto all'organizzazione del lavoro. Non sono state predisposte relazioni specifiche, ma è stato avviato un monitoraggio per valutare nel tempo l'effettiva risoluzione delle criticità indagate. Il risultato di questa attività " sul campo " sarà descritta ed ufficializzata nel corso del 2018.</p>						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.4	Benessere Organizzativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione Relazione e sua diffusione.		atti SPPA	Si/No =		Si	No	No		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.5	Azioni di Area Vasta							
Descrizione			Rendicontazione						
In Area Vasta AVEN si avviano le procedure per la scelta, acquisto ed utilizzo di contenitori di piccole dimensioni pre-riempiti con formalina a ciclo chiuso per la conservazione di parti anatomiche per l'inoltro successivo al laboratorio di analisi. Addestramento degli operatori all'utilizzo.			Raccolti vari campioni di contenitori attualmente presenti sul mercato: EFFETTUATA LA VALUTAZIONE SPECIFICA, in collaborazione con Coordinatori S.I.T. interessati all'uso e il Dip. Farmaceutico az.le. DISTRIBUZIONE ED UTILIZZO DEI CONTENITORI.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Diffusione dell'utilizzo		atti SPPA	% =		100,00%	100,00%	100,00%		

Settore	7.8.2	Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il Sistema di Gestione della Sicurezza ex-art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i. comprende l'attuazione della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica dei lavoratori esposti a rischi per la salute, delegata al medico competente aziendale.</p> <p>Anche per il 2017 il medico competente è chiamato ad operare in collaborazione con le figure preposte alla sicurezza sia per i rischi disciplinati dal DLgs 81/2008 che quelli indicati dal DLgs 230/1995 in materia di radioprotezione, per garantire al Datore di Lavoro ed ai Dirigenti con delega quel modello organizzativo "esimente" delle responsabilità. Il medico collabora inoltre nei progetti aziendali di igiene ospedaliera per la tutela del rischio degli utenti "terzi".</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.1	Gestione del rischio- A							
Descrizione			Rendicontazione						
Valutazione e stesura del Documento di Valuazione del rischio TBC nei Distretti di Parma, Borgotaro e Sud-Est. Completamento dello screening tubercolare per la ricerca e follow-up degli operatori con ITBL operanti in aree a rischio per la propria salute e per i terzi assistiti.			E' stato predisposto il resoconto dello screening TBC e il conseguente Documento di Valutazione dei Rischi per i Distretti di Parma, Valli Taro e Ceno e Sud-Est, che aggiungendosi agli analoghi DVR già redatti per gli Ospedali di Vaio-Borgotaro e Distretto di Fidenza portano al 100% le articolazioni aziendali dotate del Documento.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i. Accordo Stato Regioni del 07/02/2013 DGR n°2 del 2010					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Articolazioni aziendali dotate di Resoconto screening tubercolinici nei reparti classificati a rischio dal Documento di Valutazione aziendale/totale.	medico competente		% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	
Articolazioni aziendali dotate di Documento di valutazione del rischio DLgs 81-2008 per rischio TBC /totale delle articolazioni aziendali da dotare di Documento	Atti Direzione aziendale		% =	100,00%	100,00%	65,00%	100,00%	65,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.2	Gestione del rischio -B							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.2	Gestione del rischio -B							
Completamento dello screening immunologico degli operatori relativamente alle malattie trasmissibili per via aerea, in particolare varicella e morbillo, secondo PRP 2016-2018 recepito nel piano locale in tutti i distretti e Ospedale di Vaio e Borgotaro.			Completato il resoconto dello screening varicella-morbillo-rosolia-parotite, valido ai fini della costruzione del Documento di Valutazione dei Rischi per i Distretti di Parma, Valli Taro e Ceno e Sud-Est, che aggiungendosi a quelli già redatti per gli Ospedali di Vaio-Borgotaro e Distretto di Fidenza, portano al 100% le articolazioni aziendali dotate di Documento di Valutazione.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Articolazioni aziendali con Resoconto dello screening immunologico per varicella-morbillo degli operatori a rischio o a rischio verso terzi/totale delle articolazioni aziendali da dotare con Resoconto dello screening immunologico per varicella-morbillo		medico competente	% =	70,00%	100,00%	70,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.3	Gestione del rischio -C							
Descrizione			Rendicontazione						
Contenimento del rischio biologico da HBV HCV HIV in caso di infortunio percutaneo e congiuntivale del personale e dei costi della terapia profilattica attraverso la determinazione in tempi rapidi (entro 4-6 ore) dello stato sierologico del soggetto "fonte" nelle articolazioni dell'AUSL di Parma servita dai Laboratori Aziendali e/o laboratori dell'AOU di Parma contenimento dei costi della terapia profilattica.			Procedura già operativa a Vaio H 24 e messa a regime a Borgotaro nel 2017. Predisposta lettera a firma del Direttore Sanitario per la Direzione Sanitaria dell' AOU di Parma per avere analogo supporto e procedura di determinazione H24 dal Laboratorio di Virologia dell' AOU per i campioni di sangue raccolti nei Distretti di Parma e Sud-Est- Manca evidenza di risposta dell' Azienda Ospedaliera, ma l'obiettivo per trovare una omogeneità di risposta procedurale anche per il Laboratorio dell' Azienda Ospedaliera è stato raggiunto						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.3	Gestione del rischio -C							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Accordo con AOU di Parma per effettuare lo screening sul soggetto fonte in tempi brevi (4/6 ore dall'evento)		Atti Direzione aziendale	Sì/No		Sì	No	No		
Evidenza del Protocollo di intesa aziendale con i laboratori dei P.O. per rispetto tempistiche sopraindicate		Atti Direzione aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	7.8.2.4	Formazione							
Descrizione			Rendicontazione						
Corsi di formazione del personale non immunizzato da epatite B, varicella, morbillo per promuovere la cultura delle vaccinazioni. NEL 2016 LA CARENZA DI COPERTURA VACCINALE NON E' STATA TALE DA GIUSTIFICARE UN CORSO DI FORMAZIONE IN QUANTO LA QUASI TOTALITA' DELLA COPERTURA VACCINALE E' STATA OTTENUTA CON IL COLLOQUIO IN SEDE DI SORVEGLIANZA SANITARIA PERIODICA O STRAORDINARIA. I LAVORATORI SONO STATI ANCHE CONTATTATI TELEFONICAMENTE ED E' STATA FATTA LA VERIFICA DI AVVENUTA VACCINAZIONE SUL SOFTWARE AZIENDALE. DI FATTO LA COPERTURA OTTIMALE E' STATA RAGGIUNTA			Attuato incontro con DSP, Profilassi malattie Infettive, (Dr. Zatelli), referente del progetto 1.2.3. di "promozione della cultura della vaccinazione nella popolazione generale e operatori sanitari" previsto dal PSN vaccinale 2017-19. Attuato incontro con equipe formatori del Servizio di Igiene Pubblica, settore Profilassi Malattie Infettive di tutti i Distretti per la visione dei materiali formativi e tecniche didattiche. Si prevede effettuazione e accreditamento di corsi nelle varie articolazioni nel 2018. Il corso previsto a fine 2017 non è stato effettuato per la campagna antinfluenzale attuata, che ha impegnato significativamente le risorse umane del Servizio di Igiene Pubblica e dell'Ambulatorio del medico competente.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Viene riproposto un corso di formazione con attestato di partecipazione ai lavoratori che nel 2017 rifiutino la vaccinazione nel corso della sorveglianza sanitaria, se numericamente significativi		Atti ufficio formazione	Sì/No		Sì	No	No		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.5	Innovazione informatica							
Descrizione			Rendicontazione						
Cartella informatizzata per la gestione degli screening tubercolari e da varicella-morbillo. LA CARTELLA E' STATA APPROVATA DAL GRUPPO MEDICI COMPETENTI AZIENDALI, SU RICHIESTA DELLA REGIONE. NON SI CONOSCONO I TEMPI DI ACQUISTO E DI CONSEGNA ALLA NOSTRA AZIENDA DEL SOFTWARE.			Gli incontri di coordinamento dei medici competenti regionali si sono conclusi. Si è in attesa della Gara di appalto regionale per l'acquisto del software della cartella informatizzata. Il raggiungimento dell' obiettivo non dipende dalla disponibilità dei medici competenti aziendali ma dalle tempistiche di consegna del programma informatico. In ogni caso è proseguita la raccolta dei dati vaccinali e immunologici nel software attualmente in uso nell'ambulatorio del medico competente per la programmazione delle visite, test immunologici e della vaccinazione degli operatori sensibili a varicella, morbillo, parotite, rosolia, epatite B e difto-tetano						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza inserimento dati vaccinali e immunologici, PREVIA ACQUISIZIONE DEL SOFTWARE REGIONALE IN TEMPI COMPATIBILI CON INSERIMENTO DEI DATI IMMUNOLOGICI		medico competente RIT,	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.6	DGR 1003 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.6	DGR 1003 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie							
<p>Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa; - Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi; - Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo. - Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni. 			<p>Proseguono a livello regionale, a cadenza bimestrale, gli incontri tra RSPP e medici competenti per omogeneizzazione procedure di tutela della salute e sicurezza nelle AUSL-AO. Approvato il documento regionale sulla "Sorveglianza sanitaria dei lavoratori della Sanità esposti a rischio biologico". I medici competenti hanno partecipato al corso promosso dal Coordinamento Medici Regionali AUSL-AO a Bologna su "Disturbi alcol correlati nei lavoratori della sanità". I medici competenti hanno partecipato al corso promosso dal Coordinamento Medici Regionali AUSL-AO a Imola il 29/11/2017 su "Aggressioni degli operatori in Sanità" e sul "Gestione delle visite art 5 L300/70 (Statuto dei Lavoratori)" e dei ricorsi art. 41 Dlgs 81/2008 avverso il giudizio del medico competente. VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI: si rileva un incremento rispetto alla campagna 2016-2017.</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari		Atti Direzione aziendale	% >=		34,00%		30,27%		

Settore	7.8.3	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.3.2	DGR 830/17 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno: - Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuando modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi; - Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo. - Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.</p>			<p>Procedure di aggiornamento della sorveglianza sanitaria :operativo a livello regionale il protocollo di sorveglianza sanitaria per rischio biologico dei medici competenti ausl-ao. promozione della cultura della prevenzione delle mal infettive e della vaccinazione: iniziati incontri con referenti formativi dei servizi di profilassi malattie infettive e medici competenti per stesura materiale formativo.</p> <p>Attuato incontro con equipe formatori di Distretto per visionare materiali formativi e tecniche didattiche. Si prevede effettuazione corsi ECM nelle varie articolazioni nel 2018. Il corso previsto a fine 2017 non effettuato per la campagna antinfluenzale , che ha impegnato significativamente le risorse umane del Servizio di Igiene e dei medici competenti. Attuata la campagna informativa sulla vaccinazione, con iniziative su intranet,bacheche aziendali,mail individuali degli operatori, oltre a offerta attiva,con presenza dei medici in tutti i reparti, servizi e Case della salute, secondo il calendario pubblicato.</p> <p>VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI: si rileva un incremento rispetto alla campagna 2016-2017.</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
realizzazione di 1 modulo formativo sulle malattie infettive, comprese quelle prevenibili da vaccino, rivolto agli operatori		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00	0,00	0,00		
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari		specifico flusso di riferimento	% >=		34,00%	0,00%	30,27%		

Sub-Area	7.9	Politiche degli acquisti e logistica
-----------------	------------	---

Settore	7.9.1	Obiettivi 2017
----------------	--------------	-----------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso dell'ultimo biennio la Regione, tenendo conto delle indicazioni emerse dalle diverse Aree Vaste, ha predisposto uno strumento di programmazione unico triennale per gli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario (il cosiddetto Masterplan), prevedendo 2 revisioni annuali, nel corso dei mesi di aprile ed ottobre. A seguito di tale programmazione AVEN ha provveduto ad aggiornare i propri strumenti di programmazione, evidenziando precisi tempi di esecuzione delle procedure. Le diverse Aziende sanitarie sono chiamate a contribuire allo svolgimento della programmazione regionale e di Area Vasta, partecipando tramite propri dipendenti ai gruppi di lavoro per la formulazione dei progetti e alle Commissioni dai Gara per l'affidamento degli appalti. Le procedure non comprese in tali programmazioni dovranno essere ricomprese in uno strumento programmatico aziendale, da formulare in coerenza con quelli di livello sovraziendale, specificando tempi e modalità di esecuzione.

Inoltre, nell'ambito del processo di revisione della programmazione delle attività, si evidenzia quanto segue:

1) il 2017 è il primo anno di esecuzione degli interventi previsti nel Piano Triennale 2017 – 2019 per l'individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, delle autovetture di servizio, e dei beni immobili ad uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali, da approvarsi con apposita delibera. Tale programmazione deve comprendere gli elementi strategici aziendali per il raggiungimento della razionalizzazione delle dotazioni prima indicate, in ottemperanza a quanto previsto dai commi 594 e 595 dell'art. 2 della L. 24-12-2007 N. 244. In occasione della predisposizione del nuovo Piano Triennale si procederà anche alla rendicontazione degli esiti del precedente Piano Triennale 2014 - 2016 (per il quale nei Piani Azioni delle diverse annualità si sono fornite le rispettive indicazioni in merito alle azioni intraprese in adempimento dello stesso);

2) nel corso del 2016 sono stati completati i progetti di dematerializzazione delle fatture passive e di riorganizzazione del processo contabile di fornitura dei servizi, dalla fase di controllo tecnico ed amministrativo delle prestazioni alla fase di liquidazione, con informatizzazione di tutte le fasi. Tali progetti costituiscono la base per razionalizzare i rapporti con i fornitori, diminuendo i dati quantitativi in merito alle fatture da gestire, con benefici in termini di ore di lavoro. Nel corso dell'anno 2017 si completerà la messa a regime dell'intero ciclo passivo, con la dematerializzazione della gestione delle bolle, degli ordini e della reportistica di riferimento.

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.9.1.1	PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ANNUALE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.1.1	PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ANNUALE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI							
<p>Si dovrà contribuire in modo sostanziale all'esecuzione della Programmazione Regionale per l'acquisizione di Beni e Servizi (da svolgere tramite Intercent-ER ed AVEN), e si dovrà elaborare una apposita programmazione annuale per le procedure residuali, da svolgere a livello aziendale, tenendo comunque conto del "REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' CONNESSE ALL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI IN AMBITO SOVRAZIENDALE", approvato con Delibera n. 813 del 04/12/2015 in ambito AVEN e delle disposizioni contenute nelle ultime Leggi di stabilità (con particolare riferimento a quelle contenute nella LEGGE 28/12/2015, n. 208 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (pubblicata sulla GU n. 302 del 30-12-2015 – Suppl. Ordinario n. 70). La programmazione aziendale dovrà prevedere specifiche tempistiche per quanto riguarda le seguenti fasi: elaborazione dei documenti progettuali; adozione degli atti di indizione delle gare; aggiudicazione/affidamento diretto degli appalti; sottoscrizione dei contratti.</p>			<p>La programmazione si è svolta in modo regolare, tenuto conto delle attività di competenza del settore di riferimento. Sono state adottate nel corso dell'anno le seguenti Delibere, connesse all'attività di programmazione:</p> <p>1) La Regione Emilia Romagna con DETERMINAZIONE N. 10018 DEL 16/06/2017, ADOTTATA DALLA DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE, ha approvato il MASTERPLAN (PROGRAMMAZIONE UNICA DEGLI ACQUISTI IN AMBITO SANITARIO) PER IL TRIENNIO 2017 – 2019. Entro il 30/06/2017 è stata predisposta la bozza di programmazione aziendale, tenuto conto delle indicazioni ivi riportate e successivamente, con Delibera n. 506 del 09/08/2017, è stato adottato l'atto aziendale di programmazione, integrato con le attività di stretta competenza;</p> <p>2) Delibera n. 315 del 23/05/2017 è stato approvato il PROGRAMMA TRIENNALE ED AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVAZIONE DELLE PROCEDURE DI ACQUISIZIONI DI SOFTWARE E SERVIZI INFORMATICI PER IL TRIENNIO 2017 – 2019, NELLE MORE DELL'ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DI CUI ALLA LEGGE N. 208 DEL 28 DICEMBRE 2015 "LEGGE DI STABILITÀ 2016", CON STIPULA DEI RELATIVI CONTRATTI;</p> <p>3) Delibera n. 481 del 01/08/2017 è stato adottato il REGOLAMENTO AVEN CONTRATTI SOTTOSOGLIA E APPROVAZIONE DELLE MODIFICHE AL "REGOLAMENTO OPERATIVO PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ CONNESSE ALL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI IN AMBITO SOVRAZIENDALE", predisposto nel primo semestre dell'anno in corso;</p> <p>4) Approvazione dell'aggiornamento del "Programma triennale degli acquisti di beni e servizi", nell'ambito del Masterplan 2017 – 2019, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 del Codice dei Contratti Pubblici.</p> <p>Il numero delle procedure effettuate, rispetto a quelle previste dagli strumenti programmatori, è risultato in linea con il raggiungimento degli obiettivi aziendali annuali.</p>						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. procedure effettuate/N. procedure programmate (tenuto conto delle attività di propria competenza)	Registro delibere, Registro determine, Repertorio contratti		% >=	40,00%	80,00%	23,00%	86,00%	58,00%	
Approvazione Programmazione annuale aziendale per l'acquisto di beni e servizi	Registro delibere aziendali		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.9.1.2	Razionalizzazione delle dotazioni strumentali							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2017 dovrà essere predisposto il Piano Triennale 2017 – 2019 per l'individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, delle autovetture di servizio, e dei beni immobili ad uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali, da approvarsi con apposita delibera (tale programmazione deve comprendere gli elementi strategici aziendali per il raggiungimento della razionalizzazione delle dotazioni prima indicate, in ottemperanza a quanto previsto dai commi 594 e 595 dell'art. 2 della L. 24-12-2007 N. 244) e rendicontazione degli esiti del Piano Triennale 2014 - 2016. Doranno inoltre essere adottate aziendalmente tutte le misure necessarie per dare completa attuazione alla programmazione triennale, relativamente all'annualità 2017 (non saranno oggetto di valutazione gli obiettivi per i quali era richiesto l'intervento da parte di terzi e questo non si è verificato per elementi estranei ai Servizi dell'Azienda USL oppure per i quali si sono registrati impedimenti per eventi straordinari imprevisti).			Entro il primo semestre è stata redatta la bozza della Relazione contenente la rendicontazione del Piano Triennale 2014 - 2016 per l'individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, delle autovetture di servizio e dei beni immobili ad uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali, nonché la bozza del nuovo Piano Triennale 2017 - 2019. La Delibera di approvazione, a seguito di modifiche connesse alla Direzione del Servizio ICT, è stata adottata solo alla fine dell'anno (Delibera n. 117 del 21/02/2018 - proposta del Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici del 18/12/2017).						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione del Piano Triennale 2017 – 2019		Atti Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	
Predisposizione della Rendicontazione per la verifica dell'attuazione del Piano Triennale 2014 – 2016		Atti Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici	Si/No	No	Si	Si	Si	0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.9.1.3	Dematerializzazione del processo di ciclo passivo							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.9.1.3	Dematerializzazione del processo di ciclo passivo							
Nel 2017 deve essere utilizzato a pieno regime il Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) attraverso la gestione, oltre che della fattura, anche dell'ordine, del documento di trasporto e della reportistica a supporto, tenuto conto anche delle indicazioni aziendali. Nel corso del 2016 la nostra Azienda ha provveduto ad adeguare, con il supporto dell'Agenzia Intercent-ER, i propri sistemi, processi e procedure in modo da poter conseguire la piena dematerializzazione della gestione contrattuale: durante il corrente anno deve essere pertanto progressivamente utilizzato in via esclusiva.			L'utilizzo del sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SICIPa-ER) si è svolta regolarmente, tenuto conto anche dell'attivazione dei sistemi da parte dei diversi fornitori. I diversi Servizi competenti in materia di acquisti di beni e servizi e di esecuzione dei lavori pubblici hanno garantito l'implementazione. Le operazioni sono state complesse anche in funzione della necessità di attivare lo stesso sistema relativamente all'AOU di Parma, tenendo conto dell'integrazione degli Uffici Tecnici ed Amministrativi, operativi dal 01/10/2016, ma con sistemi contabili differenti. La procedura di dematerializzazione è stata utilizzata esclusivamente relativamente ai fornitori che hanno proceduto all'esecuzione delle operazioni di propria competenza. Si ritiene pertanto di indicare positivamente il Valore Raggiunto finale, anche se il sistema sarà completamente a regime nel 1° trimestre 2018.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi		Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale				
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo esclusivo della procedura di dematerializzazione completa del ciclo passivo	Registro contabilità		Si/No	No	Si	No	Si	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.1.4	DGR 1003 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi - Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.1.4	DGR 1003 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi - Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie							
<p>La D.G.R. 1501/2015 “Approvazione dello schema di convenzione per l’assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti” – ha previsto la sperimentazione di una nuova forma di collaborazione funzionale attraverso il coinvolgimento di personale qualificato appartenente alle Aziende Sanitarie nelle attività di centralizzazione degli acquisti gestite a livello regionale da Intercent-ER. L’approccio perseguito è orientato a valorizzare il capitale umano già disponibile presso le Aziende Sanitarie e a generare valore per l’intero sistema regionale degli acquisti attraverso la condivisione di specificità e competenze. Tale modello organizzativo è stato attivato in forma sperimentale nel 2015/2016 e dovrà essere integrato e perfezionato anche alla luce del recepimento delle nuove direttive europee sugli acquisti e del conseguente riordino della disciplina nazionale vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture. Nel 2017 si procederà quindi al consolidamento e all’evoluzione del modello, con l’obiettivo di operare una piena centralizzazione delle procedure per l’affidamento di servizi e l’acquisizione di beni necessari alle aziende del SSR.</p>			<p>Per l’anno in corso e per il 2018 la Convenzione per l’assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti, stipulata con l’Agenzia Regionale Intercent-ER è attiva, a seguito della Delibera n. 852 del 07/12/2016. L’attività è stata svolta regolarmente: nel corso del primo semestre dell’anno è stata stipulata la Convenzione prevista dalla Delibera prima indicata ed il personale ha partecipato regolarmente alle attività programmate dall’Agenzia Intercent-ER, senza nessuna criticità relativamente agli aspetti di propria competenza.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punti 2.1 e 2.4 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Conferma della convenzione per la riorganizzazione degli acquisti stipulata con l’Agenzia Regionale Intercent-ER.		Documento agli atti	Sì/No	No	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell’Organizzazione				
Obiettivo	7.9.1.5	DGR 1003 - Sviluppo dell’e-procurement							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.9.1.5	DGR 1003 - Sviluppo dell'e-procurement							
L'Agenzia Intercent-ER ha completato l'implementazione della nuova piattaforma di e-procurement; oltre alle procedure sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale, il sistema consente anche la gestione di procedure di gara a rilevanza comunitaria. Inoltre le nuove Direttive europee in materia di appalti, recepite in Italia con il D.Lgs. 50/2016 (Nuovo Codice dei Contratti), promuovono la progressiva informatizzazione delle procedure di acquisto. In particolare il D. Lgs. n. 50/2016 ha previsto a partire dal 18 ottobre 2018 per tutte le pubbliche amministrazioni di utilizzare piattaforme di e-procurement per l'espletamento delle procedure di gara. Nel corso del 2016 è stata utilizzata tale piattaforma per una procedura di gara (acquisto di attrezzature sanitarie per l'Ospedale di Vaio), secondo quanto previsto dagli obiettivi regionali. Nel corso del 2017 la piattaforma, previa adeguata formazione sull'utilizzo da parte dell'Agenzia Intercent-ER, dovrà essere utilizzata per almeno n. 5 gare.			Nel corso del primo semestre è stata effettuata la formazione dei diversi operatori, propedeutica all'utilizzo della piattaforma Intercent-ER: la stessa è stata completata e ha permesso di raggiungere e superare in modo molto significativo l'obiettivo previsto in sede di redazione del Piano delle azioni per l'anno in corso e sotto indicato.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Effettuazione di almeno 5 procedure di gara utilizzando la piattaforma di eprocurement regionale		Documenti agli atti	Numero >=	0,00	5,00	0,00	23,00	100,00%	

Settore	7.9.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il 2016 è stato un anno ricco di novità a livello nazionale nel settore degli appalti: da un lato l'emanazione del D.Lgs. 50/2016, nuovo Codice dei Contratti, ha introdotto numerose novità nelle procedure di approvvigionamento e dall'altro l'istituzione e l'avvio delle attività dei Soggetti Aggregatori ha prodotto un'importante mutazione dell'assetto organizzativo de sistema pubblico di accesso al mercato. Dopo l'introduzione di tali importanti novità, il 2017 si presenta come un anno di consolidamento, in cui bisognerà portare a pieno regime quanto introdotto nel 2016 e definire con maggiore efficacia i nuovi assetti del mercato delle pubbliche forniture....(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.37)</p>		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.9.2.1	DGR 830/17 - Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi			
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Occorrerà valutare come si andranno consolidando le norme in materia di appalti pubblici. Come detto, nel 2016 è stato pubblicato il nuovo Codice dei Contratti e tuttavia il quadro normativo appare tutt'altro che stabilizzato: non sono stati infatti pubblicati tutti gli atti attuativi del nuovo codice, alcuni dei quali hanno una notevole portata. In particolare la definizione del nuovo sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti potrebbe produrre notevoli mutazioni dell'assetto organizzativo degli appalti pubblici in quanto molte Amministrazioni potrebbero trovarsi nell'impossibilità di gestire procedure di gara e quindi dovranno rivolgersi alle centrali di committenza qualificate. Inoltre appare ancora poco chiara la definizione del nuovo modello per la nomina delle commissioni giudicatrici, sistema anch'esso in grado di produrre notevoli impatti, soprattutto sui tempi di aggiudicazione delle procedure. Oltre a ciò, è prevista nella prima metà dell'anno l'emanazione di un decreto correttivo al Codice degli Appalti che produrrà certamente la necessità di un ulteriore adeguamento di procedure, processi e strumenti informatici. Altro provvedimento che interverrà nel corso del 2017 è... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.37)</p>		<p>Il progetto è stato sviluppat regolarmente, tenendo conto anche del processo di integrazione fra le aziende sanitarie della Provincia di Parma, che richiede una intensa attività di razionalizzazione ed armonizzazione delle procedure. Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi sotto indicati.</p>			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.2.1	DGR 830/17 - Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER (rispetto al importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie)	specifico flusso di riferimento	% >=							
Numero di richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		23,00			
Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nei contratti di beni e servizi stipulati	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%			
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria (rispetto al tot di acquisti beni-servizi)	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		86,00%			
ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER	specifico flusso di riferimento	% >=		35,00%		43,00%			
Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario	specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si			

Sub-Area	7.10	<u>Il Piano degli Investimenti</u>
-----------------	-------------	---

Settore	7.10.1	<u>Gli investimenti strutturali e le attrezzature</u>
----------------	---------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Piano Triennale degli Investimenti 2017 – 2019: il Piano assicura continuità alla programmazione del precedente triennio e comprende sia interventi puntuali (quali il completamento del nuovo Polo Pediatrico Territoriale, l'ampliamento dell'Ospedale di Vaio, l'ampliamento del Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale presso la Fattoria di Vigheffio e la realizzazione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro), sia interventi di adeguamento alle normative in materia di sicurezza antincendio e di vulnerabilità sismica degli edifici soggetti alle normative medesime, che interventi più generali di riqualificazione interna delle strutture territoriali ed ospedaliere, da realizzarsi in relazione alle condizioni delle singole strutture ed in risposta ai bisogni ed alle necessità espresse dalle attività sanitarie che le utilizzano.

Piano delle Attrezzature: il Piano delle Attrezzature 2017 è elaborato dalla Direzione Sanitaria col supporto dell'Ingegneria Clinica aziendale, sulla base dei bisogni che sono espressi dalle diverse articolazioni aziendali. La programmazione del nuovo triennio viene effettuata tenendo conto delle integrazioni in atto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, sia con riferimento alle attività che alle dotazioni strutturali.

Gli interventi previsti dal Piano Triennale degli Investimenti e dal Piano delle Grandi Tecnologie sono meglio dettagliati nei relativi documenti di programmazione.

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.1.1	Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.1.1	Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute								
<p>Progettazione interventi previsti dal Piano Aziendale per la realizzazione delle Case della Salute, in raccordo con le esigenze e le attività delle strutture aziendali – L'avvio di tali attività è previsto e programmato compatibilmente al raggiungimenti di specifici accordi con le Amministrazioni Comunali di riferimento e con i Medici di Medicina Generale:</p> <p>1. Borgo Val di Taro – avvio della progettazione preliminare dopo l'avvenuto completamento degli interventi previsti dall'Obiettivo n°8 - DGR 1003 - Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura</p> <p>2. Fornovo Taro – vedi Obiettivo n°8 - DGR 1003 - Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura</p> <p>3. Noceto – Completamento Progettazione esecutiva e avvio procedure di gara</p> <p>4. Lubiana – San Lazzaro (PR) – Completamento procedure di gara ed inizio lavori</p> <p>5. Via Verona (PR) – Completamento Progettazione esecutiva e avvio procedure di gara</p> <p>6. Via Bocchi/Via Savani (PR) – Progettazione preliminare</p>			<p>L'attività è stata svolta regolarmente. L'obiettivo finale non è stato raggiunto solo a seguito di impedimenti connessi a fattori esterni rispetto al Servizio Attività Tecniche, come di seguito indicato.</p> <p>- CdS Borgo Val di Taro: la progettazione preliminare è stata completata</p> <p>- CdS Fornovo Taro: è stata completata la progettazione preliminare, approvata dal Gruppo Tecnico Regionale nel corso del 2° semestre 2017, ed è in corso la progettazione esecutiva, non ancora completata in quanto non è pervenuta da RFI la conferma rispetto alla possibilità di concedere in comodato d'uso trentennale l'area limitrofa al complesso sanitario di Fornovo, area indispensabile per la realizzazione dei parcheggi pubblici richiesti, quale standard urbanistico dal PSC Comunale.</p> <p>- CdS Noceto: la progettazione esecutiva è in corso di redazione, in quanto si stanno effettuando ulteriori accertamenti rispetto alle caratteristiche strutturali dell'edificio a seguito di alcune verifiche eseguite in fase di progettazione.</p> <p>- CdS Lubiana San Lazzaro: le procedure di aggiudicazione sono state completate, se pur con ritardo dovuto alla sostituzione di uno dei commissari esterni incaricati, per cause non imputabili alla nostra azienda. Il 24/11/2017 si è svolta la seduta pubblica della commissione di gara, in esito alla quale il punteggio più alto è stato attribuito alla Ditta Costruzioni Perregrini Srl di Milano (ribasso del 27,85%). Pur non essendo soggetta a tale procedura, si è ritenuto di chiedere alla ditta di fornire gli elementi e le motivazioni utili a giustificare l'offerta. Tali giustificazioni, pervenute il 29/12/2017, sono in fase di valutazione;</p> <p>- CdS Via Verona: lo sviluppo della progettazione esecutiva è connesso all'analisi del quadro delle esigenze sanitarie dei quartieri di riferimento della Casa della Salute e non dipendono dal Servizio Attività Tecniche.</p> <p>- CdS Via Bocchi: è stata predisposta la progettazione preliminare.</p>							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 291/2010						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Evidenza documentale		Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	Numero >=	1,00	6,00	3,00	4,00	100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.2	Progettazione adeguamenti alla normativa antisismica							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Conclusione delle procedure di affidamento degli incarichi di progettazione esecutiva strutturale degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche effettuate nel corso del 2013 e realizzazione delle progettazioni esecutive per i seguenti edifici :</p> <p>1. Casa della Salute di San Secondo - corpo B (Servizi Territoriali)</p> <p>2. Ospedale di Borgotaro – Corpo storico</p> <p>Avvio delle attività di progettazione esecutiva strutturale tramite risorse interne degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche del 2013, per i seguenti edifici:</p> <p>1. Casa della Salute di San Secondo - corpo A (degenze)</p> <p>2. Ospedale di Borgotaro – Corpi 4a - 4b - 5</p>			<p>L'attività si è svolta regolarmente con riferimento agli adempimenti di stretta competenza del Servizio Attività Tecniche. Con riferimento ai punti specifici si riporta quanto segue.</p> <p>E' stata affidata all'esterno la progettazione esecutiva strutturale degli interventi di adeguamento dei seguenti edifici:</p> <p>1. Casa della Salute di San Secondo - Corpo B</p> <p>2. Ospedale di Borgotaro - corpo storico</p> <p>E' inoltre stata affidata a professionisti esterni la progettazione esecutiva strutturale del Dipartimento di Sanità Pubblica, dell'Ospedale di Borgotaro - Corpo 3.</p> <p>Le altre attività di progettazione verranno avviate nel corso del secondo semestre, secondo la programmazione aziendale.</p> <p>Nel corso del 2° semestre è stata affidata la progettazione degli interventi di miglioramento sismico dell'edificio CdS di Noceto, che ha evidenziato criticità maggiori in esito alle verifiche di vulnerabilità e di sicurezza tecnica.</p>						
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti		Riferimento Normativo	Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20.03.2003				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incarichi di progettazione esterna - Evidenza documentale		Elaborati progettuali	Numero =	1,00	2,00	2,00	5,00	100,00%	
Incarichi di progettazione interna - Evidenza documentale		Elaborati progettuali	Si/No =	No	Si	No	No	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.3	Ampliamento Ospedale di Vaio							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.3	Ampliamento Ospedale di Vaio							
Proseguimento dei lavori di realizzazione dell'ampliamento all'Ospedale di Vaio e degli interventi di ristrutturazione del Pronto Soccorso.			<p>I lavori di costruzione della nuova ala sono attualmente sospesi per cause esterne al Servizio Attività Tecniche (avvio della procedura di liquidazione coatta amministrativa a carico del soggetto aggiudicatario). È stato redatto lo Stato di consistenza dei lavori effettivamente eseguiti dall'aggiudicatario medesimo, cui è seguita la procedura di individuazione del nuovo soggetto esecutore ai sensi di quanto disposto dal Codice dei Contratti.</p> <p>Con deliberazione n°648 del 18/10/2017, il completamento dei lavori non eseguiti dalla precedente aggiudicataria è stato affidato alla seconda classificata EDIFICANDA SRL di Latina (Roma) alle stesse condizioni contrattuali già sottoscritte da UNIECO Soc. Coop. e, pertanto, senza alcuna variazione al costo complessivo dell'opera. Il nuovo contratto d'appalto è stato sottoscritto il 22/11/2017 ed il successivo 23/11/2017 il cantiere è stato ufficialmente consegnato al nuovo soggetto esecutore. I lavori sono quindi ripresi e proseguono con regolarità nel rispetto del cronoprogramma di cantiere.</p> <p>In considerazione della complessità della situazione giuridica dovuta a fattori esterni e dello stato di avanzamento della stessa, come sopra indicato, si ritiene che l'attività sia stata svolta più che positivamente con riferimento alle competenze del Servizio Attività Tecniche.</p>						
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Verbali e atti contabili ex D.Lgs 163/2006 - Direzione Aziendale		Euro >=	1.500.000,00	3.000.000,00	224.473,00	244.473,00	15,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.4	Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.4	Adegamenti antincendio strutture poliambulatoriali							
Progettazione mediante risorse interne degli interventi di adeguamento alle norme di sicurezza antincendio delle strutture poliambulatoriali soggette all'applicazione del DM 19/03/2015: 1. Casa della Salute di Colorno 2. Casa della Salute di Traversetolo 3. Polo Sanitario di Via Verona (PR) 4. Polo Sanitario di Via Leonardo da Vinci (PR) 5. Casa della Salute Pintor Molinetto (PR) 6. Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Vasari (PR)			L'attività è stata completata e svolta regolarmente. L'obiettivo è riferito al completamento delle pratiche di richiesta parere su progetto antincendio al Comando VV.F. Sono stati depositati presso il Comando stesso gli elaborati relativi a: 1. CdS Colorno 2. CdS Traversetolo 3. Polo Sanitario Via Verona (SCIA) 4. Polo Sanitario Via Leonardo da Vinci (SCIA) 5. CdS Pintor Molinetto 6. Dipartimento di Sanità Pubblica 7. CdS Noceto						
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DM 19/03/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Ricevuta Deposito Elaborati progettuali al Comando VV.F		Numero =	1,00	6,00	7,00	7,00	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.5	Piano Investimenti - acquisizioni attrezzature							
Descrizione			Rendicontazione						
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2017 dal Piano Triennale 2017/2019, al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio, comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali interventi che prevedono l'acquisizione di apparecchiature biomedicali. L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..).			Il piano attrezzature 2017 di cui alla nota prot. 0028499 del 5/5/17 è stato realizzato secondo il cronoprogramma prefissato; il piano è stato concluso al 90% (a fronte di un dato atteso del 80%), includendo in tale attività alcune anticipazioni di azioni inizialmente previste per il 2018.						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.5	Piano Investimenti - acquisizioni attrezzature							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	D.Lgs 163/2006					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Acquisto apparecchiature biomedicali: evidenza documentale		Certificati di Esecuzione lavori e atti di acquisizione	% >=	20,00%	80,00%	60,00%	90,00%	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.6	Piano Investimenti - progettazione							
Descrizione			Rendicontazione						
		<p>L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2017 dal Piano Triennale 2017/2019, al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio, comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali interventi in corso di progettazione.</p> <p>L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..).</p>	<p>L'attività è stata svolta come da programmazione, sia con riferimento agli elementi quantitativi che qualitativi.</p> <p>Sono state completate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la progettazione preliminare del Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale presso la Fattoria di Vigheffio - la progettazione preliminare della CdS di Borgo Val di Taro - la progettazione preliminare della CdS di Fornovo Taro (APb.04) - la progettazione preliminare del miglioramento sismico al Corpo Storico dell'Ospedale di Borgotaro (APb.05) <p>L'attività è in linea con la programmazione aziendale, sia con riferimento ai tempi che ai risultati qualitativi.</p> <p>Nel corso del secondo semestre sono state sviluppate la progettazione preliminare dei lavori di riqualificazione del Punto di Primo Intervento Ospedaliero e del Comparto Operatorio di Borgotaro, che verranno sottoposte all'approvazione del Gruppo Tecnico Regionale nei primi mesi del 2018, e sono state avviate le valutazioni preliminari relative all'installazione di un impianto di cogenerazione a servizio dell'Ospedale di Borgotaro.</p>						
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.1.6	Piano Investimenti - progettazione								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Progettazione: evidenza documentale dei progetti in corso/progetti da realizzare		Elaborati progettuali in atti al SAT	% >=	30,00%	80,00%	30,00%	80,00%	100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.1.7	Piano Investimenti - realizzazione								
Descrizione			Rendicontazione							
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2017 dal Piano Triennale 2017/2019 (ed al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio) comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali: - Interventi da realizzare (con progettazione approvata) - interventi in corso di realizzazione L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..)			Nel corso del 1° semestre 2017 sono stati realizzati investimenti in misura superiore al valore atteso (complessivi Euro 545.272,00 contro Euro 350.000,00 in dato assoluto e 78% circa contro 50%). Il risultato molto positivo è stato possibile grazie ad una proficua attività di coordinamento con i responsabili delle attività sanitarie ed a seguito della predisposizione di elaborati qualitativamente in linea con le aspettative degli Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione. Nel corso del 2° semestre sono ulteriormente migliorate le performances complessive: sono stati realizzati investimenti per 2.084.449,77, di cui Euro 727.874,30 per anticipazione contrattuale ad Edificanda, ed Euro 1.356.575,47 per lavori eseguiti su diverse strutture aziendali.							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti		Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Evidenza documentale		Atto di aggiudicazione e Atti contabili ex DPR 207/2010	Euro >=	350.000,00	700.000,00	545.272,00	1.356.575,47	100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.1.8	DGR 1003 - Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura								
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.8	DGR 1003 - Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura							
Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio. Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L.67/88, stante la sottoscrizione dell'Accordo di Programma Addendum, nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), devono avviare la predisposizione dei progetti e/o i piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art. 20 L.67/88).			L'attività è stata svolta regolarmente con riferimento agli aspetti di competenza specifica del Servizio Attività Tecniche. Sono stati predisposti e completati i progetti preliminari relativi agli interventi di competenza di quest'Azienda nell'ambito dell'Accordo di programma "Addendum" (APb.04 e APb.05). La predisposizione dei progetti esecutivi è stata avviata nel 2° semestre dell'anno e comunque completata entro le scadenze fissate dall'art.1 comma 310 e 311 della L.266/2005, così come modificate dalla Legge di Bilancio 2018.						
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio predisposizione progetti		Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	% =	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.9	DGR 1003 - Piano investimenti - Richieste di liquidazione							
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.			Le richieste di liquidazione degli interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011 sono state inviate. Sono inoltre in corso di predisposizione le richieste di liquidazione relative alla costruzione del nuovo Polo Pediatrico territoriale (H.08). L'attività è risultata in linea con la programmazione aziendale, tenendo conto dei vincoli esterni connessi alla complessità della situazione giuridica della realizzazione del comparto da parte del soggetto attuatore terzo del comparto di riferimento.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.9	DGR 1003 - Piano investimenti - Richieste di liquidazione							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Richieste di liquidazione relativamente ai totale dei lavori già terminati		Verbali e atti contabili	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.10	DGR 1003 - Gestione del Patrimonio immobiliare - Presentazione SCIA							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Obiettivo del livello regionale è la costituzione di uno o più fondi immobiliari per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali dalle Aziende sanitarie. Le Aziende dovranno fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico e giuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari. Gli obiettivi relativi alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale precipuamente relativi alla prevenzione incendi e sismica prevedono: - la programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio ed impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015 - vedi Obiettivo 7.10.1.4), con particolare riferimento a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casa della Salute di Colorno 2. Casa della Salute di Traversetolo 3. Polo Sanitario di Via Verona (PR) 4. Polo Sanitario di Via Leonardo da Vinci (PR) 5. Casa della Salute Pintor Molinetto (PR) 6. Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Vasari (PR) <p>- il completamento, qualora non già fatto, della valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali (componenti architettoniche, arredi, impianti) e la conseguente programmazione degli interventi di mitigazione del rischio in conformità alle indicazioni fornite dal Gruppo Regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie. In particolare, si prevede di avviare le attività di progettazione esecutiva relativa agli interventi da realizzare presso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Residenza Psichiatrica per Minori di San Polo di Torrile 2. Residenza Psichiatrica "F.Santi" di Parma 3. Centro Residenziale per disabili "Varese" di Parma 4. Casa della Salute di Colorno 			<p>Sono state depositate le SCIA antincendio relative alle seguenti strutture: Polo Sanitario Via Verona Polo Sanitario Via Leonardo da Vinci Sono inoltre stati depositati presso il Comando VV.F le richieste di esame progetto relative a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CdS Colorno 2. CdS Traversetolo 3. CdS Pintor Molinetto 4. Dipartimento di Sanità Pubblica 5. CdS Noceto <p>Sono state completate sotto il profilo tecnico le verifiche di vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali presso l'Ospedale di Vaio, l'Ospedale di San Secondo, REMS Casale di Mezzani e l'Ospedale di Borgo Val di Taro. Tali verifiche sono attualmente all'esame del SPPA e del Servizio Ingegneria Clinica per gli aspetti di competenza. Sono in fase di espletamento le verifiche tecniche sulle rimanenti strutture aziendali; verranno affidate nel corso del secondo semestre 2017 le progettazioni esecutive degli interventi di miglioramento sismico da realizzare presso la Residenze Psichiatriche "F. Santi" di Parma e San Polo di Torrile, il Centro Residenziale per disabili "Varese" di Parma e la Casa della Salute di Colorno</p> <p>Nel corso del Secondo semestre sono state affidate le progettazioni esecutive strutturali degli interventi di miglioramento sismico presso la CdS di Noceto, che ha evidenziato maggiori criticità strutturali.</p>						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.10	DGR 1003 - Gestione del Patrimonio immobiliare - Presentazione SCIA							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Presentazione SCIA al competente Comando VVF attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio (ex art.1, lett. b) DM 19 marzo 2015).	Atti Direzione Aziendale	Sì/No	No	No	No	Sì	100,00%		
Report per la valutazione vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi	Report	Sì/No	No	No	No	Sì	100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.11	DGR 1003 - Manutenzione							
Descrizione	Le Aziende, nelle more dell'effettuazione delle gare di manutenzione ordinaria che effettuerà il soggetto aggregatore Intercent-er, dovranno allineare il costo/mq della manutenzione ordinaria alla media regionale (ovvero mantenimento al precedente livello, se inferiore), nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Inoltre le Aziende dovranno fornire le informazioni per il perseguimento degli obiettivi previsti nel progetto promosso da AGENAS "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN";		Rendicontazione						
			Il costo manutentivo al mq degli interventi manutentivi ordinari eseguiti nel corso del 1° semestre 2017 risulta in linea con il costo medio regionale. Sono in corso di valutazione i costi medi sostenuti nel corso del 2017, anche in relazione all'avvio dell'applicativo predisposto da AGENAS come da indicazioni della Regione Emilia Romagna, che secondo le disposizioni regionali avverrà entro il 31/12/2018						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Scostamento del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) rispetto alla media regionale	Verbali e atti contabili	% >=		10,00%		10,00%			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.12	DGR 1003 - Tecnologie biomediche							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.12	DGR 1003 - Tecnologie biomediche							
<p>Le Aziende sanitarie devono garantire il flusso informativo, relativo al parco tecnologico installato e alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione, al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB). In particolare qualora le Aziende sanitarie o gli IRCCS sostituiscano o acquisiscano tecnologie biomediche e software medicaldevice (inclusi quelli utilizzati ai fini di ricerca) aventi i seguenti requisiti: -“grandi” apparecchiature (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, ...) oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014; -di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea); - innovative (non presenti sul territorio nazionale e regionale); Le Aziende sanitarie devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative.</p>			<p>I dati relativi alle tecnologie biomediche installate richiesti sono stati consegnati al GRTB secondo il calendario previsto. Analogamente, i dati relativi alle grandi tecnologie sono stati aggiornati sul portale NSIS. Nel corso dell'anno, il servizio di Ingegneria Clinica ha avviato un monitoraggio della produzione legata ai sistemi TAC, TRM e mammografici installati in azienda. I dati sono stati trasmessi al GRTB secondo le scadenze previste e con i livelli di qualità specificatamente previsti.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% delle tecnologie, aventi i requisiti in elenco che dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Trasmissione dei format per il monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici debitamente compilati entro scadenze prestabilite		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
trasmissione secondo scadenza prestabilita del flusso informativo parco tecnologico installato		Documenti RIT	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	7.10.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.2.1	DGR 830/17 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche			
Descrizione	<p>Nel corso del 2017 le Aziende sanitarie al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), devono: -Ottenere l'ammissione a finanziamento degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" di cui alla Deliberazione di Assemblea Legislativa n. 73 del 25 maggio 2016. -Avviare la predisposizione dei progetti e/o dei piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88). Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2017, le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo</p>		Rendicontazione		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

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

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

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.2	DGR 830/17 - Gestione del Patrimonio immobiliare							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi))		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Realizzazione degli interventi di miglioramento sismico (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione sismica))		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Realizzazione e monitoraggio degli interventi di adeguamento (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi))		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

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

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

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

Sub-Area	7.11	Azioni per il risparmio energetico
-----------------	-------------	---

Settore	7.11.1	Quadro generale
----------------	---------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso del 2017 l'Azienda intende confermare azioni già avviate negli anni precedenti e attivare nuove iniziative, quali la realizzazione di un impianto di trigenerazione e l'installazione di pannelli fotovoltaici, entrambi a servizio del Complesso Ospedaliero di Vaio.
Ferma restando l'adesione alla convenzione Intercenter per l'acquisizione di energia elettrica, già assicurata negli anni passati e confermata per il 2017, si darà prosecuzione all'organizzazione di iniziative formative rivolte al personale sui comportamenti da tenere per il risparmio energetico. Ad oggi sono attive e funzionanti le nuove centrali a cippato presso l'Ospedale di Borgotaro ed il complesso psichiatrico della Fattoria di Vigheffio, che assicurano sia una riduzione delle emissioni di prodotti clima – alteranti (CO2), sia una riduzione dei consumi di gas metano e dei costi di esercizio. Si proseguirà nell'estensione ad altri edifici aziendali degli interventi già sperimentati nel corso degli anni precedenti su edifici pilota. L'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di completa ristrutturazione, sarà sempre imperniata su criteri aderenti alle norme del settore (D. lgs. 192/2005 e D. lgs. 311/2006).

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.1	Realizzazione interventi Casa della Salute di San Secondo							
Descrizione			Rendicontazione						
Avvio delle attività di progettazione degli interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso la Casa della Salute di San Secondo (IMPIANTO FOTOVOLTAICO)			E' in fase di redazione lo studio di fattibilità dell'intervento, secondo la programmazione aziendale. La realizzazione dell'impianto è però subordinata all'esecuzione dei lavori di miglioramento sismico che prevedono il totale rifacimento della copertura dell'ospedale: a seguito della loro ultimazione sarà possibile procedere con l'installazione dei pannelli fotovoltaici. Lo studio di fattibilità è stato completato.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Studio di fattibilità	Sì/No =	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.2	Realizzazione interventi Borgotaro							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.2	Realizzazione interventi Borgotaro							
Interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro: avvio della progettazione relativa ad interventi per l'utilizzo di fonti alternative di energia.			L'installazione di corpi illuminanti a miglior efficienza energetica (tecnologia LED) presso l'Ospedale di Borgotaro è concluso. Sono in fase di analisi tecnica le scelte impiantistiche connesse al possibile utilizzo di fonti alternative di energia, al fine di valutare il corretto rapporto tra costi e benefici. La realizzazione di nuovi impianti in grado di produrre energia da fonti alternative è però subordinata all'esecuzione dei lavori di miglioramento sismico che prevedono il totale rifacimento di parte delle coperture; a seguito della loro ultimazione sarà possibile procedere con l'installazione di nuovi impianti in copertura. La redazione dello Studio è sospesa in seguito alla necessità di effettuare approfondimenti in merito alle caratteristiche strutturali delle coperture e dei fabbisogni energetici del complesso, collegati anche alle rimodulazioni delle attività ospedaliere, non di competenza del SAT.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progettazione: Evidenza documentale		Studio di fattibilità	Si/No =	No	Si	No	No	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.3	Realizzazione interventi in Gestione Calore							
Descrizione			Rendicontazione						
Completamento degli Interventi finalizzati al risparmio energetico e previsti dal vigente Contratto di Gestione Calore in strutture aziendali da individuare in funzione delle valutazioni costi/benefici			Installazione di impianto fotovoltaico con Pn=6kWp presso la struttura sanitaria di proprietà denominata Padiglione "BRAGA" c/o Ospedale Maggiore di Parma- Realizzazione conclusa; sono in fase di completamento le pratiche amministrative per l'allaccio dell'impianto alla rete elettrica.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Certificato di regolare esecuzione	Si/No =	No	Si	No	Si	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.4	Iniziative di formazione							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Iniziativa formativa su “Sviluppo sostenibile e cambiamenti climatici” per gli operatori Ausl, su indicazione e promozione della Regione: avvio di una campagna di sensibilizzazione e formazione del personale dipendente a comportamenti virtuosi in materia di risparmio energetico, attraverso diffusione di materiale informativo, applicazione di vetrofanie sulle finestre dei locali climatizzati, corsi di formazione.</p>			<p>A seguito di valutazioni effettuate di concerto con il Servizio Formazione dell'Azienda, ed in considerazione sia del numero di dipendenti da raggiungere, sia della disomogeneità dei turni di lavoro, è in fase di elaborazione una modalità divulgativa alternativa alla formazione in aula, che consenta di sensibilizzare tutto il personale verso le problematiche correlate al risparmio energetico, alla corretta gestione dei rifiuti, al rispetto per l'ambiente e che assicuri l'interazione con le campagne aziendali sull'utilizzo delle scale al posto degli ascensori. L'attività è in corso di rimodulazione al fine di avviare campagne formative comuni di concerto con i servizi dell'Azienda Ospedaliera nell'ambito dell'integrazione in corso.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale		Avvenuto espletamento della formazione	Si/No =	No	Si	No	No	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.5	DGR 1003 - Uso razionale dell'energia e gestione ambientale							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.</p>			<p>IL consumo di energia elettrica e di gas metano sono oggetto di report periodici di monitoraggio. I report periodici relativi ai rifiuti sanitari sono stati regolarmente compilati.</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.5	DGR 1003 - Uso razionale dell'energia e gestione ambientale							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Predisposizione schede di monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia	REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No	No	No	Sì	Sì	0,00%		
Predisposizione schede di monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile	REPORT in atti al Servizio Logistica e al Mobility Manager	Sì/No	No	No		Sì	0,00%		

Settore	7.11.2	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.3)</p>		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.2.1	DGR 830/17 - Uso razionale dell'energia e gestione ambientale							
Descrizione			Rendicontazione						
Adozione, in attuazione della pianificazione regionale, di misure volte all'uso razionale dell'energia, sia nella gestione ordinaria delle attività, sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie), ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.			Sono in fase di aggiornamento i dati relativi al flusso informativo sull'energia, secondo la programmazione aziendale. La realizzazione delle nuove opere è stata progettata in ossequio alle norme sull'uso razionale dell'energia. La gestione dei rifiuti sanitari è stata svolta regolarmente e sono state effettuate òe attività preliminari per l'attivazione del nuovo contratto di smaltimento rifiuti in adesione alla Convenzione IntercenterER. Sono state messe in atto le azioni previste dal programma del Mobility Manager.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzazione e monitoraggio degli interventi di miglioramento: Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile).		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		