

2017

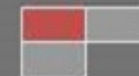


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

**AZIONI POSTE IN ESSERE  
PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI  
DI PROGRAMMAZIONE  
ANNUALE REGIONALE DI CUI  
ALLA DGR 830/17**

Rilevazione al 31/12/2017

Alcuni indicatori verranno aggiornati appena disponibili i dati a consuntivo



## SOMMARIO

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

#### 1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	1
---	---

#### 1.2 - Sanità Pubblica

1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi	4
---	---

1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni	6
---	---

1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale	7
--	---

1.2.4 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	9
--	---

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

1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	11
--	----

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

1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	12
--	----

### 2 - Assistenza territoriale

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

2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	13
---	----

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

2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	16
---	----

#### 2.3 - Ospedali di Comunità

2.3 - Ospedali di Comunità	19
----------------------------	----

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

2.4 - Valutazione e qualità delle cure primarie	22
---	----

#### 2.5 - Assistenza Protesica

2.5 - Assistenza Protesica	23
----------------------------	----

#### 2.6 - Cure Palliative

2.6 - Cure Palliative	24
-----------------------	----

#### 2.7 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette

2.7 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette	25
--	----

## SOMMARIO

### 2 - Assistenza territoriale

#### 2.8 - Materno Infantile - percorso Nascita

2.8 - Materno Infantile - percorso Nascita	27
2.8.1 - Salute riproduttiva	32
2.8.2 - Percorso IVG	33
2.8.3 - Procreazione medicalmente assistita	35

#### 2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 - Contrasto alla violenza	36
2.9.2 - Lotta all'antibiotico resistenza	37
2.9.3 - Promozione all'allattamento	38
2.9.4 - Promozione della salute in adolescenza	41

#### 2.10 - Formazione specifica in medicina generale

2.10 - Formazione specifica in medicina generale	42
--	----

#### 2.11 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

2.11.1 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	43
2.11.2 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale	44
2.11.3 - Percorso chiusura OPG di Reggio Emilia	45

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

2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	46
--	----

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

2.13 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	49
---	----

#### 2.14 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.14.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2017	52
2.14.2 - Governo della spesa farmaceutica	53
2.14.3 - Rimodulazione canali distributivi - Intesa distribuzione per conto	59
2.14.4 - Adozione di strumento di governo clinico	60
2.14.5 - Acquisto ospedaliero di dispositivi medici	61
2.14.6 - Attuazione della LR 2/2016	62

## SOMMARIO

### 2 - Assistenza territoriale

#### 2.14 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.14.7 - Attività Formazione sul farmaco da parte di informatori scientifici	63
--	----

#### 2.15 - Adozione Cartella SOLE

2.15 - Adozione Cartella SOLE	64
-------------------------------	----

### 3 - Assistenza Ospedaliera

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

3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	65
--	----

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

3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	68
--	----

#### 3.3 - Appropriatezza

3.3 - Appropriatezza	70
----------------------	----

#### 3.4 - Volumi - Esiti

3.4 - Volumi - Esiti	72
----------------------	----

#### 3.5 - Emergenza Ospedaliera

3.5 - Emergenza Ospedaliera	75
-----------------------------	----

#### 3.6 - Attività trasfusionale

3.6 - Attività trasfusionale	77
------------------------------	----

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

3.7 - Attività di donazione d'organi tessuti e cellule	78
--	----

#### 3.8 - Sicurezza delle cure

3.8 - Sicurezza delle cure	81
----------------------------	----

#### 3.9 - 118 e Centrali Operative

3.9 - 118 e Centrali Operative	84
--------------------------------	----

#### 3.10 - Rete delle Cure Palliative pediatriche

3.10 - Rete delle Cure Palliative pediatriche	85
---	----

## SOMMARIO

### 3 - Assistenza Ospedaliera

#### 3.11 - Accreditamento

3.11 - Accreditamento	86
-----------------------	----

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

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

4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	87
---	----

4.1.2 - Il miglioramento del sistema informativo contabile	88
--	----

4.1.3 - Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci	90
---	----

4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	92
---	----

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

4.2 - Il governo dei processi di acquisto beni e servizi	94
--	----

#### 4.3 - Il governo delle risorse umane

4.3 - Il governo delle risorse umane	96
--------------------------------------	----

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

4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	101
---	-----

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

4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	103
--	-----

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

4.6 - Piattaforme logistiche ed informatiche più forti	105
--	-----

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

4.7 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	109
---	-----

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

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

5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	114
---	-----

Piano delle Azioni 2017				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance	
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	<u>1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u>	1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018		
	1.2 - Sanità Pubblica		<u>1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi</u>	
			<u>1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni</u>	
			<u>1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale</u>	
			<u>1.2.4 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita</u>	
	<u>1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione</u>	1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione		
	<u>1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</u>	1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie		
2 - Assistenza territoriale	<u>2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u>	<u>2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u>		
	<u>2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa</u>	2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa		
	<u>2.3 - Ospedali di Comunità</u>	2.3 - Ospedali di Comunità		
	<u>2.4 - Valutazione e qualità delle cure primarie</u>	2.4 - Valutazione e qualità delle cure primarie		
	<u>2.5 - Assistenza Protesica</u>	2.5 - Assistenza Protesica		
	<u>2.6 - Cure Palliative</u>	2.6 - Cure Palliative		
	<u>2.7 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u>	2.7 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette		
	2.8 - Materno Infantile - percorso Nascita		<u>2.8 - Materno Infantile - percorso Nascita</u>	
		<u>2.8.1 - Salute riproduttiva</u>		
		<u>2.8.2 - Percorso IVG</u>		
		<u>2.8.3 - Procreazione medicalmente assistita</u>		

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale	2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale	2.9.1 - Contrasto alla violenza	
		2.9.2 - Lotta all'antibiotico resistenza	
		2.9.3 - Promozione all'allattamento	
		2.9.4 - Promozione della salute in adolescenza	
	2.10 - Formazione specifica in medicina generale	2.10 - Formazione specifica in medicina generale	
	2.11 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche	2.11.1 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	
		2.11.2 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale	
		2.11.3 - Percorso chiusura OPG di Reggio Emilia	
	2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	
	2.13 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	2.13 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	
2.14 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	2.14.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2017		
	2.14.2 - Governo della spesa farmaceutica		
	2.14.3 - Rimodulazione canali distributivi - Intesa distribuzione per conto		
	2.14.4 - Adozione di strumento di governo clinico		
	2.14.5 - Acquisto ospedaliero di dispositivi medici		
	2.14.6 - Attuazione della LR 2/2016		
	2.14.7 - Attività Formazione sul farmaco da parte di informatori scientifici		
2.15 - Adozione Cartella SOLE	2.15 - Adozione Cartella SOLE		
3 - Assistenza Ospedaliera	3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
3 - Assistenza Ospedaliera	<u>3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero</u>	<u>3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero</u>	
	<u>3.3 - Appropriatelyzza</u>	<u>3.3 - Appropriatelyzza</u>	
	<u>3.4 - Volumi - Esiti</u>	<u>3.4 - Volumi - Esiti</u>	
	<u>3.5 - Emergenza Ospedaliera</u>	<u>3.5 - Emergenza Ospedaliera</u>	
	<u>3.6 - Attività trasfusionale</u>	<u>3.6 - Attività trasfusionale</u>	
	<u>3.7 - Attività di donazione d'organi tessuti e cellule</u>	<u>3.7 - Attività di donazione d'organi tessuti e cellule</u>	
	<u>3.8 - Sicurezza delle cure</u>	<u>3.8 - Sicurezza delle cure</u>	
	<u>3.9 - 118 e Centrali Operative</u>	<u>3.9 - 118 e Centrali Operative</u>	
	<u>3.10 - Rete delle Cure Palliative pediatriche</u>	<u>3.10 - Rete delle Cure Palliative pediatriche</u>	
	<u>3.11 - Accreditamento</u>	<u>3.11 - Accreditamento</u>	
	4 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa	<u>4.1 - Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e garanzia dei LEA</u>	<u>4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</u>
<u>4.1.2 - Il miglioramento del sistema informativo contabile</u>			
<u>4.1.3 - Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci</u>			
<u>4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</u>			
<u>4.2 - Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>		<u>4.2 - Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>	
<u>4.3 - Il governo delle risorse umane</u>	<u>4.3 - Il governo delle risorse umane</u>		
<u>4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>	<u>4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>		



Piano delle Azioni 2017

**Indice**

Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
4 - <u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u>	4.5 - <u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u>	4.5 - <u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u>	
	4.6 - <u>Piattaforme logistiche ed informatiche più forti</u>	4.6 - <u>Piattaforme logistiche ed informatiche più forti</u>	
	4.7 - <u>Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche</u>	4.7 - <u>Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche</u>	
5 - <u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>	5 - <u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>	5 - <u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>	

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>1</b>	<b><u>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</u></b>		
---------------------------	----------	---	--	--

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>1.1</b>	<b><u>Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u></b>		
-------------------------------	------------	---	--	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.1</b>	<b><u>Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u></b>		
		Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.1</b>	<b>DGR 830/17 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.1</b>	<b>DGR 830/17 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</b>			
		<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>		
<b>Obiettivi Performance</b>	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 $\geq 80\%$		specifico flusso di riferimento	% $\geq$		95,00%		95,00%		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>1.2</b>	<b><u>Sanità Pubblica</u></b>			
<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.2.1</b>	<b><u>Epidemiologia e sistemi informativi</u></b>			
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017			Indicazione sintetica della situazione attuale		
<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.2</b>	<b>DGR 830/17 - Epidemiologia e sistemi informativi</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<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 medianrte 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 anni e per tale data verranno effettuate anche le ultime 4 interviste mancanti.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.3</b>	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>		

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%			

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.3</b>	<b>DGR 830/17 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive</b>			
------------------	----------------	---	--	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<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/eradicazione 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>

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	<b>Attività di prevenzione e promozione della salute</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	
------------------------------	--------------	--	------------------------------	--

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.2.3</b>	<b>Piano di Prevenzione Vaccinale</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.4</b>	<b>DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale</b>
------------------	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
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.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	<b>Attività di prevenzione e promozione della salute</b>	<b>Riferimento Normativo</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
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%		



Obiettivo	5.7.3.3	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)				E' stato applicato il Nuovo Calendario Vaccinale a partire dal 1 gennaio 2017.E' stata garantita l'offerta attiva e gratuita di Meningococco B e di varicella ai nuovi nati e Rotavirus a categorie a rischio; inoltre è stata attivata la gratuità per Rotavirus e varicella a richiesta degli utenti. I dati sulla copertura vaccinale HPV delle ragazze 2006 e per Meningococco B nel primo anno non sono ancora stati elaborati dalla Regione. Si segnala che i criteri sull'obbligo sono cambiati e MPR è diventata obbligatoria							
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo							
Indicatore	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%				

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.5</b>	<b>DGR 830/17 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
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 famiglia 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).

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	<b>Attività di prevenzione e promozione della salute</b>	<b>Riferimento Normativo</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
% 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	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		

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.6</b>	<b>DGR 830/17 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>	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)		<b>Rendicontazione</b>	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.		
--------------------	--	--	------------------------	--	--	--

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</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
% 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%		

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.3.2</b>	<b>DGR 830/17 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
<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>			

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	<b>Attività di prevenzione e promozione della salute</b>	<b>Riferimento Normativo</b>			
------------------------------	--------------	--	------------------------------	--	--	--

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

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>2</b>	<b><u>Assistenza territoriale</u></b>
---------------------------	----------	---------------------------------------

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.1</b>	<b><u>Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u></b>
-------------------------------	------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.1</b>	<b><u>Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u></b>
------------------------------	------------	---

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.1</b>	<b>DGR 830/17 - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
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.			

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.1.1</b>	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</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
Rapporto (%) tra il numero di prenotazioni del 2016 con IP>=90% e il numero totale	MAPS	% >=		90,00%	98,00%	99,00%		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.2</b>	<b>DGR 830/17 - Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative</b>			
------------------	----------------	---	--	--	--

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative (Circolari del 20/04 e 9/12 2016)		Rispetto alla applicazione della DGR 377/2016 sono stati attuati i contenuti della procedura aziendale stilata già nel 2016 e si è provveduto entro il 31 dicembre 2017 ad inviare 1.623 verbali sanzionatori. E' stato richiesto il dato ad IG, non essendo completo il 13 esimo invio ASA, il dato non può al momento essere estratto. Si fornirà al completamento dell'invio ASA del 2017.			

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							
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 ppropriatezza prescrittiva di TC ed RMN oggetto della DGR 704/2013 valutando gli esiti del monitoraggio nel contesto dei NCP, l'appropriatezza complessivamente ha raggiunto buoni livelli 58.19% complessivamente su base aziendale per le prestazioni oggetto della delibera. Il dato definitivo viene normalmente fornito nel contesto dell'osservatorio regionale TA, lo stesso dato viene poi utilizzato dall'OIV regionale per la valutazione dei DG. Non essendo completo il dato ASA sulla mobilità non si è discusso al momento dell'obiettivo nel contesto dell'osservatorio.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		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						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.4</b>	<b>DGR 830/17 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli</b>							
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						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.5</b>	<b>DGR 830/17 - Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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.						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
% 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%		



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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale



<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.1</b>	<b>DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
<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&amp;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>	
<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</b>	

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	Numero >=		2,00		4,00		
		numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	% =		100,00%		100,00%		
		report sintetico sull'implementazione del Profili di Rischio (Risk-ER) nelle Case della Salute	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 Forlì), devono garantire, nelle Case della Salute in cui è già attivo il progetto, la fase di rivalutazione ad un anno delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni).		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.	Sì/No		Sì		Sì		

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

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

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.4</b>	<b>DGR 830/17 - Ospedali di Comunità</b>
------------------	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
--------------------	------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.4</b>	<b>DGR 830/17 - Ospedali di Comunità</b>			
		<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 USLAOSP, 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>	<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>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>		

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				

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.5</b>	<b>DGR 830/17 - Valutazione e qualità delle cure primarie</b>			
------------------	----------------	---	--	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
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

<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</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
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		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.5</b>	<b><u>Assistenza Protesica</u></b>
-------------------------------	------------	------------------------------------

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.5</b>	<b><u>Assistenza Protesica</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.6</b>	<b>DGR 830/17 - Assistenza protesica</b>
------------------	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>				
--------------------	---	--	------------------------	---	--	--	--	--

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.2</b>	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</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
Predisposizione documento aziendale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		



<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.6</b>	<b><u>Cure Palliative</u></b>
-------------------------------	------------	-------------------------------

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.6</b>	<b><u>Cure Palliative</u></b>
------------------------------	------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.2.2</b>	<b>DGR 830/17 - Cure Palliative</b>
------------------	----------------	-------------------------------------

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
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.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.1</b>	<b>Riordino dell'assistenza Ospedaliera</b>	<b>Riferimento Normativo</b>
------------------------------	--------------	---	------------------------------

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

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.7</b>	<b>DGR 830/17 - Continuità assistenziale – dimissioni protette</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

**Descrizione**

Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con i professionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. Individuazione tempestiva e conseguente tempestivo avvio dei percorsi rappresentano un elemento imprescindibile dei protocolli di dimissione protetta.

L'individuazione del case manager appare fondamentale in quanto diventa il garante della continuità del percorso assistenziale e di tutte le procedure utili a prendere in carico il paziente sul territorio assumendo un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero.

**Rendicontazione**

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)

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%		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.8</b>	<b><u>Materno Infantile - percorso Nascita</u></b>
-------------------------------	------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.8</b>	<b><u>Materno Infantile - percorso Nascita</u></b>
------------------------------	------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.1</b>	<b>DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
<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>		<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>	

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

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	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
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita</b>			
		<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 della definitiva attuazione dello STEN provinciale continuano con le precedenti procedure. L'analisi dei dati dell'anno 2017 relativi all'attività dell'U.O. di Pediatria, ed in particolare della Nursery evidenziano quanto segue: • N° trasferimenti totali al 19.12.2017: 30</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> <li>• In ognuno dei casi sono stati riportati in cartella del Nido: <ul style="list-style-type: none"> <li>- le motivazioni del trasferimento</li> <li>- la scheda di trasferimento</li> </ul> </li> </ul> <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>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>		

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 travaglio/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%			



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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.2</b>	<b>DGR 830/17 - Salute riproduttiva</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
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)

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.1.1</b>	<b>Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero</b>	<b>Riferimento Normativo</b>
------------------------------	--------------	---	------------------------------

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.8.2</b>	<b>Percorso IVG</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.5</b>	<b>DGR 830/17 - Percorso IVG</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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.						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
% 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%		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.3</b>	<b>DGR 830/17 - Percorso IVG</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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 residenti/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%.						

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.8.3</b>	<b>Procreazione medicalmente assistita</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.4</b>	<b>DGR 830/17 - Procreazione Medicalmente Assistita</b>							
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>							
Nel 2017 andrà garantita la applicazione delle DGR n. 927/2013 e n. 1487/2014, in particolare:- concludendo il percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA, con le visite ai Centri di I livello e aderendo allo stesso percorso per i Centri di nuova attivazione; - implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa; -partecipando al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale; - proseguendo una attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali;		Dal mese di giugno è ripresa l'attività di primo livello del centro di procreazione medicalmente assistita per le funzioni di inseminazione presso lo stabilimento ospedaliero di Fidenza. L'elaborazione degli indici sotto riportati sarà effettuata al 31.12.2017. La lista di attesa omologà 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.							
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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		

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.9.1</b>	<b><u>Contrasto alla violenza</u></b>
------------------------------	--------------	---------------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Contrasto alla violenza</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	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).	<b>Rendicontazione</b>	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.
--------------------	--	------------------------	--

<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</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
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		

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.3.1</b>	<b>DGR 830/17 - Lotta all'antibioticoresistenza</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Distribuire ai pediatri di libera scelta i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica. promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillitevincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione. Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (come rilevato tramite il flusso SIVER)	Prosegue il Progetto Proba e la distribuzione dei Kit RAD. Al progetto è legato dal 1/1/2016 un incentivo raggiungibile con il completamento di almeno 50 schede informatizzate, modalità che ha previsto un aggiornamento degli applicativi rispetto al gestionale software ProBA sviluppato con il supporto della Regione, coerentemente con le Linee Guida Regionali per la gestione della faringotonsillite. Si è provveduto alla verifica degli inserimenti sull'applicativo Sole funzionalmente alla trattenuta degli importi corrispondenti nei casi di mancato raggiungimento. 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)

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

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.9.3</b>	<b>Promozione all'allattamento</b>		
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance 1.1	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.4</b>	<b>DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento</b>		
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>		
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>		
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	

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								
Indicatore		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	5.7.3.2	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						



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							
Indicatore	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%					

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.9.4</b>	<b>Promozione della salute in adolescenza</b>						
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017				Indicazione sintetica della situazione attuale				

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>			<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>		
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.3</b>	<b>DGR 830/17 - Promozione della salute in adolescenza</b>							
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>					
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.)					
<b>Obiettivi Performance</b>				<b>Riferimento Normativo</b>					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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%		

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.10</b>	<b><u>Formazione specifica in medicina generale</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3</b>	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	<b>3.2</b>	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Formazione specifica in medicina generale</b>						
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>						
<p>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.</p> <p>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.</p>		<p>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.</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.11</b>	<b>Salute Mentale, Dipendenze Patologiche</b>
-------------------------------	-------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.11.1</b>	<b>Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.1</b>	<b>DGR 830/17 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA):obiettivi 2016-2018</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.1.1</b>	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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		

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.2</b>	<b>DGR 830/17 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Gli indirizzi regionali individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione sanitaria e sociale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Definire annualmente le risorse che l'Azienda USL mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute. Promuovere azioni di formazione e aggiornamento coinvolgendo personale sanitario, degli Enti Locali e le associazioni di familiari e utenti.			Già nel corso del primo semestre, possiamo affermare che il programma degli eventi e la è già stata realizzata . E' in fase di recepimento la DGR 1110 per quel che riguarda i finanziamenti regionali sul Budget di salute, a seguito della e' stata redatta una delibera di acquisizione.Sono stati coprogettati e realizzati eventi formativi congiunti con gli Enti locali, il terzo settore e le associazioni di utenti e famigliari. La formazione interna e l'attivitv' di coordinamento fra i servizi sono state finalizzate a implementare l'utilizzo del modello BdS nei servizi territoriali						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.2.2</b>	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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		

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.11.3</b>	<b>Percorso chiusura OPG di Reggio Emilia</b>						
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017				Indicazione sintetica della situazione attuale				

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>			
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------	--	--	--

<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.3</b>	<b>DGR 830/17 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia</b>						
------------------	----------------	---	--	--	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>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.</p>			<p>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</p>					

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

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

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

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

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.13</b>	<b><u>Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari</u></b>
-------------------------------	-------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.13</b>	<b><u>Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari</u></b>
------------------------------	-------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo</b>	<b>5.9.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere</b>			
<p>Per il 2017 si segnalano i seguenti specifici obiettivi, riferiti ad aspetti organizzativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carta servizi: predisposizione della carta dei servizi per la sanità penitenziaria in tutte le Aziende USL</li> <li>- Attuazione Protocollo prevenzione rischio suicidario</li> <li>- effettuazione screening HIV</li> <li>- Piena valorizzazione nella cartella clinica informatizzata delle diagnosi e delle terapie</li> <li>- Pianificazione di interventi di prevenzione e promozione della salute</li> <li>- Utilizzo del tablet per la somministrazione farmacologica, comprensivo della prescrizione della terapia tramite la cartella SISP</li> </ul>			<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 SISP (compilato l'apposito spazio) si rileva che solo su 235 soggetti su 462 nuovi giunti nell'anno 2017 è stato effettuato l'esame, registrando una prevalenza di 50.8%. La discrepanza rilevata tra l'effettiva erogazione e quanto registrato è pertanto data dal fatto che a chi è stato prescritto l'esame, anche se erogato non è stato registrato nell'apposito spazio di cartella SISP.</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 programma 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"> <li>. attività di accoglienza ai nuovi giunti attraverso colloqui individuali o di gruppo</li> <li>. colloqui a sportello all'interno delle sezioni</li> <li>. attività di gruppo : su tossicodipendenza con Betania , sulla scuola con l'Istituto Scolastico che entra in carcere,</li> <li>. gruppi di educazione sanitaria tematici : prevenzione malattie infettive, educazione alimentare, igiene personale ed ambiente e su igiene dentale</li> <li>. gruppo di educazione motoria sui pazienti paraplegici</li> </ul> <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>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>		

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				

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<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 stamata a livello RER in 45,74 mln.€ e i farmaci per l'epatite C (HCV) e Ivacaftor, per i quali è stata accantonata a livello RER una quota di 36 mln €</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>

<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</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
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%			

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.14.2</b>	<b>Governo della spesa farmaceutica</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.2</b>	<b>DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<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>

<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</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
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Evidenza del monitoraggio del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica	report DAF	Sì/No		Sì	Sì			
Prescrizione di ciascun farmaco in presenza di piano terapeutico previsto a livello RER	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel documento n. 173 del PTR	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				

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

<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.3</b>	<b>DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
--------------------	------------------------

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 Aul 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 fluorochinoloni 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 fluorochinoloni 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				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.6</b>	<b>DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci Oncologici</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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 .						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</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	
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				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.7</b>	<b>DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Epatite C -</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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 .						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</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	
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%			

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.14.3</b>	<b>Rimodulazione canali distributivi - Intesa distribuzione per conto</b>							
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017				Indicazione sintetica della situazione attuale					
<b>Dimensione Performance</b>	<b>4</b>	<b>Performance della sostenibilità</b>		Area Performance	<b>4.1</b>	<b>Area economico-finanziaria</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.10</b>	<b>DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto</b>							
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>					
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.					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>4.1.1</b>	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		<b>Riferimento Normativo</b>					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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		

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

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

<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.11</b>	<b>DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico</b>			
------------------	-----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
<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". Relativamente ai dispositivi medici, è in corso di predisposizione della procedura sulla dispositivo-vigilanza, che verrà resa accessibile sul port</p>			

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b>	<b>Riferimento Normativo</b>			
------------------------------	--------------	--	------------------------------	--	--	--

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.14.5</b>	<b>Acquisto ospedaliero di dispositivi medici</b>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.12</b>	<b>DGR 830/17 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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.						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.3</b>	Adempimenti nei flussi informativi		<b>Riferimento Normativo</b>					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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%		

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.13</b>	<b>DGR 830/17 -Attuazione L.R. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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.						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Effettiva liquidazione entro 31/12/2017 dei contributi concessi alle farmacie rurali		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.14.7</b>	<b>Attività Formazione sul farmaco da parte di informatori scientifici</b>							
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017				Indicazione sintetica della situazione attuale					
<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.14</b>	<b>DGR 830/17 -Attività di informazione sul farmaco da parte degli operatori scientifici</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
<p>Con l'adozione della Deliberazione di Giunta regionale n. 2309/2016 sono stati definiti gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco. Sulla base delle disposizioni regionali in materia, le Aziende sanitarie 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.</p>			<p>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.</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.2</b>	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF	specifico flusso di riferimento		Si/No		Si		Si		



<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.15</b>	<b><u>Adozione Cartella SOLE</u></b>
-------------------------------	-------------	--------------------------------------

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15</b>	<b><u>Adozione Cartella SOLE</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>3</b>	<b><u>Assistenza Ospedaliera</u></b>
---------------------------	----------	--------------------------------------

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.1</b>	<b><u>Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</u></b>
-------------------------------	------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.1</b>	<b><u>Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.5</b>	<b>DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</b>			
<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"> <li>-rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali</li> <li>-controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale</li> <li>-gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione</li> <li>-finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate</li> <li>-adeguata accoglienza, gestione e informazione dei pazienti, attraverso una idonea formazione degli operatori</li> <li>-governo del rinvio degli interventi programmati.</li> </ul> <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>		
<b>Obiettivi Performance</b>	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%			

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.2</b>	<b><u>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero</u></b>
------------------------------	------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.6</b>	<b>DGR 830/17 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.1</b>	<b>Riordino dell'assistenza Ospedaliera</b>	<b>Riferimento Normativo</b>
------------------------------	--------------	---	------------------------------

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							
Indicatore	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			

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.3</b>	<b><u>Appropriatezza</u></b>
-------------------------------	------------	------------------------------

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.3</b>	<b><u>Appropriatezza</u></b>
------------------------------	------------	------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.7</b>	<b>DGR 830/17 - Appropriatezza</b>
------------------	----------------	------------------------------------

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<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>	<p>E' attivo un sistema di controlli trimestrali del 2,5% della produzione di DRG ad alto rischio di inappropriatezza. L'indicatore che evidenzia il rapporto tra ricoveri attribuiti e DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza è valutato sempre annualmente. i dati desunti dalla RER InSIDER attualmente disponibili sono riferiti ai primi 9 mesi dell'anno 2017. per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, il dato complessivo dell'AUSL di Parma è pari a 0,25, i dati specifici sono: 0,17 per l'Ospedale di Fidenza e 0,29 per l'Ospedale di Borgotaro. Per quanto riguarda i 6 DRG da monitorare: DRG 008: Fidenza - 55,56%, BVT- 75%. DRG 088: Fidenza -16,98% BVT +57,89%. DRG 158: Fidenza +3,7% BVT -8,47%. DRG 160: Fidenza -23,33% BVT -26,67%. DRG 503: Fidenza -14,935 BVT +83.33. DRG 538: Fidenza 0% BVT +70%. la variazione complessiva risulta essere di 6 punti percentuali, superiore quindi all'atteso.</p>

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

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							
Indicatore	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%			



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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.4</b>	<b><u>Volumi - Esiti</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.3</b>	<b>Area degli Esiti</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.8</b>	<b>DGR 830/17 - Volumi-esiti</b>			
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
<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>			
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.3.1</b>	<b>Esiti</b>	<b>Riferimento Normativo</b>		

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"> <li>-numero ictus ischemici ricoverati nel primo semestre 2017 (escluso i casi di Borgotaro): 91</li> <li>-numero di trombolisi venose effettuate: 15 (16,48%)</li> <li>-numerosi di trombolisi intraarteriose effettuate: 1 (1%)</li> <li>-numero di ictus emorragici ricoverati nel primo semestre 2017: 36</li> <li>-numero di pazienti deceduti entro 30 gg: 14</li> <li>-percentuale riabilitazione codice 56 e 60: 27 (29,6%)</li> </ul>									

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente		Area Performance	1.3	Area degli Esiti			
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		

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.5</b>	<b><u>Emergenza Ospedaliera</u></b>
------------------------------	------------	-------------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.10</b>	<b>DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera</b>
------------------	-----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
--------------------	------------------------

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".

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.

<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</b>
------------------------------	--	------------------------------

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	Sì/No		Sì	Sì	Sì			
Entro la fine del 2017 dovranno essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			
Prevedere un collegamento tra il flusso del PS e quello dell'Emergenza Territoriale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì			

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.6</b>	<b><u>Attività trasfusionale</u></b>
------------------------------	------------	--------------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.11</b>	<b>DGR 830/17 - Attività trasfusionale</b>
------------------	-----------------	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<p>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.</p> <p>Le aziende dovranno a tal fine provvedere all'approvazione delle convenzioni con le federazioni e associazioni dei donatori.</p> <p>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.</p>	<p>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</p>

<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</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
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				

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.7</b>	<b><u>Attività di donazione d'organi tessuti e cellule</u></b>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.12</b>	<b>DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</b>			
<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"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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);</li> <li>- 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).</li> </ul>		<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>			
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>		



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			

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.8</b>	<b><u>Sicurezza delle cure</u></b>
-------------------------------	------------	------------------------------------

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.8</b>	<b><u>Sicurezza delle cure</u></b>
------------------------------	------------	------------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Sicurezza delle cure</b>
------------------	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
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.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b>	<b>Riferimento Normativo</b>
------------------------------	--------------	--	------------------------------

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

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3</b>	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>
-------------------------------	----------	--	-------------------------	------------	--

<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.3.1</b>	<b>DGR 830/17 - 118 e Centrali Operative</b>
------------------	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<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>	<p>E' stato completato il percorso di omogeneizzazione 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>

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Valorizzazione del capitale umano</b>	<b>Riferimento Normativo</b>
------------------------------	--------------	--	------------------------------

<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Completamento percorso di omogeneizzazione protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.10</b>	<b><u>Rete delle Cure Palliative pediatriche</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Rete delle cure palliative pediatriche</b>
------------------	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<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>		<b>Rendicontazione</b>	<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>				
--------------------	--	--	------------------------	---	--	--	--	--

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

<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP	specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.11</b>	<b><u>Accreditamento</u></b>
-------------------------------	-------------	------------------------------

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.11</b>	<b><u>Accreditamento</u></b>
------------------------------	-------------	------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Completamento del percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'intesa del 20/12/2012</b>			
------------------	----------------	---	--	--	--

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
<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>			

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.4</b>	<b>Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale</b>	<b>Riferimento Normativo</b>		
------------------------------	--------------	---	------------------------------	--	--

<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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 Accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>4</b>	<b><u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u></b>
---------------------------	----------	--

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.1</b>	<b><u>Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e garanzia dei LEA</u></b>
-------------------------------	------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.1.1</b>	<b><u>Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

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



<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.1.2</b>	<b>Il miglioramento del sistema informativo contabile</b>		
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.3</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.2</b>	<b>DGR 830/17 - Il miglioramento del sistema informativo contabile</b>		
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>		
<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>		
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	

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							
Indicatore		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 cadenze 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%		

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.1.3</b>	<b>Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci</b>		
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<b>Dimensione Performance</b>	<b>4</b>	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance 4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.3</b>	<b>DGR 830/17 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie</b>		
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>		
<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:</p> <p>Le Aziende sanitarie e la GSA, sono tenute:- a recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali;</p> <p>- 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>		
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<b>Riferimento Normativo</b>	

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								
Indicatore	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%				

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.4</b>	<b>DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
<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"> <li>-?ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;</li> <li>-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);</li> <li>-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;</li> <li>-?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.</li> </ul>			<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>						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</b>							
<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"> <li>-?ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;</li> <li>-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);</li> <li>-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;</li> <li>-?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.</li> </ul>			<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>						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.2</b>	<b><u>Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>4</b>	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	<b>4.1</b>	<b>Area economico-finanziaria</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi</b>			
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
<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>			
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>		

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			



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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.1</b>	<b>DGR 830/17 - Il Governo delle Risorse Umane</b>
------------------	----------------	--

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>
<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)..</p> <p>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>		<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 derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.</p>
<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</b>

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				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.2</b>	<b>DGR 830/17 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale - A</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	
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				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.3</b>	<b>DGR 830/17 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale - B</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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.						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</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	
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				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.4</b>	<b>DGR 830/17 - Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.4</b>	<b>DGR 830/17 - Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche</b>							
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						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
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	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.5</b>	<b>DGR 830/17 - Relazioni con le OO.SS.</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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		

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.2</b>	<b>DGR 830/17 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<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>

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b>	<b>Riferimento Normativo</b>
------------------------------	--------------	--	------------------------------

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		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.5</b>	<b><u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u></b>
-------------------------------	------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.5</b>	<b><u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.4</b>	<b>Area dell'Anticorruzione e della trasparenza</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.5</b>	<b>DGR 830/17 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza</b>			
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
<p>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)..</p>		<p>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.</p>			
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.4.2</b>	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	<b>Riferimento Normativo</b>		



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							
Indicatore	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			

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.6</b>	<b><u>Piattaforme logistiche ed informatiche più forti</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
% rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.2</b>	<b>DGR 830/17 - Information Communication Tecnology (ICT)</b>							
<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>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		<b>Riferimento Normativo</b>					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
% 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				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.3</b>	<b>DGR 830/17 - Sistema informativo</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi		<b>Riferimento Normativo</b>					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
% 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				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.4</b>	<b>DGR 830/17 - Sistema informativo</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi		<b>Riferimento Normativo</b>					

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%				

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.7</b>	<b><u>Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche</u></b>
-------------------------------	------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.7</b>	<b><u>Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>4</b>	<b>Performance della sostenibilità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>4.2</b>	<b>Area degli investimenti</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.1</b>	<b>DGR 830/17 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche</b>			
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
<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:</p> <p>-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.</p> <p>-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).</p> <p>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>		<p>Nel corso del primo semestre si è provveduto a completare la progettazione preliminare degli interventi Apb.04 - Realizzazione Casa della Salute di Fornovo e Apb.05 - Miglioramento sismico del corpo storico dell'Ospedale di Borgotaro. Entrambi i progetti sono stati sottoposti al competente esame del Gruppo Tecnico regionale nella seduta programmata per il mese di settembre. Nel corso del secondo semestre è stata sviluppata la progettazione esecutiva di entrambi gli interventi, al fine di rispettare le scadenze assegnate dall'Accordo sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Emilia Romagna il 2 novembre 2016 come modificate dalla Legge di Bilancio 2018. Il completamento delle progettazioni esecutive avverrà ne corso del primo semestre 2018, a seguito dell'espressione dei pareri degli Enti competenti, non ancora pervenuta. Non sono stati raggiunti i valori attesi finali del 2° e 3° indicatore a causa di fattori non dipendenti dal Servizio Attività Tecniche.</p>			
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>		

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			

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>5</b>	<b><u>Le attività presidiate dall'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale</u></b>
---------------------------	----------	---

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>5</b>	<b><u>Le attività presidiate dall'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale</u></b>
-------------------------------	----------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>5</b>	<b><u>Le attività presidiate dall'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.3</b>	<b>DGR 830/17 - Riordino dei Comitati Etici</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
La DGR 2327/2016 prevede il riordino dei Comitati Etici (CE) della Regione Emilia-Romagna, processo che deve essere completato entro il 1/1/2018. In particolare, gli 8 Comitati etici delle Aziende dell'Area Vasta Nord e dell'Area Vasta Centro dovranno essere accorpati in due Comitati Etici di Area Vasta e l'AUSL della Romagna dovrà rivalutare assieme all'IRST di Meldola le modalità di funzionamento del CE della Romagna. Le Aziende Sanitarie dovranno assicurare nel 2017 di collaborare efficacemente al processo di riorganizzazione, rispettando le fasi previste dalla normativa.	Assolti gli obblighi per la riorganizzazione dei CE

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>Riferimento Normativo</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
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						
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		

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							
<p>Descrizione</p> <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>Rendicontazione</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'accrreditamento istituzionale (DGR 327/04)</p>						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.2</b>	<b>DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convoati		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		

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