

2020



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

## Piano Azioni 2020 Verifica al 30/06/2020

Direzione Generale



## SOMMARIO

### 1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

#### 1.1 - SANITA' PUBBLICA

1.1.1 - Quadro Generale e attività trasversali	1
1.1.2 - Igiene e Sanità Pubblica	5
1.1.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	12
1.1.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	17
1.1.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	21

#### 1.2 - GLI SCREENING

1.2.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	27
1.2.2 - Screening del tumore del collo uterino	29
1.2.3 - Screening del tumore della mammella	31
1.2.4 - Screening del tumore del colon retto	34

### 2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE

#### 2.1 - Cure Primarie

2.1.1 - Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie	37
2.1.2 - Le Case della Salute e la medicina di iniziativa	42
2.1.3 - Cure Intermedie	48
2.1.4 - Le cure domiciliari	53

#### 2.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

2.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	58
--	----

#### 2.3 - SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE

2.3.1 - Sportello Unico Distrettuale	64
--------------------------------------	----

#### 2.4 - SALUTE DONNA

2.4.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	68
2.4.2 - Spazio Giovani	73
2.4.3 - Spazio Giovani Adulti	75

#### 2.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

2.5.1 - Obiettivi di sistema e trasversali	77
--	----

## SOMMARIO

### 2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE

#### 2.6 - Medicina riabilitativa

2.6.1 - Quadro generale	89
-------------------------	----

#### 2.7 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata

2.7.1 - Quadro generale	97
-------------------------	----

#### 2.8 - SANITA' PENITENZIARIA

2.8.1 - Quadro generale	101
-------------------------	-----

### 3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

#### 3.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero e di Rete Ospedaliera Provinciale

3.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	104
---	-----

#### 3.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale

3.2.1 - Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza	110
--	-----

3.2.2 - Obiettivi del Dipartimento Medico	115
---	-----

3.2.3 - Obiettivi del Dipartimento Chirurgico	121
---	-----

3.2.4 - Obiettivi dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero	132
---	-----

#### 3.3 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria

3.3.1 - Obiettivi generali	136
----------------------------	-----

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

3.4.1 - Obiettivi generali	141
----------------------------	-----

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

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

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

3.6.1 - Inquadramento generale	155
--------------------------------	-----

### 4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

#### 4.1 - AREA TRASVERSALE

4.1.1 - Obiettivi generali	158
----------------------------	-----

4.1.2 - Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari	174
--	-----

## SOMMARIO

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

#### 5.1 - CURE PALLIATIVE

5.1.1 - Obiettivi generali	177
----------------------------	-----

#### 5.2 - DEMENZE

5.2.1 - Quadro generale	189
-------------------------	-----

#### 5.3 - EMERGENZA URGENZA-118

5.3.1 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi	194
---	-----

#### 5.4 - Politica del farmaco

5.4.1 - Governo dell'Assistenza Farmaceutica	200
--	-----

5.4.2 - Governo dei dispositivi medici	216
--	-----

#### 5.5 - PATOLOGIE CRONICHE

5.5.1 - Nutrizione Artificiale	221
--------------------------------	-----

#### 5.6 - Sviluppo reti cliniche pediatriche

5.6.1 - Area Territoriale	224
---------------------------	-----

5.6.2 - Area Ospedaliera	231
--------------------------	-----

#### 5.7 - Psicologia Clinica e di Comunità

5.7.1 - Quadro Generale	234
-------------------------	-----

### 6 - AREA TRASVERSALE DI GOVERNANCE AZIENDALE

#### 6.1 - Piattaforme logistiche ed informatiche – ICT

6.1.1 - Obiettivi 2020	236
------------------------	-----

#### 6.2 - Il Sistema Informativo

6.2.1 - Obiettivi 2020	246
------------------------	-----

#### 6.3 - Monitoraggio della mobilità passiva

6.3.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria	254
---	-----

#### 6.4 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'

6.4.1 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	257
--	-----

#### 6.5 - Governo Clinico

6.5.1 - Governo Clinico Ospedale Territorio	265
---	-----

## SOMMARIO

### 6 - AREA TRASVERSALE DI GOVERNANCE AZIENDALE

#### 6.5 - Governo Clinico

6.5.2 - Gestione del Rischio e Medicina Legale	271
--	-----

#### 6.6 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale

6.6.1 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale	276
---	-----

### 7 - IL SISTEMA AZIENDA

#### 7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

7.1.1 - Quadro generale	284
-------------------------	-----

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

7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse	296
---	-----

#### 7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

7.3.1 - Obiettivi trasversali del Dipartimento Valutazione e Controllo	298
--	-----

7.3.2 - Obiettivi specifici di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo	304
--	-----

#### 7.4 - LA FORMAZIONE

7.4.1 - Obiettivi generali e specifici	308
--	-----

#### 7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

7.5.1 - Informazione e comunicazione per la salute e l'accesso ai servizi	313
---	-----

7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna	320
---	-----

#### 7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni	322
--	-----

7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale	327
--	-----

7.6.3 - Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni	335
--	-----

#### 7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze

7.7.1 - Sviluppo professionale e qualità delle cure	339
---	-----

7.7.2 - Obiettivi legati alla produttività	343
--	-----

#### 7.8 - Sicurezza del lavoro

7.8.1 - Quadro generale	353
-------------------------	-----

7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria	359
--	-----

## SOMMARIO

### 7 - IL SISTEMA AZIENDA

#### 7.9 - Politiche degli acquisti e logistica

7.9.1 - Obiettivi 2020	363
------------------------	-----

#### 7.10 - Il Piano degli Investimenti

7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature	369
---	-----

#### 7.11 - Azioni per il risparmio energetico

7.11.1 - Quadro generale	379
--------------------------	-----

#### 7.12 - Ingegneria Clinica

7.12.1 - Quadro generale	383
--------------------------	-----

Piano delle Azioni 2020			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	1.1 - SANITA' PUBBLICA	1.1.1 - Quadro Generale e attività trasversali	
		1.1.2 - Igiene e Sanità Pubblica	
		1.1.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	
		1.1.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	
1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	1.2 - GLI SCREENING	1.1.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	
		1.2.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	
		1.2.2 - Screening del tumore del collo uterino	
		1.2.3 - Screening del tumore della mammella	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.1 - Cure Primarie	1.2.4 - Screening del tumore del colon retto	
		2.1.1 - Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie	
		2.1.2 - Le Case della Salute e la medicina di iniziativa	
		2.1.3 - Cure Intermedie	
	2.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	2.1.4 - Le cure domiciliari	
		2.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	
	2.3 - SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE	2.3.1 - Sportello Unico Distrettuale	
		2.4 - SALUTE DONNA	2.4.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione
	2.4.2 - Spazio Giovani		
	2.4.3 - Spazio Giovani Adulti		
2.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	2.5.1 - Obiettivi di sistema e trasversali		

Piano delle Azioni 2020			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
<u>2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE</u>	<u>2.6 - Medicina riabilitativa</u>	<u>2.6.1 - Quadro generale</u>	
	<u>2.7 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata</u>	<u>2.7.1 - Quadro generale</u>	
	<u>2.8 - SANITA' PENITENZIARIA</u>	<u>2.8.1 - Quadro generale</u>	
<u>3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA</u>	<u>3.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero e di Rete Ospedaliera Provinciale</u>	<u>3.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera</u>	
	<u>3.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale</u>	<u>3.2.1 - Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza</u>	
		<u>3.2.2 - Obiettivi del Dipartimento Medico</u>	
		<u>3.2.3 - Obiettivi del Dipartimento Chirurgico</u>	
		<u>3.2.4 - Obiettivi dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero</u>	
<u>3.3 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria</u>	<u>3.3.1 - Obiettivi generali</u>		
<u>3.4 - Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</u>	<u>3.4.1 - Obiettivi generali</u>		
<u>3.5 - Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u>	<u>3.5.1 - Obiettivi - azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u>		

Piano delle Azioni 2020			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA	3.6 - <u>Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere</u>	3.6.1 - <u>Inquadramento generale</u>	
4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	4.1 - AREA TRASVERSALE	4.1.1 - <u>Obiettivi generali</u> 4.1.2 - <u>Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari</u>	
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	5.1 - <u>CURE PALLIATIVE</u>	5.1.1 - <u>Obiettivi generali</u>	
	5.2 - <u>DEMENZE</u>	5.2.1 - <u>Quadro generale</u>	
	5.3 - <u>EMERGENZA URGENZA-118</u>	5.3.1 - <u>Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi</u>	
	5.4 - <u>Politica del farmaco</u>	5.4.1 - <u>Governo dell'Assistenza Farmaceutica</u> 5.4.2 - <u>Governo dei dispositivi medici</u>	
	5.5 - <u>PATOLOGIE CRONICHE</u>	5.5.1 - <u>Nutrizione Artificiale</u>	
	5.6 - <u>Sviluppo reti cliniche pediatriche</u>	5.6.1 - <u>Area Territoriale</u> 5.6.2 - <u>Area Ospedaliera</u>	
	5.7 - <u>Psicologia Clinica e di Comunità</u>	5.7.1 - <u>Quadro Generale</u>	
6 - AREA TRASVERSALE DI GOVERNANCE AZIENDALE	6.1 - <u>Piattaforme logistiche ed informatiche – ICT</u>	6.1.1 - <u>Obiettivi 2020</u>	
	6.2 - <u>Il Sistema Informativo</u>	6.2.1 - <u>Obiettivi 2020</u>	
	6.3 - <u>Monitoraggio della mobilità passiva</u>	6.3.1 - <u>Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria</u>	

Piano delle Azioni 2020			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
6 - AREA TRASVERSALE DI GOVERNANCE AZIENDALE	6.4 - <u>ACCREDITAMENTO E QUALITA'</u>	6.4.1 - <u>Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento</u>	
	6.5 - <u>Governo Clinico</u>	6.5.1 - <u>Governo Clinico Ospedale Territorio</u> 6.5.2 - <u>Gestione del Rischio e Medicina Legale</u>	
	6.6 - <u>Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale</u>	6.6.1 - <u>Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale</u>	
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.1 - <u>LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE</u>	7.1.1 - <u>Quadro generale</u>	
	7.2 - <u>Le strategie di integrazione in Area Vasta</u>	7.2.1 - <u>Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse</u>	
	7.3 - <u>I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO</u>	7.3.1 - <u>Obiettivi trasversali del Dipartimento Valutazione e Controllo</u> 7.3.2 - <u>Obiettivi specifici di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo</u>	
	7.4 - <u>LA FORMAZIONE</u>	7.4.1 - <u>Obiettivi generali e specifici</u>	
	7.5 - <u>La comunicazione e il miglioramento dell'accesso</u>	7.5.1 - <u>Informazione e comunicazione per la salute e l'accesso ai servizi</u> 7.5.2 - <u>Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna</u>	
	7.6 - <u>Le politiche del personale e sviluppo organizzativo</u>	7.6.1 - <u>Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni</u> 7.6.2 - <u>Revisione organizzazione aziendale</u> 7.6.3 - <u>Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni</u>	

Piano delle Azioni 2020			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA	<u>7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze</u>	<u>7.7.1 - Sviluppo professionale e qualità delle cure</u> <u>7.7.2 - Obiettivi legati alla produttività</u>	
	<u>7.8 - Sicurezza del lavoro</u>	<u>7.8.1 - Quadro generale</u> <u>7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria</u>	
	<u>7.9 - Politiche degli acquisti e logistica</u>	<u>7.9.1 - Obiettivi 2020</u>	
	<u>7.10 - Il Piano degli Investimenti</u>	<u>7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature</u>	
	<u>7.11 - Azioni per il risparmio energetico</u>	<u>7.11.1 - Quadro generale</u>	
	<u>7.12 - Ingegneria Clinica</u>	<u>7.12.1 - Quadro generale</u>	

<b>Area</b>	<b>1</b>	<b>PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA</b>
-------------	----------	--

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>1.1</b>	<b>SANITA' PUBBLICA</b>
------------------------------------	------------	-------------------------

<b>Settore</b>	<b>1.1.1</b>	<b>Quadro Generale e attività trasversali</b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

PERCORSO DI ACCREDITAMENTO: nell'anno 2020 sarà mantenuto il sistema di Accreditamento. Saranno attuati gli audit interni del DSP sui Servizi.  
 PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2020 - 2025 nonché gli obiettivi rimodulati previsti per l'anno 2020.

<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 incentivante (dirigenza)</b>	<b>1.1.1.1</b>	<b>Percorso di accreditamento</b>
---	----------------	-----------------------------------

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Esecuzione degli audit interni del DSP e riedizione di procedure ed Istruzioni Operative.	Gli audit interni ai servizi DSP verranno effettuati nell'ultimo trimestre dell'anno

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.4</b>	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 385/2011
------------------------------	--------------	--	------------------------------	--------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Report di audit	Protocollo report	Sì/No	No	Sì	No	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>1.1.1.2</b>	<b>Piano Regionale della Prevenzione</b>
--	----------------	--

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.1.2	<b>Piano Regionale della Prevenzione</b>						
<p>Si procederà ad attuare i programmi di applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020 - 2025 previsti per l'anno 2020.</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>Anche nel 2020 le aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella</p>			<p>Nell'anno 2019, l'Azienda USL di Parma ha conseguito la valutazione del 98% degli indicatori sentinella (standard previsto: almeno il 95%) con il raggiungimento dell'obiettivo richiesto. Nel 1° semestre del corrente anno non è stato pubblicato il Piano Nazionale della Prevenzione, promulgato solo recentemente con atto n. 127/CSR del 06/08/20 di approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni. In tale contesto, si attende di acquisire l'atto di recepimento e di adozione del sopra citato Piano nazionale della Prevenzione da parte della Regione Emilia - Romagna, la cui formalizzazione è prevista entro il 31/12/20.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% Indicatori sentinella con valore conseguito >=80% (Per ogni indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso)			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		
Presenza nei piani di attività dei Servizi delle azioni previste per il 2020 o loro adeguamento al piano			Piani attività dei Servizi	Sì/No	Sì	Sì	No	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.1.3	<b>Epidemiologia e sistemi informativi</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.1.3	<b>Epidemiologia e sistemi informativi</b>						
Garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi del PRP. Tra le sorveglianze da mantenere e consolidare: Sistema di Sorveglianza dei stili di vita e il registro regionale di mortalità			Il Sistema di sorveglianza PASSI si è interrotto nel mese di febbraio a causa dell'emergenza Covid ed ha ripreso la piena attività nel mese di luglio. Si cercherà nel secondo semestre dell'anno di recuperare parte delle interviste sospese. Effettuato nel rispetto della scadenza regionale (01/04/2020) l'invio dei dati di mortalità relativi ai deceduti nel secondo semestre dell'anno 2019.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Realizzazione di almeno il 95% delle interviste PASSI programmate			Specifico flusso di riferimento	% >=	45,00%	95,00%	10,00%	
Completezza dell'archivio registro mortalità nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 (rispetto al marzo 2020 consuntivo 2018; ad ottobre 2020 completezza dati primo semestre 2020)			Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.1.4	<b>Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio-assistenziale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Assicurare quanto disposto con DGR 1943/2017 ( requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie)			Tutte le strutture autorizzate sono state inserite nell'anagrafe regionale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1943/2017 - DGR 977/19				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie (strutture autorizzate/anno)			Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.3		Area dell'Organizzazione		
Obiettivo		1.1.1.5		Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19								
Descrizione				Rendicontazione								
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>				<p>Dalla seconda metà del mese di febbraio l'intero DSP ha sospeso le attività ordinarie in tutti i distretti e si è dedicato all'emergenza COVID. A fine luglio sono stati gestiti 3820 casi e 10083 quarantenati. Sono stati eseguiti 14900 tamponi a domicilio e 15873 tamponi nei drive-through. Sono stati effettuati accessi presso le CRA e altre strutture residenziali per un totale di 117 visite. E' stato avviato un percorso di monitoraggio delle strutture residenziali per anziani (64) che ha comportato l'esecuzione di 8243 tamponi tra ospiti e operatori. Sono state effettuate campagne di screening sugli operatori dei centri estivi sugli operatori dei centri diurni per anziani e disabili ed è stato predisposto un percorso di reclutamento degli operatori del settore "carne e logistica" per un complessivo di circa 14000 lavoratori di cui a fine luglio sono stati programmati circa 4600 tamponi per il settore carni e 1200 tamponi per il settore logistica.</p>								
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo								
Indicatore						Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19						Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì		

<b>Settore</b>	<b>1.1.2</b>	<b>Igiene e Sanità Pubblica</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2020 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente. Il PA deve contenere le azioni di miglioramento, misurabili, per l'anno di validità		

<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 incentivante (dirigenza)</b>	<b>1.1.2.1</b>	<b>Pianificazione e Programmazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Piano di attività 2020 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato e condiviso il Piano Attività 2020 del SISP scomposto in aree disciplinari (prot. . 10020 del 14/02/2020). Prodotta "Relazione attività SISP anno 2019" (Prot. 9489 del 12/02/2020) e Piano di Governo Clinico anno 2020 (Prot. 18756 del 18/03/2020)					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 200/2013; DGR 385/2011				
<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>Perf. inter</b>
Elaborazione del Piano di attività 2020, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato			Protocollo piano di attività	Si/No	Si		Si	
Produzione della relazione finale anno 2019			Protocollo relazione finale	Si/No	Si		Si	
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2020 per ogni area disciplinare.			Protocollo Piano	Si/No		Si	Si	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>1.1.2.2</b>	<b>Igiene del territorio e ambiente costruito</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Igiene Ambiente con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Nel mese di febbraio l'attività è stata parzialmente sospesa al fine di dedicare tutto il personale del servizio all'emergenza Covid. Al 30 giugno l'attività media è stata indicativamente del 35% del programmato				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.2.2	<b>Igiene del territorio e ambiente costruito</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 200/2013; DGR 385/2011					
<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>Perf. inter</b>	
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento di budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	35,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.2.3	<b>Profilassi e malattie infettive</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>1.1.2.3</b>	<b>Profilassi e malattie infettive</b>						
<p>Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste.</p> <p>Rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel nuovo calendario vaccinale garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche.</p>			<p>Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Profilassi e Malattie Infettive con l'indicazione dei volumi di attività previsti.</p> <p>Nel primo semestre dell'anno sono state effettuate 817 sedute vaccinali • Chiamata attiva coorte 2006 per meningococco e DTP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiamata attiva coorte 1954 per Herpes Zoster e Pneumococco</li> <li>• Programmazione di sedute dedicate per le gravide DTP (considerate urgenze temporali).</li> </ul> <p>Dalla seconda metà del mese di febbraio il SISP ha sospeso le attività ordinarie in tutti i distretti rimodulandola per dedicarsi all'emergenza COVID. A fine luglio sono stati gestiti 3820 casi e 10083 quarantenati. Sono stati eseguiti 14900 tamponi a domicilio e 15873 tamponi nei drive-through. Sono stati effettuati accessi presso le CRA e altre strutture residenziali per un totale di 117 visite. E' stato avviato un percorso di monitoraggio delle strutture residenziali per anziani (64) che ha comportato l'esecuzione di 8243 tamponi tra ospiti e operatori.</p> <p>Sono state effettuate campagne di screening sugli operatori dei centri estivi sugli operatori dei centri diurni per anziani e disabili ed è stato predisposto un percorso di reclutamento degli operatori del settore "carne e logistica" per un complessivo di circa 14000 lavoratori di cui a fine luglio sono stati programmati circa 4600 tamponi per il settore carni e 1200 tamponi per il settore logistica</p> <p>Al 30 giugno l'attività così come rimodulata è stata pienamente attuata per i mesi di riferimento . Prevista nel secondo semestre dell'anno sia la campagna antinfluenzale. Rimandata la stesura del protocollo per il controllo della meningite</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	Circolari regioni specifiche - DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento di budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni			Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
Definizione di un protocollo per il controllo della meningite			Protocollo procedura	Sì/No	No	Sì	No	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.2.4	<b>Medicina Legale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Igiene Ambiente con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'emergenza sanitaria ha determinato un lieve aumento dei tempi di attesa che tuttavia risulta essere in progressiva riduzione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	L. R 4/2008				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento di budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	35,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.2.5	<b>Promozione attività motoria e Medicina dello Sport</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Igiene Ambiente con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio di Medicina dello Sport è stato chiuso per l'attività ambulatoriale (visite mediche per il rilascio dell'idoneità agonistica) a causa dell'emergenza Covid-19 dal 10/3/2020 al 30/06/2020					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento di budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	20,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.2.6	<b>Sorveglianza e controllo delle malattie infettive</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali specifici e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale. Relativamente al sistema informativo delle malattie infettive, monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI. Vanno consolidate le azioni per dare piena attuazione alla DGR n. 828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi"			<b>OBIETTIVO NON PIU' IN ESSERE</b> legato al Piano Regionale della Prevenzione 2017-19 Nel 1° semestre del corrente anno non è stato pubblicato il Piano Nazionale della Prevenzione, promulgato solo recentemente con atto n. 127/CSR del 06/08/20 di approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni. In tale contesto, si attende di acquisire l'atto di recepimento e di adozione del sopra citato Piano nazionale della Prevenzione da parte della Regione Emilia - Romagna, la cui formalizzazione è prevista entro il 31/12/20. L'attività di inserimento delle malattie infettive nell'applicativo SMI è comunque garantita regolarmente al 100%, così come la gestione delle segnalazioni casi sospetti Dengue-Chikungunya. Le strutture ricettive controllate al 30/6, nonostante la chiusura dell'attività a partire dal mese di febbraio, sono state 99 su 262 programmati					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Nr. casi sospetti Dengue-Chikungunya-Zikas virus segnalati al DSP e notificati in Regione/Nr. casi sospetti Dengue-Chikungunya-Zikas virus testati presso il laboratorio di riferimento Regionale			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Schede casi malattie infettive inserite nell'applicativo SMI incomplete al consolidamento (dopo 6 mesi dall'inserimento)/n. totale di schede di casi di malattie infettive inserite in applicativo SMI			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		
% Strutture turistico-recettive esistenti/strutture turistico-recettive controllate			specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.2.7	<b>Piano di Prevenzione vaccinale</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.2.7	<b>Piano di Prevenzione vaccinale</b>						
L'offerta vaccinale prevista nel PNPV 2017-19 è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018. Sono state pertanto introdotte nel calendario vaccinale regionale nuove vaccinazioni per classe di età. Sono da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento delle coperture. Deve proseguire l'attività per la gestione degli inadempimenti e recuperi vaccinali. Vanno garantite le azioni necessarie al passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.			<b>OBIETTIVO NON PIU' IN ESSERE</b>		legato al Piano Regionale della Prevenzione 2017-19			
			Nel 1° semestre del corrente anno non è stato pubblicato il Piano Nazionale della Prevenzione, promulgato solo recentemente con atto n. 127/CSR del 06/08/20 di approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni. In tale contesto, si attende di acquisire l'atto di recepimento e di adozione del sopra citato Piano nazionale della Prevenzione da parte della Regione Emilia - Romagna, la cui formalizzazione è prevista entro il 31/12/20.		Le vaccinazioni sono comunque			
			continue nel mese di gennaio e febbraio, prima della chiusura degli ambulatori vaccinali a causa dell'emergenza Covid					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze/i della coorte di nascita 2006			specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		
Copertura vaccinale anti pneumococco nella popolazione di età >= 65 anni			specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	1.1.2.8	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
<b>Descrizione</b>	Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.2.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Dalla seconda metà del mese di febbraio l'intero DSP, in primis il Servizio Igiene e Sanità Pubblica) ha sospeso le attività ordinarie in tutti i distretti e si è dedicato all'emergenza COVID. A fine luglio sono stati gestiti 3820 casi e 10083 quarantenati.</p> <p>Sono stati eseguiti 14900 tamponi a domicilio e 15873 tamponi nei drive-through.</p> <p>Sono stati effettuati accessi presso le CRA e altre strutture residenziali per un totale di 117 visite. E' stato avviato un percorso di monitoraggio delle strutture residenziali per anziani (64) che ha comportato l'esecuzione di 8243 tamponi tra ospiti e operatori.</p> <p>Sono state effettuate campagne di screening sugli operatori dei centri estivi sugli operatori dei centri diurni per anziani e disabili ed è stato predisposto un percorso di reclutamento degli operatori del settore "carne e logistica" per un complessivo di circa 14000 lavoratori di cui a fine luglio sono stati programmati circa 4600 tamponi per il settore carni e 1200 tamponi per il settore logistica.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>1.1.3</b>	<b>Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2020 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente. Il PA deve contenere le azioni di miglioramento, misurabili, per l'anno di validità		

<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 incentivante (dirigenza)</b>	<b>1.1.3.1</b>	<b>Pianificazione e Programmazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Definizione del Piano di attività 2020 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente. Il PA deve contenere le azioni di miglioramento, misurabili, per l'anno di validità			Elaborato e condiviso il Piano Attività 2020 del SPSAL scomposto in aree disciplinari (Prot. 9658 del 13/02/2020). Prodotta "Relazione attività SPSAL anno 2019" (Prot. 9328 del 12/02/2020) e Piano di Governo Clinico anno 2020 (Prot. 10095 del 14/02/2020)					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 200/2013				
<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>Perf. inter</b>
Elaborazione del Piano di attività 2020, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato			Protocollo piano di attività	Sì/No	Sì		Sì	
Produzione della relazione finale anno 2019			Protocollo relazione finale	Sì/No	Sì		Sì	
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2020			Protocollo piano	Sì/No		Sì	Sì	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>1.1.3.2</b>	<b>Sicurezza degli ambienti di lavoro</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.3.2	<b>Sicurezza degli ambienti di lavoro</b>						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			<p>Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Sicurezza Ambienti di Lavoro con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio ha parzialmente sospeso le attività dal mese di febbraio dedicandosi all'emergenza Covid-19, riprendendo nel mese di maggio. Il volume di attività svolta in relazione ai piani di attività individuale al 30/6 risulta in media del 42% <span style="float: right;">INDICATORE 2 NON PIU' IN ESSERE</span> in quanto legato al Piano Regionale della Prevenzione 2017-19</p> <p>Nel 1° semestre del corrente anno non è stato pubblicato il Piano Nazionale della Prevenzione, promulgato solo recentemente con atto n. 127/CSR del 06/08/20 di approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni. In tale contesto, si attende di acquisire l'atto di recepimento e di adozione del sopra citato Piano nazionale della Prevenzione da parte della Regione Emilia - Romagna, la cui formalizzazione è prevista entro il 31/12/20.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 - DGR 172/2015 - DGR 1945/2017				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	42,00%	
N. aziende del territorio partecipanti al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro rispetto al numero previsto dal PRP			Specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.3.3	<b>Igiene e Medicina del Lavoro</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.3.3	<b>Igiene e Medicina del Lavoro</b>						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area di Igiene e Medicina del Lavoro con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio ha parzialmente sospeso le attività dal mese di febbraio dedicandosi all'emergenza Covid-19. Il volume di attività svolta in relazione ai piani di attività individuale al 30/6 risulta in media del 25%.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015 Punto 1.5				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	25,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.3.4	<b>Unità Operativa Impiantistica ed Antinfortunistica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'U.o. Impiantistica Antinfortunistica con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio ha parzialmente sospeso le attività dal mese di febbraio dedicandosi all'emergenza Covid-19. Il volume di attività svolta in relazione ai piani di attività individuale al 30/6 risulta in media del 40%.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 200/2013				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	40,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.3.5	<b>Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e vita</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro. Realizzazione del Piano Amianto Regionale approvato con DGR 1945/2017			A causa le contingenze nazionali, gli obiettivi iniziali e i piani di attività sono stati rimodulati, anche su indicazione regionale. La Regione E.R. ha modificato gli obiettivi numerici del servizio passando dal 9% al 6% delle PAT. Al 30 giugno si è raggiunto il 4,1%. L'ambulatorio di medicina del lavoro di Parma si dedica costantemente alla sorveglianza degli esposti ad amianto ed è rimasto a disposizione di eventuali emergenze anche nel primo semestre dell'anno. Le iniziative di formazione sono invece state sospese per tutto il primo semestre dell'anno					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% Aziende con dipendenti ispezionate (delle PAT esistenti)			specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%	4,10%	
Nr. cantieri rimozione amianto controllati sul totale piani rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs81/08)			specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%	12,00%	
Evidenza di attivazione ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	
Informazione e formazione: nr. Iniziative di formazione e formazione realizzate su iniziative programmate			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	1.1.3.6	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>1.1.3.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Dalla seconda metà del mese di febbraio l'intero DSP, compreso il personale afferente al Servizio PSAL si è dedicato a fronteggiare l'emergenza Covid -19, partecipando alla sorveglianza attiva dei casi/contatti, alla diffusione dei referti, alla comunicazione degli esiti, alla prenotazione di tamponi alla gestione ed esecuzione dei tamponi, nonché al trasporto dei campioni presso i laboratori.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>1.1.4</b>	<b>SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 (così come elaborato nel Piano Regionale dei Controlli della Regione Emilia Romagna DGR 1500 del 10.10.2017) mediante la definizione del Piano di attività 2020 del Servizio SIAN, contenente le azioni di miglioramento e con la formulazione di un budget di Servizio, elaborazione della relazione finale di attività anno precedente.		

<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 incentivante (dirigenza)</b>	<b>1.1.4.1</b>	<b>Pianificazione e Programmazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Piano di attività 2020 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente coerente con parametri del PRI			Elaborato e condiviso il Piano Attività 2020 scomposto in aree disciplinari (Prot.9931 del 14/02/20). Prodotta Relazione attività SIAN anno 2019 (Prot. 8038 del 06/02/2020) e Piano di Governo Clinico anno 2020 (Prot. 9930 del 14/02/2020)					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013 DGR 1500/2017				
<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>Perf. inter</b>
Piano di attività 2020 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio coerente con parametri del PRI			Protocollo piano di attività	Si/No	Si		Si	
Produzione della relazione finale anno 2019			Protocollo relazione finale	Si/No	Si		Si	
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2020			Protocollo piano	Si/No		Si	Si	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>1.1.4.2</b>	<b>Igiene degli Alimenti</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Igiene degli Alimenti con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio ha parzialmente sospeso le attività dal mese di febbraio dedicandosi all'emergenza Covid-19. Il volume di attività svolta in relazione ai piani di attività individuale al 30/6 risulta in media del 38%.				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.4.2	<b>Igiene degli Alimenti</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013; DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>	
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	38,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.4.3	<b>Nutrizione</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Nutrizione con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio ha parzialmente sospeso le attività dal mese di febbraio dedicandosi all'emergenza Covid-19. Il volume di attività svolta in relazione ai piani di attività individuale al 30/6 risulta in media del 30%.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013					
<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>Perf. inter</b>	
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	30,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.4.4	<b>Realizzazione dei controlli su contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attuare controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale, rispettando la programmazione del Piano Regionale per la ricerca dei fitosanitari			Il Piano di controlli per la ricerca dei residui negli alimenti di origine animale di fitosanitari è proseguito con riduzione attività nei mesi febbraio/giugno per dedicarsi all'emergenza Covid-19. Al 30/06 sono stati effettuati n.44 campioni Su 106 previsti dal Piano					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% Campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti/totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria.			sistema nazionale NSIS	% >=		100,00%	41,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.4.5	<b>Mantenimento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati di sistema ORSA</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Ausl dovranno garantire che i dati presenti in ORSA soddisfino il debito informativo verso la Regione, così come definito dalle reportistiche annuali SISVET e SIAN			Il sistema Orsa viene implementato regolarmente così come definito dalle reportistiche					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Idoneità dei dati Ausl presenti nel sistema regionale ORSA di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute			ORSA	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.4.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Dalla seconda metà del mese di febbraio l'intero DSP, compreso il personale afferente al Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, si è dedicato a fronteggiare l'emergenza Covid -19, partecipando alla sorveglianza attiva dei casi/contatti, alla diffusione dei referti, alla comunicazione degli esiti, alla prenotazione di tamponi alla gestione ed esecuzione dei tamponi, nonché al trasporto dei campioni presso i laboratori.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>1.1.5</b>	<b>Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 (così come elaborato nel Piano Regionale dei Controlli della Regione Emilia Romagna DGR 1500 del 10.10.2017) mediante la definizione del Piano di attività 2020 dell'ADSPV, scomposto nei Servizi A/B/C contenente le azioni di miglioramento e con la formulazione di un budget di Servizio, elaborazione della relazione finale di attività anno precedente.		

<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 incentivante (dirigenza)</b>	<b>1.1.5.1</b>	<b>Pianificazione e Programmazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Piano di attività 2020 di Area, scomposto in servizi, documento di budget e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato e condiviso il Piano Attività 2020 scomposto in aree disciplinari (Prot.8399 del 07/02/2020). Prodotta Relazione attività anno 2019 (Prot. 7696 del 05/02/2020) e Piano di Governo Clinico anno 2020 ( Area A prot. 12931 del 25/02/2020, Area B prot. 8545 del 10/02/2020, Area C prot. 11114 del 19/02/2020)					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012 ; DGR 1510/2013				
<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>Perf. inter</b>
Elaborazione del Piano di attività 2020, scomposto per Servizi e documento di budget collegato			Protocollo piano di attività	Si/No	Si		Si	
Produzione della relazione finale anno 2019			Protocollo relazione finale	Si/No	Si		Si	
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2020			Protocollo Piano	Si/No		Si	Si	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>1.1.5.2</b>	<b>SERVIZIO A - Sanità Animale</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.2	<b>SERVIZIO A - Sanità Animale</b>						
<p>Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste.</p> <p>Oltre ad attuare quanto previsto nel piano regionale integrato per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina e della brucellosi ovicaprina, si procederà con registrare i relativi dati dei controlli ufficiali eseguiti nel sistema nazionale SANAN.</p> <p>Si dovranno inoltre attuare, nelle aziende ovicaprine, le ispezioni per anagrafe ovicaprina registrandole sul portale nazionale VETINFO, applicativo "controlli".</p>			<p>Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Sanità Animale con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio ha parzialmente sospeso le attività dal mese di febbraio dedicandosi all'emergenza Covid-19. Il volume di attività svolta in relazione ai piani di attività individuale al 30/6 risulta in media del 21%.</p> <p>Dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN. (Ovicaprini 79 registrati su 86 effettuati + Bovini 136 registrati su 141 effettuati = <math>79+136/86+141 = 94,7\%</math>)</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013 - DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	27,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.3	<b>SERVIZIO B - Igiene degli Alimenti di Origine Animale</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Igiene degli Alimento di Origine Animale con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio ha parzialmente sospeso le attività dal mese di febbraio dedicandosi all'emergenza Covid-19. Il volume di attività svolta in relazione ai piani di attività individuale al 30/6 risulta in media del 43%.				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.3	<b>SERVIZIO B - Igiene degli Alimenti di Origine Animale</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013					
<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>Perf. inter</b>	
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	43,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.4	<b>SERVIZIO C - Igiene delle Produzioni Zootecniche</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Igiene delle Produzioni Zootecniche con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Il servizio ha parzialmente sospeso le attività dal mese di febbraio dedicandosi all'emergenza Covid-19. Il volume di attività svolta in relazione ai piani di attività individuale al 30/6 risulta in media del 27%.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013; DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>	
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2020	% >=	45,00%	90,00%	27,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.5	<b>Piano Regionale Integrato</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1500 del 10/10/2017 ha approvato il Piano Regionale Integrato che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.</p> <p>Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Tra tutti gli indicatori previsti ne sono stati individuati un gruppo, da considerare "sentinella".</p> <p>Obiettivo è contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.</p>			<p>Gli indicatori sentinella sono monitorati e rendicontati sui sistemi regionali (al 30/6 in media è stato raggiunto il 30-35% dell'obiettivo data l'emergenza Covid).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1500 - DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano			Specifici flussi di riferimento	% >=		100,00%		
% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano >=80%			Specifici flussi di riferimento	% <=		80,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.6	<b>Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.6	<b>Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina</b>							
Le aziende, oltre a quanto previsto nel PRI per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina, brucellosi ovi caprina, dovranno registrare i dati dei controlli ufficiali sul sistema nazionale SANAN (indicatore LEA 2018); le ispezioni per anagrafe ovocaprina andranno registrate sul portale nazionale VETINFO.			L'attività al 30/6 ha raggiunto le percentuali sotto indicate. % Degli allevamenti controllati/totale allevamenti soggetti a controllo nell'anno. = 80,56% % Dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN. (Ovicaprini 79 registrati su 86 effettuati + Bovini 136 registrati su 141 effettuati = 79+136/86+141 = 94,7% % Aziende controllate nell'anno/totale delle aziende soggette a controllo. portale nazionale VETINFO "Statistiche" = 3/370 0.81% (target da raggiungere 3%)						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>
% Degli allevamenti controllati/totale allevamenti soggetti a controllo nell'anno.				sistema SEER dell' IZSLER	% >=		100,00%	81,00%	
% Dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN.				sistema SISVET di VETINFO	% >=		80,00%	95,00%	
% Aziende controllate nell'anno/totale delle aziende soggette a controllo.				portale nazionale VETINFO "Statistiche"	% >=		3,00%	1,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.7	<b>Tutela del benessere animale</b>							
<b>Descrizione</b>	Garantire il controllo negli allevamenti garantendo la percentuale di controlli ufficiali previsti nel piano regionale benessere animale per ciascuna delle categorie, e benessere negli impianti di macellazione			<b>Rendicontazione</b> Causa emergenza Covid-19 l'attività è stata ridotta nel primo semestre dell'anno. Si è comunque garantito il 38% dell'attività prevista					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	1.1.5.7	<b>Tutela del benessere animale</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>	
% Di controlli ufficiali effettuati = %controllo per benessere in allevamenti di: ( vitelli x 0,2)+( suini x 0,2)+(ovaiole x 0,2)+(polli da carne x 0,2)+("altri bovini" x 0,1)+(impianti di macellazione x 0,1)			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	38,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	1.1.5.8	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			Dalla seconda metà del mese di febbraio l'intero DSP, compreso il personale afferente al Servizio Veterinario, si è dedicato a fronteggiare l'emergenza Covid -19, partecipando alla sorveglianza attiva dei casi/contatti, alla diffusione dei referti, alla comunicazione degli esiti, alla prenotazione di tamponi alla gestione ed esecuzione dei tamponi, nonché al trasporto dei campioni presso i laboratori.						
<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>Perf. inter</b>	
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì		

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>1.2</b>	<b><u>GLI SCREENING</u></b>
------------------------------------	------------	-----------------------------

<b>Settore</b>	<b>1.2.1</b>	<b><u>Quadro generale e obiettivi comuni</u></b>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<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>1.2.1.1</b>	<b>Partecipazione a iniziative e progetti valutativi</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Partecipazione alle iniziative di controllo di Qualità e a progetti valutativi definiti a livello regionale.								
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute	<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>Perf. inter</b>
Evvidenza Attività			PRP	Sì/No		Sì		

<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>1.2.1.2</b>	<b>Programmi di screening oncologici</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidare i percorsi attivi con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati per la popolazione target, con particolare attenzione al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore alla mammella.								
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	1.2.1.2	Programmi di screening oncologici						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Screening cervicale: %di popolazione target (donne 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 60%, accettabile >50%)			specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		
Screening mammografico: %di popolazione target (donne 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 70%, accettabile >60%)			specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		
Screening colonrettale: %di popolazione target (persone 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 60%, accettabile >50%)			specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	1.2.1.3	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Descrizione			Rendicontazione					
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì		

<b>Settore</b>	<b>1.2.2</b>	<b>Screening del tumore del collo uterino</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Tutti i Distretti partono allineati con i turni mensili di chiamata per l'8° 'round' (1.1.2019 - 31.12.2021/2023, a seconda del braccio di appartenenza: Pap-test o HPVtest) salvo integrazione con il nuovo algoritmo che prevede l'HPVtest come test di screening primario e chiamata quinquennale - Per quest'anno verranno regolarmente invitate ad HPVtest primario e citologia di "trriage" le donne comprese nella fascia di età 30-64 anni, secondo cronoprogramma regionale.</p>		

<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>1.2.2.1</b>	<b>Promozione adesione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione ed adesione dell'attività rivolta a donne tra i 25 e i 29 anni, residenti e domiciliate assistite, con proposta attiva di pap-test triennale che dal 7-01-20 passerà in fase liquida per completa riconversione del programma - Chiamata per l'HPVtest (test primario) della fascia 30-64 anni, residenti e domiciliate assistite.			Come da Direttiva Regionale per tutto il periodo di emergenza per epidemia COVID si sono sospesi gli inviti di Pap Test ed HPV Test in tutte le fasce di età sia per le residenti che le domiciliate. Per tale motivo la estensione degli inviti è stata del 94,3% per le residenti e del 77% per le domiciliate mentre la adesione della popolazione target che ha effettuato i test di screening è stata del 54%					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 217/2014				
<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>Perf. inter</b>
Tasso di adesione			P.R.P.	% >=	60,00%	60,00%	54,00%	

<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>1.2.2.2</b>	<b>Promozione adesione e implementazione DRG n.1045/2019</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Adempimento Circolare n.8 del 2/09/19. a) chiamata attiva delle coorti'94 primo semestre-'95 secondo semestre. Indicatori : rapporto tra lettere di chiamate e donne vaccinatee quante donne hanno terminato il ciclo vaccinale. Attività svolta dal servizio di igiene pubblica in collaborazione con centro screening collo utero . b) donne inviate a trattamento per lesioni HPV correlate con consiglio di vaccinazione HPV. Indicatori : quante donne hanno effettuato di quelle consigliate vaccinazione.			a) per quanto riguarda la coorte del'94, su base aziendale, sono state invitate con lettera 239 giovani donne e hanno aderito all'invito 115 donne ( adesione del 48%).Si prevede quando la situazione lo consentirà di riprendere la chiamata attiva La coorte del '95 invece non è stata ancora invitata ed anche per queste occorrerà riprendere la chiamata attiva. b) per le donne con consiglio di vaccinazione HPV per pregresso trattamento (conizzazione) per lesioni HPV correlate sono state tutte invitate e su 36 inviti si sono presentate 20 donne (adesione del 55%) I datisopra indicati sono statti forniti dal Servizio di Igiene Pubblica la cui attività di vaccinazione è stata interrotta per tutto il periodo di emergenza per epidemia COVID.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.2.2</b>	<b>Promozione adesione e implementazione DRG n.1045/2019</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DRG n.1045/2019				
<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>Perf. inter</b>
Tasso di adesione ( da definire standard regionale )			P.R.P.	% >=			48,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.2.3</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Come da direttiva Regionale per tutto il periodo di emergenza per epidemia COVID sono state sospese la attività ordinaria di chiamata attiva delle donne dai 25-64 aa mentre e' proseguita la attività di secondo livello ( COLPOSCOPIA ) per Pap Test ad alto rischio sia in presenza di Pap Test di 1° livello che a quelli di triage di HPV positivo .</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>1.2.3</b>	<b>Screening del tumore della mammella</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Il risultato di salute da perseguire a lungo termine è la riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, attraverso il mantenimento dei risultati raggiunti e l'integrazione dell'offerta a livello provinciale. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012, inoltre, si prefigge l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze.		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.1</b>	<b>Implementazione data base individuale</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Consolidamento tracciato record data base individuale			Il consolidamento del tracciato record data base individuale è proseguito regolarmente.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<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>Perf. inter</b>
Evidenza tracciato				RIT	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.2</b>	<b>Progressione chiamate</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Sviluppo e consolidamento dei risultati di copertura ed estensione rivolti alle donne di fascia di età 45 -49 anni (mammografia annuale) e 50 – 74 anni ( mammografia biennale) domiciliata e residenti.			Nonostante l'emergenza Covid19 che ha richiesto una sospensione dell'invio degli inviti per 3 mesi e ha generato una minore adesione delle pazienti, si è continuato a sviluppare il progetto di copertura ed estensione con le cadenze richieste, a seconda della fascia di età.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 217/2014 DGR 172/2015					
<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>Perf. inter</b>
Copertura media del test				PRP	% >=		60,00%	50,62%	
Estensione media inviti				PRP	% >=		95,00%	88,70%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.3</b>	<b>Rischio eredofamiliare</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attuare il programma secondo la indicazioni regionali			Per gli esami mammografici di primo livello eseguiti è stata regolarmente compilata la scheda di valutazione del rischio eredo-familiare come da indicazione regionale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Compilazione scheda anamnestica eredofamiliare/Donne presentate			PRP	% >=		95,00%	95,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.4</b>	<b>Integrazione tra Centro Screening e Centro Senologico e Azienda Ospedaliero Universitaria e MMG</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Partecipazione al "Programma interaziendale Centro di Senologia" o Breast Unit			La maggior parte delle pazienti sono state inviate al percorso multidisciplinare del tumore mammario, in collaborazione con AOU Parma.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 800/2015 DDG 841/2015				
<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>Perf. inter</b>
Invio pazienti al percorso multidisciplinare del Centro di Senologia/Donne con patologia mammaria			Database del Servizio Dedalus	% >=		85,00%	96,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.5</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>1.2.3.5</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>A partire dall'11/5/2020 ad oggi, sono state recuperate tutte le prestazioni mammografiche di primo livello sospese a seguito dell'emergenza Covid19; da luglio è ricominciato regolarmente l'invio degli inviti tuttavia con una riduzione del 50% come da disposizione regionale (appuntamenti ogni 20' per distanziamento e sanificazione, anziché ogni 10' come in precedenza). L'attività di secondo livello è proseguita regolarmente anche durante il periodo dell'emergenza.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>1.2.4</b>	<b>Screening del tumore del colon retto</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il programma ha un duplice obiettivo di salute:</p> <p>1) diminuzione dell'incidenza dei tumori del colon retto attraverso un'azione di prevenzione che mira ad individuare lesioni pre-tumorali</p> <p>2) individuazione di lesioni tumorali nelle prime fasi di sviluppo (diagnosi precoce) tali da permettere di intervenire sulla malattia in maniera più limitata e conservativa, consentendo la risoluzione della stessa e aumentando la probabilità di guarigione completa.</p> <p>Al fine di migliorare l'adesione della popolazione sia al I° Livello che al II° Livello si sta lavorando per un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e si sta valutando una diversa modalità di distribuzione dei Kit di screening e di raccolta dei campioni eventualmente da affiancare alla distribuzione e raccolta tramite le Associazioni di Volontariato.</p>		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.4.1</b>	<b>Progressione chiamate</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento dei livelli di estensione ed adesione raggiunti: fascia di età 50/69 anni, sviluppando strategie atte migliorare l'adesione nell'intera provincia.			Nel primo semestre del 2020 lo screening del colon retto ha subito una battuta di arresto a partire dai primi giorni di marzo fino a giugno a causa dell'emergenza Covid. Pertanto gli inviti programmati in quel periodo sono stati rimandati al secondo semestre del 2020. L'estensione degli inviti è relativa al periodo pre-Covid ed al mese di Giugno. Nel frattempo si è però rivoluzionato il sistema di chiamata del I livello, che non avverrà più con consegna dei kit per la ricerca del sangue occulto attraverso la rete di volontari della provincia, bensì con spedizione a domicilio dei kit e riconsegna autonoma da parte degli utenti. Con questa riorganizzazione si conta di migliorare sia l'adesione che l'estensione					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Estensione effettiva inviti Residenti			PRP	% >=		80,00%	83,40%	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>		
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.4.2</b>	<b>Equità di accesso</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>1.2.4.2</b>	<b>Equità di accesso</b>						
Favorire l'adesione da parte di categorie svantaggiate per ridurre le disuguaglianze (stranieri, detenuti etc.)			L'aumento dell'estensione degli inviti allo screening alla popolazione domiciliata e soprattutto delle popolazioni svantaggiate è un obiettivo che lo Screening del Colon Retto si è posto da diverso tempo. In particolare, risulta difficoltoso raggiungere la popolazione carceraria in quanto mai stanziata presso il carcere. La maggior parte degli inviti di questi cittadini risultano spesso inesitati. Non è stato eseguito alcun FOBT nel primo semestre del 2020 in quanto l'attività di I livello era bloccata a causa dell'emergenza Covid					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Estensione effettiva inviti Domiciliati			PRP	% >=		65,00%	47,20%	
N° FOBT popolazione carceraria/lettere inviate			PRP	% >=		80,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.4.3</b>	<b>Sensibilizzazione all'adesione allo screening colon retto</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Avvio del Progetto "Le rotonde della salute" che prevede l'installazione di 120 cartelli a raso presso le principali rotatorie della Provincia di Parma.			Nel 2019 si è ottenuto un finanziamento da parte della Banca Monte Parma per il progetto di sensibilizzazione della popolazione della provincia di Parma allo screening del colon retto posizionando delle informative cartellonistiche all'interno delle rotatorie della Provincia. Al momento, sempre a causa dell'emergenza Covid, il progetto non è ancora avviato e si conta di terminarlo entro il 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
N°. CARTELLI			Relazione Resp. Programma	Numero >=		60,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.4.4</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Durante l'emergenza Covid, su indicazione della Regione Emilia Romagna il Primo livello dello screening è stato sospeso, pertanto gli inviti già recapitati ai cittadini dei comuni di Borgotaro, Salsomaggiore, il Quartiere Oltretorrente di Parma ed in parte il comune di Fidenza sono stati sospesi ed è stata inviata una lettera di annullamento da parte del Centro Screening.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Area</b>	<b>2</b>	<b><u>ASSISTENZA DISTRETTUALE</u></b>
-------------	----------	---------------------------------------

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>2.1</b>	<b><u>Cure Primarie</u></b>
------------------------------------	------------	-----------------------------

<b>Settore</b>	<b>2.1.1</b>	<b><u>Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie</u></b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta, all'interno delle Aziende Sanitarie territoriali, il punto di riferimento per l'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie nonché per l'integrazione con i servizi sociali, anche al fine di affrontare in modo efficace le problematiche connesse all'aumento del fabbisogno assistenziale derivante dall'incremento sia della popolazione anziana che della incidenza di patologie croniche.</p> <p>Gli obiettivi trasversali del 2020 saranno indirizzati prioritariamente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- al sostegno del processo di accreditamento dei Dipartimenti di Cure Primarie</li> <li>- allo sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale</li> <li>- alla diffusione della Scheda Sanitaria Individuale (SSI) tra i MMG</li> <li>- alla applicazione dell'albo dei prescrittori nell'assistenza protesica</li> </ul>	

<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>2.1.1.1</b>	<b>Accreditamento del Dipartimento Cure Primarie</b>
------------------	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Adeguamento ai requisiti specifici così come richiesto nel documento regionale DGR n. 221/2015. I requisiti fanno riferimento alla funzione di governo svolte dal Dipartimento e alle sue Articolazioni organizzative (Nuclei di Cure Primarie; Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità; Assistenza Specialistica Ambulante Territoriale; Cure Domiciliari, Ospedali di Comunità). Monitoraggio delle attività svolte, delle performance dipartimentali e di quelle delle sue articolazioni organizzative, attraverso l'attività di verifica dei risultati conseguiti, così come indicato dal cruscotto degli indicatori.	A seguito dell'epidemia di COVID-19 sono stati riesaminati i processi e messo in atto un "piano di emergenza" il cui l'obiettivo è quello di ridurre al minimo per i professionisti le situazioni potenzialmente soggette a rischio contagio. Ai fini di garantire il mantenimento e la verifica di applicazione del SQ, si è scelto di procedere con una combinazione di valutazioni remote e documentali a seconda del tipo di verifica e dell'impatto sull'attività lavorativa dei Servizi. Pertanto, l'ufficio qualità provvederà a contattare le Articolazioni per concordare alternative adeguate agli audit in loco programmati.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.4</b>	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1943/17
------------------------------	--------------	--	------------------------------	-------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Audit interno SGQ	U.O. Qualità/Acc.	Sì/No		Sì		
Pianificazione obiettivi strategici di progetto	U.O. Qualità/Acc.	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	2.1.1.2	<b>Applicazione del ciclo di verifica dei risultati</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale nell'ottica del miglioramento continuo e nell'impegno verso il raggiungimento di standard di qualità di particolare rilievo. Nel 2020 dovrà essere data evidenza del Piano delle Attività e di miglioramento del Dipartimento in coerenza agli obiettivi assegnati e agli esiti del processo di autovalutazione attraverso l'analisi degli indicatori monitorati; al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.			Nel mese di gennaio 2020 i DCP hanno provveduto alla elaborazione del riesame della Direzione 2019 che ha contribuito alla selezione delle priorità nella definizione degli obiettivi di budget 2020. E' stato calendarizzato il Piano degli Audit per tutti i DCP, a causa del perdurare dello stato di emergenza dovuto alla diffusione dell'infezione da COVID-19, si procederà con una attività di verifica documentale (es. progetti di miglioramento effettuati, non conformità registrate, ecc.)					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento			Atti DCP	Data <=	30/04/2020			
Evidenza verifica e riesame			Atti DCP	Data <=		31/12/2020		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	2.1.1.3	<b>Formazione sistema qualità</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale attraverso la individuazione di figure di riferimento utili a migliorare i processi e successivo avvio di un percorso formativo necessario a sostenere la rete dei referenti			E' stato richiesto ai DCP, da parte dell'Ufficio Qualità, di individuare figure di riferimento all'interno dell'organizzazione definendo ruoli e responsabilità sul SQ e gestione rischio.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>2.1.1.3</b>	<b>Formazione sistema qualità</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>Perf. inter</b>	
Individuazione figure di riferimento sistema qualità in ogni DCP			Atti Ufficio Qualità	Numero >=		2,00			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.1.4</b>	<b>Assistenza protesica</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
<p>Nel 2018 è stato formalizzato l'albo dei prescrittori inter-aziendale (Delibera n. 950 del 28/12/18), strumento necessario a perseguire l'appropriatezza prescrittiva, elemento qualificante per il miglioramento dei percorsi di assistenza protesica introdotto dal DPCM 12 gennaio 2017, relativo all'aggiornamento dei LEA. Implementare i contenuti della DGR 1844/2018 ("Assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico assistenziali. Linee di indirizzo") e individuare strumenti e modalità organizzative al fine di garantire un'omogenea applicazione sul territorio regionale</p> <p>Obiettivo del 2020 sarà la implementazioni di azioni di sostegno dei professionisti coinvolti nel processo in particolare dei prescrittori individuati nell'albo.</p>									
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18 DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>	
Evidenza azioni implementate			Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.1.5</b>	<b>Information Communication Tecnology (ICT)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE, con il pieno supporto della società Lepida ScpA, sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati ed affiancamento. Supporto all'utilizzo della cartella SOLE attraverso interventi di formazione specifica condotti da un MMG esperto individuato in ogni Distretto.			Il percorso di diffusione della cartella SOLE è molto avanzato, interessando soprattutto i MMG neo convenzionati molto numerosi in questo periodo, e la percentuale di copertura è abbondantemente superiore al 53,30%. In tutti i Distretti è stato individuato un MMG esperto per supportare i Colleghi e facilitare l'utilizzo dello strumento.					
<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>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE			specifico flusso di riferimento	% >=		51,30%		
N. MMG individuati per formazione SSI			Atti DCP	Numero >=		4,00		

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>2.1.1.6</b>	<b>Trasporti per trattamento emodialitico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Fornire evidenza dell'effettiva applicazione contenuti circolare regionale n. 13/18 "trasporti per trattamento emodialitico dal domicilio dei pazienti al centro di trattamento" al fine di garantire la complessiva presa in carico della persona in dialisi			L'Azienda in base al mandato regionale ha elaborato un progetto di Start Up tra i cui obiettivi è previsto il coinvolgimento attivo dei CCM aziendali per la somministrazione del questionario regionale. Tutti i Centri Dialisi, compreso il Privato Accreditato, sono stati coinvolti ed hanno aderito. In base al tempogramma iniziale il progetto è slittato al 2021 su indicazioni regionali, a causa dell'emergenza COVID-19.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.13)				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza di monitoraggio locale della qualità del servizio di trasporto per trattamento emodialitico			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.3		Area dell'Organizzazione		
Obiettivo		2.1.1.7		Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19								
Descrizione				Rendicontazione								
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>				<p>La diffusione dell'infezione da COVID-19 ha impattato fortemente sui DCP interessando, a diversi livelli, tutte le aree dipartimentali. E' stata necessaria una rimodulazione complessiva delle attività a seguito delle diverse ordinanze, in particolare la sospensione dell'attività specialistica, domiciliare e di front office ad eccezione delle urgenze. Sono stati utilizzati diversi canali per mantenere il contatto con gli utenti al fine di garantire la continuità dell'assistenza. Per dare supporto la l'attività dei MMG, PLS, MCA e garantire adeguata assistenza ai malati COVID, sono state attivate le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) diffuse in tutti i Distretti, 7 e 4 nella fase 2.</p> <p>Sono state riviste le modalità di accesso alle strutture con l'implementazione di check point per filtrare l'utenza e garantire la sicurezza nell'esecuzione delle prestazioni. Sono state altresì riviste le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni al fine di garantire il necessario distanziamento e la sanificazione degli ambienti nel turn over degli utenti.</p>								
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo								
Indicatore						Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19						Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì		

Settore	2.1.2	Le Case della Salute e la medicina di iniziativa
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le Case della Salute, 18 attive nell'Azienda USL di Parma, come interpretate nella Regione Emilia Romagna, presentano elementi di innovazione assoluta nel panorama del Servizio Sanitario Nazionale, rappresentando non solo la struttura in cui vengono erogate le cure primarie, ma anche il contesto in cui realizzare interventi di prevenzione, promozione e costruzione sociale della salute, attraverso un lavoro multidisciplinare e in team, composto non solo dai professionisti e dagli operatori ma anche dai cittadini. Nel panorama regionale il percorso di sviluppo delle Case della Salute si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, e socio-sanitaria, per migliorare l'appropriatezza e la continuità della risposta ai bisogni della popolazione di riferimento.</p> <p>Nel Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 (DGR 1423/17) le Case della Salute rappresentano un obiettivo prioritario di sviluppo del sistema (scheda di intervento n.1) ponendosi come luogo ideale per la medicina di iniziativa, in un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento. Obiettivo a cui tendere è la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappiano valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche, con il coinvolgimento dei servizi sociali e la partecipazione della comunità. Nel 2020 si procederà ad avviare le Case della Salute pianificate per il corrente anno, verrà ulteriormente sviluppato il percorso di integrazione tra i Professionisti che operano e/o opereranno nelle Case della Salute, anche attraverso strumenti formativi, e particolare enfasi sarà posta al processo di costruzione partecipata della salute coinvolgendo i principali stakeholders dei contesti in cui sono presenti le Case della Salute.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	2.1.2.1	<b>Completamento della pianificazione Distrettuale relativa alle Case della Salute</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>In ogni Distretto si darà compimento alle fasi di attivazione delle singole strutture programmate nella pianificazione distrettuale, con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con la Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.</p> <p>Nel 2020 è prevista l'attivazione delle seguenti Case della Salute (3 certe):</p> <p>Distretto di Parma: CdS Via XXIV maggio            Distretto di Fidenza: CdS Noceto            Distretto Sud-Est: CdS Monchio            Distretto Valli T-C: CdS Fornovo</p>			<p>Rispetto alla attivazione delle Case della Salute previste per il 2020 per quanto riguarda la Casa della Salute di Noceto l'avvio pianificato per aprile 2020 è stato sospeso a causa della pandemia COVID. Sono state avviate azioni per l'apertura nel secondo semestre.</p> <p>Per quanto riguarda la Casa della Salute di Monchio è stato ripresentato il progetto per l'ottenimento del finanziamento che è stato approvato.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>2.1.2.1</b>	<b>Completamento della pianificazione Distrettuale relativa alle Case della Salute</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>Perf. inter</b>
N. CdS attivate/N. CdS programmate			Relazione Distretti	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.2</b>	<b>Consolidamento indirizzi della DGR 2128/17</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Come previsto dal nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, le Case della Salute possono essere sedi di integrazione sociale e sanitaria nelle aree previste dalla DGR 2128/2016, sulla base delle scelte della programmazione locale.</p> <p>Per il 2020, si definiscono i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento della implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento da un lato al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento, dall'altro alla valorizzazione dell'integrazione tra i professionisti, nell'ambito delle Case della Salute, realizzando gli ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità in attuazione al documento di indirizzo aziendale e attivazione di un sistema informatizzato di rilevazione delle prestazioni</li> </ul>			<p>Nelle Case della Salute attive sono stati formalizzati i board gestionali-organizzativi, anche in logica Hub&amp;Spoke, che presidiano i percorsi attivati e promuovono l'integrazione tra i professionisti ed operano in base alla committenza definita dalle Direzioni Distrettuali e di DCP. Sono stati formalizzati i ruoli di coordinamento con particolare riferimento ai Referenti Clinici (MMG)</p> <p>Gli ambulatori della cronicità funzionano con regolarità, secondo gli indirizzi del documento aziendale formalizzato dalla Direzione Sanitaria, ed il processo di rilevazione della attività prosegue con il coordinamento del SIT aziendale.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
N° incontri board gestionale-organizzativo			Verbali incontri	Numero >=		4,00		
Informatizzazione ambulatori infermieristici della cronicità			Atti SIT	Sì/No		Sì		
Realizzazione degli ambulatori infermieristici (garanzia nelle CdS hub) rispetto all'anno 2017			Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	Numero >=		17,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.3</b>	<b>Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Coinvolgimento dei cittadini competenti nelle Case della Salute sulle tematiche relative alla educazione sanitaria, corretto uso dei servizi, corretti stili di vita, promozione utilizzo FSE, definiti preliminarmente tramite il coinvolgimento dei principali stakeholders in integrazione con il Piano per l'Ascolto Aziendale			La programmazione prevista è già definita in tutti i distretti a partire dal mese di febbraio è stata sospesa per l'emergenza senza realizzare nessuno degli eventi previsti.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>
Programmazione e gestione a livello distrettuale di almeno 3 eventi rivolti alla cittadinanza				Relazione DCP	Numero >=		3,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.4</b>	<b>Gestione integrata delle patologie croniche</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Proseguire il percorso di presa in carico integrata della BPCO e del Diabete di tipo 2 nelle Case della Salute, con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i ricoveri inappropriati attraverso tutte le risorse dell'assistenza territoriale			Prosegue la presa in carico dei pazienti nei percorsi di gestione integrata della BPCO e del Diabete Mellito di Tipo 2. Il PDTA del diabete è stato revisionato nel 2019 a seguito della emanazione delle Linee di Indirizzo Regionali ed ha assunto una valenza interaziendale, mentre il PDTA interaziendale della BPCO, strutturato nel contesto dell'Osservatorio della BPCO sviluppato nell'ambito del Percorso Academy (Cergas-Bocconi), è in corso di formalizzazione. Per sensibilizzare i professionisti sul tema della riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati sono stati negoziati specifici obiettivi di budget sia con i Dipartimenti delle Cure Primarie che con i Dipartimenti Ospedalieri.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.4</b>	<b>Gestione integrata delle patologie croniche</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>Perf. inter</b>
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO			Profili NCP	% <=		0,60%		
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per Diabete			Profili NCP	% <=		0,20%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>2.1.2.5</b>	<b>Presenza in carico Fragilità\Multimorbilità</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire la presa in carico della fragilità\multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare e utilizzo di strumenti per la valutazione della soddisfazione dei pazienti e dei professionisti			<p>Prosegue l'utilizzo dello strumento regionale "Profili di Rischio/Risk-ER". In tutti i Distretti è stato nominato un MMG referente per il Progetto Risk-ER, gli incarichi sono stati rivisti nel giugno 2020, con il compito di promuovere e sostenere l'utilizzo dello strumento (sono state distribuite le credenziali per accedere agli elenchi) e interfacciarsi con i medici referenti ospedalieri già individuati negli ospedali aziendali, e in Azienda Ospedaliero/Universitaria. L'accordo locale con i MMG contempla uno specifico impegno dei MMG nell'utilizzo dei Profili di Rischio e nella elaborazione dei PAC all'interno degli ambulatori per la cronicità. In tutti i Distretti sono stati fatti gli incontri per distribuire le credenziali di accesso al portale web e promuovere l'utilizzo dello strumento Risk-ER attraverso uno stile di lavoro integrato multidisciplinare in equipe, nell'ambito degli ambulatori infermieristici della cronicità.</p> <p>Proseguono le attività in merito all'utilizzo dei questionari PACIC e ACIC, pianificate in tutti i contesti Distrettuali, in particolare, presso la Casa della Salute di San Secondo P.se, la Direzione del DCP ha scelto di avviare all'interno della CdS una nuova iniziativa per il monitoraggio di un percorso: quello della bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Lo strumento ACIC, è stato pertanto somministrato alla rete di professionisti coinvolti nel percorso in esame: MMG, Infermieri, Specialisti".</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>2.1.2.5</b>	<b>Presa in carico FragilitàMultimorbidity</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>Perf. inter</b>
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER, relativi al 2018 trasmessi in Regione.			Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Utilizzo Profili di Rischio			Atti DCP	Si/No		Si		
Utilizzo questionari PACIC e ACIC in almeno 2 CdS per Distretto			Atti DCP	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.6</b>	<b>Sistema informativo Case della Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi. Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale. Utilizzo della reportistica strutturata presente nel Cruscotto Multidimensionale delle Case della Salute.			Il processo di alimentazione del Sistema Informativo Case della Salute è presidiato centralmente da un Referente Aziendale della Direzione Sanitaria, le informazioni sono raccolte ed inserite nel sistema in maniera sistematica e costante nel rispetto delle tempistiche indicate dal Servizio Assistenza Territoriale della RER. Particolare cura viene posta nel garantire la qualità del dato attraverso un confronto costante con i Referenti del Sistema Informativo individuati nei quattro Distretti.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18 DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute			Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Evidenza utilizzo report			Atti DCP	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.7</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>Le Case della Salute si sono rivelate un presidio essenziale nella gestione dell'emergenza COVID e punto di riferimento certo per la popolazione. Alcune (Casa della Salute Montanara e Casa della Salute di Langhirano) sono diventate sede per le USCA nei rispettivi ambiti di riferimento in piena sinergia con le Medicine di Gruppo presenti nelle strutture. Gli ambulatori della cronicità si sono rivelati di grande utilità per la gestione proattiva dei pazienti seguiti a distanza. Molto importante è stata anche la presa in carico dei pazienti cronici da parte degli specialisti con le videochiamate e i consulti a distanza, ciò ha consentito di monitorare l'evoluzione dei quadri clinici e di intercettare le situazioni instabili programmando una visita urgente in struttura</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Settore	2.1.3	Cure Intermedie
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le mutazioni del contesto epidemiologico e sociale che si sono verificate in questi ultimi decenni, associate ad una sempre più pressante necessità di contenere i costi ricercando soluzioni di efficientamento dei sistemi di erogazione delle attività, hanno imposto un processo di ridefinizione della rete ospedaliera ed una forte accelerazione verso il consolidamento dei servizi di assistenza primaria territoriali, che rappresentano l'ambito prioritario per l'accoglienza, l'orientamento e la gestione delle problematiche sanitarie e sociali dei cittadini. E' in questo scenario che si stanno sperimentando e sviluppando modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari così detti di "cure intermedie" per rispondere ai bisogni emergenti legati all'allungamento della speranza di vita, all'aumento delle patologie croniche, multimorbidità e fragilità. Le cure intermedie sono costituite da un area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, con l'obiettivo prioritario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio. Obiettivo del 2020 sarà il consolidamento del processo di riconfigurazione della rete ospedaliera attraverso l'offerta di assistenza territoriale di Cure Intermedie per pazienti stabilizzati ad alta necessità assistenziale, e la individuazione dei contesti idonei per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, nel rispetto di una progettualità coerente con lo sviluppo delle Case della Salute ed in un'ottica di rete sempre più integrata di servizi e strutture dedicate a soggetti affetti da multimorbidità e fragili con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza tra i diversi setting. Particolare attenzione andrà posta alle modalità di accesso, alla organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione dall'ambito ospedaliero.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.1.3.1	Ospedali di Comunità			
Descrizione	<p>Le Aziende devono proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Osco valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70 , della DGR 2040/2005 e del Nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019.</p> <p>Obiettivo del 2020sarà incrementare la valutazione multidimensionale con la realizzazione del PAI prima dell'accesso in OSCO</p>		Rendicontazione	<p>La rete provinciale delle cure intermedie comprende strutture derivate da riconversione di posti letto per acuti, quali la Casa della Salute di San Secondo (30 posti letto),l'Ospedale di Borgo Val di Taro (18 posti letto), strutture pubbliche territoriali quali il Centro Cure Progressive di Langhirano (6 posti letto) e strutture socio-sanitarie (6 posti letto nella CRA "San Mauro abate di Colorno" e 6 posti letto nella CRA di Collecchio) Le modalità organizzative di accesso sono differenti nei diversi contesti distrettuali, centralizzata nel Distretto Sud-Est, decentrata nelle diverse strutture nelle altre realtà. In tutti i contesti l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale. E' stato definito un progetto per l'attivazione di 5 posti letto di cure intermedie c/o la ASP del Distretto di Fidenza ed è in previsione la attivazione di 3 posti letto presso la CRA "Val Cedra di Monchio delle Corti nel Distretto Sud-Est. Tutte le Strutture sono impegnate nella corretta alimentazione del flusso SIRCO. Per quanto riguarda il contenimento della degenza media entro i 20 giorni, processo su cui sono state sensibilizzate tutte le strutture, è fortemente condizionato dalle diverse tipologie di assistenza erogate nella rete delle cure intermedie provinciale (ospedale di comunità propriamente detto e lungoassistenza)</p>	
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.3.1</b>	<b>Ospedali di Comunità</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>Perf. inter</b>
			Analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Osco	Specifico flusso di riferimento	Si/No	Si		
			Degenza media in Osco (espressa in giorni - DM 70/2015)	Banca dati SIRCO	Numero <=	20,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.3.2</b>	<b>Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso la Casa della Salute di San Secondo P.se e revisione organizzativa</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
		Consolidamento del funzionamento dei 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità dei 10 posti letto di Riabilitazione Estensiva in regime di week hospital e dei 10 posti letto di Lungoassistenza ed implementazione del flusso informativo SIRCO. Avvio del processo per la rivalutazione del modello organizzativo	Dal 10/03/2020 al 30/09/2020 le attività ordinarie delle Cure Intermedie di San Secondo sono state sospese secondo le modalità riportate all'obiettivo 2.1.3.6.  Il codice 611 del flusso SIRCO per i primi 6 mesi del 2020 ( 170 schede ) è comprensivo 1) delle schede della Lungoassistenza situata al 2° piano del Corpo M di Vaio 2) delle schede della Lungoassistenza di San Secondo prima della trasformazione in Lungodegenza post-Acuzie e dopo la chiusura del Corpo M di Vaio 3) delle schede delle Cure Palliative Hospice temporaneo per pazienti COVID-19 situato al 1° piano del Corpo M di Vaio. Questo rende ragione dell'elevato numero di decessi presenti nel flusso (42).					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
			Evidenza implementazione Flusso SIRCO	SISEP-SIRCO	Si/No	Si	Si	Si
			Documento di riorganizzazione	Atti Direzione Sanitaria	Si/No	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.3.3</b>	<b>Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro</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>2.1.3.3</b>	<b>Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro</b>						
Consolidamento del funzionamento dei 18 posti letto di lungo assistenza presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro			L'attività della lungoassistenza dell'Ospedale di Borgo Val di Taro prosegue con regolarità e, durante la fase dell'emergenza covid che ha visto la trasformazione dell'Ospedale in Covid Hospital, ha contribuito alla gestione dei casi a minore complessità clinica. L'implementazione del flusso SIRCO avviene con regolarità.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza implementazione Flusso SIRCO			SISEP-SIRCO	Si/No	Si	Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.3.4</b>	<b>Sviluppo di posti letto di cure intermedie in strutture socio-sanitarie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo della rete dei posti letto dell'area delle cure intermedie anche presso strutture della rete socio-sanitaria a supporto delle dimissioni difficili e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); consolidamento nei distretti di Parma e Sud-Est ed attivazione di 5 posti letto c/o l'ASP di Fidenza			E' stato definito un progetto per l'attivazione di 5 posti letto di cure intermedie c/o la ASP del Distretto di Fidenza ed è in previsione la attivazione di 3 posti letto presso la CRA "Val Cedra di Monchio delle Corti nel Distretto Sud-Est. Nel Distretto di Parma è in corso di definizione il progetto per l'attivazione di 20 posti letto di cure intermedie presso la Struttura "I Tigli" (ASP Distretto di Parma). I posti letto attivati a Colorno (6 p.l.) ed a Collecchio (6 p.l.) funzionano con regolarità e viene correttamente alimentato il flusso SIRCO.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	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>Perf. inter</b>
Evidenza attività			Relazione DCP	Si/No	Si	Si	Si	
Evidenza implementazione flusso SIRCO in tutti i contesti attivi			SISEPS	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.3.5</b>	<b>Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo dei posti letto di cure intermedie per la gestione territoriale di situazioni cliniche instabili in pazienti cronici al fine di evitare ricoveri potenzialmente inappropriati, con particolare riferimento ai pazienti con BPCO e diabete			Nella negoziazione di Budget con i DCP è stata posta una enfasi particolare sul contributo delle cure intermedie per la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati, in particolare BPCO (DRG 88) e demenze (DGR 429), con la definizione di specifici obiettivi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<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>Perf. inter</b>
N° ricoveri pazienti con BPCO (2020>2019)			Flusso SIRCO	Numero >=		55,00		
N° ricoveri pazienti con demenza (2020>2019)			Flusso SIRCO	Numero >=		65,00		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>		
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.3.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>2.1.3.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Il setting delle cure intermedie si è rivelato di fondamentale importanza nell'emergenza COVID e la rete è stata potenziata con l'attivazione di posti letto temporanei con lo scopo di gestire quelle situazioni Covid, post covid o Covid negativi dimessi dall'ospedale ancora da stabilizzare ed incompatibili con il rientro a domicilio .</p> <p>In particolare nel Distretto Sud-Est: sono stati incrementati 6 posti letto aggiuntivi presso la CRA Casa degli Anziani di Collecchio; sono stati rimodulati i posti letto del Centro Cure Progressive attraverso la conversione di 6 posti Hospice in posti di cure intermedie utilizzabili in modo flessibili; 20 posti letto sono stati attivati presso Valparma Hospital. L'offerta distrettuale di cure intermedie è stata portata a 44 posti letto rispetto agli attuali 12 effettivi, riservati ai residenti del Distretto Sud Est.</p> <p>Nel Distretto di Fidenza presso la Casa della Salute di San Secondo sono state effettuate le seguenti variazioni di setting:</p> <p>1) dal 10.03.2020 al 22/03/20, 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità, 10 posti letto di Lungoassistenza, 10 posti letto di Riabilitazione Estensiva/Week hospital sono stati trasformati in 20 posti letto di Lungodegenza ospedaliera post-acuzie ("Provvedimenti di riassetto temporaneo rete posti letto-aggiornamento" Prot. gen. 0016954_2020) per i quali sono stati compilate le schede di dimissione ospedaliera(SDO) ;</p> <p>2) dal 22/03/20 le Degenze della Casa della Salute sono state chiuse, e, in data 24.03.20 fino al 22/04/2020 , tutta l'equipe medica/ infermieristica è stata trasferita al 2° piano del Corpo M dell'ospedale di Vaio per l'apertura di 32 posti letto di Lungoassistenza Territoriale (" Attivazione dal giorno 23.03.20 di max. 32 posti letto presso il 2° piano del Corpo M della struttura ospedaliera di Vaio, dedicati a pazienti COVID-19." Prot. gen. 0019739_2020).</p> <p>3) In data 22.04.2020 e' stata chiuso il corpo M dell' Ospedale di Vaio e sono state riaperte le Degenze di San Secondo, ove sono stati individuati 38 posti letto per accogliere 1) pazienti post-COVID-19, dimessi da ospedali per acuti ed in attesa di inserimento in Casa Protetta 2) anziani provenienti dal domicilio, in attesa di inserimento in residenze per anziani, in quel momento chiuse 3) pazienti post-COVID-19 provenienti da ospedali per acuti, per i quali si rendeva necessaria riabilitazione estensiva a causa delle sopraggiunte disabilità e del prolungato allettamento ("Apertura dal giorno 22.04.20 e fino al 30.09.2020 di MAX 38 posti letto presso la Casa della Salute di San Secondo, nel 2° e nel 3° Piano del Corpo A, dedicati a pazienti ex COVID-19" Prot. gen. 0025549_2020 ).</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si	

Settore	2.1.4	Le cure domiciliari
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>La programmazione 2020 nel settore delle Cure Domiciliari sarà articolata su azioni di consolidamento e manutenzione sistematica delle attività iniziate negli anni precedenti e che hanno portato ad uniformare le modalità di registrazione delle prestazioni e dei servizi eseguiti con una loro qualificazione complessiva pur nel rispetto delle specificità territoriali. Particolare attenzione sarà posta al flusso informativo quale elemento di tracciabilità delle prestazioni e dei servizi erogati e come strumento di fornitura di indicatori di attività e di qualità distinti per articolazione territoriale e, ove presenti, di Casa della Salute. Nel corso del 2018, al fine di adeguare il debito informativo ex Circolare n.10 del 2016 e nell'ambito dell'ICT, si intende migliorare la circolarità delle informazioni nelle cure domiciliari tra il Team curante attraverso l'utilizzo di strumenti informatici innovativi ; a tal fine verrà consolidato l'utilizzo del nuovo applicativo ADI-WEB ed inizierà la sperimentazione presso il Distretto di Parma dell'utilizzo del tablet, quale dispositivo mobile di registrazione dell'attività domiciliare. Applicazione di quanto previsto ex circolare n. 10/2016 per quanto attiene alle nuove tipologia di TAD introdotta: cure palliative di base e cure palliative specialistiche. Verrà data applicazione ai contenuti del Documento per la gestione integrata interaziendale delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette.</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	2.1.4.1	Realizzazione operativa ed organizzativa della gestione integrata delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Obiettivo 2020 è strutturare un flusso di informazione sui casi specifici e di gestione della metodologia contenuta nel documento per la gestione integrata interaziendale delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette, approvato dalle due aziende. In particolare l'Azienda USL di Parma dovrà, per ogni DCP, individuare entro gennaio 2020 le figure professionali di riferimento che rappresenteranno ogni specifico PUA distrettuale come previsto dal citato documento. L'Azienda si impegna ad una opportuna diffusione e discussione del documento di cui sopra con l'area sociale del Comune di Parma al fine di garantire l'applicazione completa del progetto ed una più appropriata risposta ai bisogni di salute che a partenza dall'ospedale come proposti dal PUD, si intersecano con le iniziative multiprofessionali a livello territoriale di cui il PUA distrettuale rappresenta la punta avanzata e più rappresentativa.</p>			<p>Al fine di dare piena operatività al Punto Unico di Dimissione implementato in Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma e facilitare le relazioni con il territorio sono state individuate le figure professionali di riferimento per i Punti Unici di Accesso distrettuali (PUD). In particolare nel distretto di Parma tale figura si è dimostrata essenziale nella fase di emergenza COVID quando era necessario facilitare le dimissioni, in molti casi anticipando i tempi, ed assicurare un raccordo anche con le altre realtà distrettuali.</p>		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>2.1.4.1</b>	<b>Realizzazione operativa ed organizzativa della gestione integrata delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette</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>Perf. inter</b>
Individuazione organigramma PUD/PUA distrettuale			Atti DCP	Data <=		31/01/2020		
N. casi accolti PUA/N. casi proposti PUD			Atti DCP	% >=		60,00%		
N. casi presi in carico PUA e avviati alla dimissione/Totale schede di segnalazione pervenute			Atti DCP	% >=		60,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.4.2</b>	<b>Continuità assistenziale - dimissioni protette</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire una tempestiva presa in carico della persona in dimissione protetta			<p>Il tema della continuità assistenziale ospedale-territorio è stato affrontato congiuntamente da Azienda USL ed Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma e sono stati adottati i nuovi protocolli per migliorare il percorso di dimissione protetta. In particolare è stato implementato un percorso di consulenza geriatrica (Unità Mobile) agito dall'équipe della Lungodegenza Critica di AOU a favore degli ospiti delle CRA (in fase iniziale CRA "I Tigli" di Parma e CRA di Collecchio) che si sviluppa sia attraverso contatti telefonici di consulenza al Medico di Diagnosi e Cura che mediante accessi diretti in struttura. Nei casi critici è prevista la possibilità di accoglienza/ricovero diretto senza accesso al Pronto Soccorso; questa opportunità consente di contenere gli accessi in PS, contribuendo anche a ridurre i ricoveri impropri.</p> <p>La figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est). La realizzazione del Punto Unico di Dimissione (PUD) consente di facilitare le dimissioni, migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Nr. presa in carico (PIC) entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera			INSIDER	% >=		50,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.4.3</b>	<b>Qualità Flusso ADI</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento attività gruppo aziendale per il miglioramento del flusso SIADI (almeno due incontri)			<p>Il gruppo per il miglioramento del Flusso ADI causa emergenza Covid non ha avuto la possibilità di riunirsi, ma ha continuato ad interfacciarsi per eventuali criticità o dubbi emergenti tramite i canonici canali di comunicazione (posta elettronica e telefono).</p> <p>Nel primo semestre 2020 il "Gruppo di monitoraggio e miglioramento della qualità dei dati del flusso SIADI" ha continuato il lavoro di correzione/integrazione dei dati sulle TAD Non Inviata al fine di ridurre al minimo il numero delle stesse.</p> <p>Per quel che concerne le TAD Scartate Totali restituite dalla Regione sono riferite per la quasi totalità al solo "EPISODIO APERTO E CHIUSO ENTRO IL GIORNO SUCCESSIVO" fenomeno che può essere considerato fisiologico.</p> <p>Per quel che concerne le TAD palliative (6 e 7) si è proceduto all'inserimento degli accessi e delle TAD relativi ai pazienti presi in carico dai medici palliativisti aziendali; trattasi di TAD di tipo 6 per le quali il Responsabile è il MMG. Attualmente l'inserimento non appare univoco nei vari Distretti.</p> <p>Per i Distretti di Fidenza e Sud-Est (a seguito di risposta a specifica richiesta formulata ai DCP aziendali) si è proceduto anche all'inserimento dei MMG palliativisti in maniera da poter inserire come TAD palliative anche quelle che, in realtà, vengono affrontate dai soli Medici di Medicina Generale ed aver un quadro più realistico di quanto fatto.</p>					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza incontri			Atti DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.4.4</b>	<b>Diffusione utilizzo tablet per alimentare l'applicativo ADI-WEB</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>2.1.4.4</b>	<b>Diffusione utilizzo tablet per alimentare l'applicativo ADI-WEB</b>						
Terminata la fase di sperimentazione dell'utilizzo dei dispositivi mobili (Tablet) nel Distretto di Parma, il progetto viene esteso a tutti i Distretti con la messa a disposizione dei nuovi tablet acquisiti grazie ad un finanziamento della Fondazione CARIPARMA. La formazione e la configurazione dei dispositivi in tutte le articolazioni, sarà a cura del servizio RIT e del SIT. Per i Distretti Sud-Est e Valli Taro Ceno: avvio sperimentazione progetto regionale Telemedicina presso CdS Lagrimone e Varsi per pazienti domiciliari			Nel secondo semestre 2019 si è avviata la configurazione dei device, l'acquisto di alcuni accessori (custodie e borse) e la verifica della funzionalità delle sedi ADI coinvolte che ha messo in evidenza la necessità di installare nuovi hotspot wi-fi. Questa necessità ha fatto slittare in avanti gli interventi formativi previsti entro max gennaio 2020. Nel primo semestre è stata completata l'installazione degli hotspot wi-fi, realizzato il manuale di istruzioni operative per la formazione degli operatori e redatta la documentazione finale per la Fondazione Cariparma. L'emergenza COVID non ha consentito la realizzazione delle attività formative che si prevede saranno realizzate nel secondo semestre 2020.					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza attività Tablet Adi Web			RIT	Si/No	Si	Si	No	
Evidenza eventi formativi			Atti DCP	Si/No	Si	Si	No	
Evidenza attività Telemedicina			Atti DCP	Si/No	Si	Si	No	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.4.5</b>	<b>Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo dell'assistenza domiciliare per la gestione territoriale di situazioni cliniche instabili in pazienti cronici al fine di evitare ricoveri potenzialmente inappropriati, con particolare riferimento ai pazienti con BPCO e diabete			Nella negoziazione di Budget con i DCP è stata posta una enfasi particolare sul contributo delle cure domiciliari per la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati, in particolare BPCO (DRG 88) e demenze (DGR 429), con la definizione di specifici obiettivi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
N° ADI BPCO (2020>2019)			Flusso SIADI	Numero >=		398,00		
N° ADI Demenza (2020>2019)			Flusso SIADI	Numero >=		1.070,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.4.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Il setting dell'assistenza domiciliare, nel corso dell'emergenza COVID ha dato un contributo molto importante ed ha consentito di gestire molti casi evitando il ricorso all'ospedale riducendo la pressione sulla rete, ed anche facendosi carico di dimissioni in molti casi in condizioni di non completa stabilizzazione. La struttura organizzativa si è qualificata con l'attivazione, In tutti i Distretti dal 09/04, di Equipe Infermieristiche Domiciliari per la presa in carico dei pazienti COVID. Vengono, di norma, attivate dai MMG ma i casi possono essere anche segnalati dalle USCA e dalla centrale operativa per i pazienti dimessi dagli ospedali.</p> <p>Le principali prestazioni erogate sono: prelievi, terapie e.v., fleboclisi, medicazioni semplici e complesse, sostituzioni cateteri vescicali, medicazioni CVC)</p> <p>Nella distribuzione si è tenuto conto della popolazione assistita nei diversi ambiti e delle caratteristiche territoriali (distanze, viabilità, ecc.)</p> <p>Altro aspetto qualificante è stata l'attivazione delle Unità Mobili Multidisciplinari (UMM) gestite all'interno della Centrale Operativa Emergenza COVID con il compito di raccordare l'azione dei diversi «attori» impegnati in attività di consulenza ai pazienti domiciliari ed ai residenti in struttura per anziani o disabili così da garantire una assistenza tempestiva e modulabile all'evolversi delle condizioni del paziente stesso ed intercettare/anticipare situazioni a possibile carattere evolutivo.</p> <p>Il funzionamento della Centrale prevede: (i) la centralizzazione di tutte le chiamate per consulenza medico-ospedaliera COVID ad un numero telefonico unico, esclusivamente dedicato ai medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici delle USCA territoriali, medici di diagnosi e cura delle CRA; (i) l'assicurazione di risposte tempestive che, qualora occorra, vengono discusse all'interno della Centrale.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>2.2</b>	<b><u>ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>2.2.1</b>	<b><u>Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa</u></b>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

La Regione Emilia-Romagna ha investito nello sviluppo organizzativo delle cure primarie, definendo un modello organizzativo innovativo e sviluppando forme di associazionismo multi professionale (Nuclei di Cure Primarie) come strumento di integrazione professionale e operativa. In questo contesto si inserisce l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), siglato il 17 dicembre 2015, che segue logicamente l'approvazione della Legge 189/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016, ed istituisce le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP). La Regione ha quindi emanato l'Atto di programmazione per le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) (DGR 428/2017) che definisce dimensionamento, tipologia di professionisti partecipanti e modalità organizzative.

Gli obiettivi per il 2020 saranno indirizzati all'avvio del processo di adeguamento agli indirizzi normativi nazionali e regionali (AIR).

Le politiche regionali in tema di governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale, che si sono susseguite in questi ultimi anni ed in particolare la DGR 603/19, pongono l'enfasi sul governo dei tempi di attesa sia sul versante della domanda che su quello dell'offerta e sui criteri di accesso alle prestazioni, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva.

Gli obiettivi per il 2020 sono impostati in modo da perseguire i contenuti della DGR 603/2019 e la delibera attuativa aziendale con cui è stato adottato il Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (PANGLA). Particolare attenzione andrà riposta nella predisposizione dei percorsi di garanzia per le discipline critiche.

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

<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.1</b>	<b>Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Con DGR 330/2018 sono state istituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), nel 2020 tutte le Aziende devono istituire le AFT, dando evidenza della loro istituzione dell'adozione del regolamento per il loro funzionamento	Adozione del Documento di Istituzione e Regolamentazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come previste dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici Veterinari ed altre professionalità sanitarie del 17/12/2015 e smi - Istituzione AFT (Nota PG 0000648 del 28/08/2019). Istituzione delle AFT: in corso di individuazione dei referenti.

<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19
------------------------------	-------	--	------------------------------	------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Adozione del regolamento per il funzionamento interno delle AFT	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	
Istituzione delle AFT e individuazione del referente AFT	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.2</b>	<b>Mantenimento dei tempi di attesa</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard			L'emergenza COVID19 ha condizionato l'accesso alle prestazioni specialistiche: è stata sospesa dal 9/03 al 31/05 l'erogazione delle prestazioni con priorità D, mentre è stata mantenuta quella con priorità B. Questa sospensione dell'erogazione ha comportato un aumento più che esponenziale delle richieste con priorità B per le quali, comunque, si è provveduto ad un aumento di offerta consistente con la riconversione di alcune disponibilità D. Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità B nelle rilevazioni regionali ex ante.			cruscotto regionale	% >=		67,00%	67,00%	
Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità D nelle rilevazioni regionali ex ante.			cruscotto regionale	% >=		92,00%	92,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.3</b>	<b>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			Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo e della relativa sospensione delle attività ordinarie di specialistica ambulatoriale. La RER ha inoltre dato indicazione della sospensione del MALUS per tutto il 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Nr. mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente			specifico flusso di riferimento	Numero <=		14.947,00	53.241,00	
Nr. disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine) valore rispetto al 2018			specifico flusso di riferimento	Numero >=			120.945,00	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.4</b>	<b>Prescrizioni e prenotazione dei controlli</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prescrizioni e prenotazione dei controlli - promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico l'utente			Nel periodo dell'emergenza COVID sono state sospese la maggior parte delle visite di controllo ad eccezione delle prese in carico di pazienti con patologie croniche di particolare gravità (es. oncologici) sia mantenendo alcuni appuntamenti che con la prestazione organizzativa delle teleconsulenze (video o telefoniche). Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Nr. di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%).			ASA/ARMP/DEMA	% >=		70,00%	59,50%	
Nr. di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/ struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo.			ASA/ARMP/DEMA	% >=		55,00%	30,10%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.5</b>	<b>Monitoraggio prestazioni prenotazione on line sul CUPWEB regionale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale			Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo. Il dato riporta la generale prenotabilità delle prestazioni in tutti i regimi (ordinaria e urgenza) senza tenere conto delle ordinanze regionali di sospensione della prenotabilità ordinaria.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line su CUPWEB/numero di viste e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP			cupweb	% >=		85,00%	99,44%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.6</b>	<b>Consolidamento azioni sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo di tutti gli strumenti finalizzati al governo dell'appropriatezza prescrittiva rivolta a tutti gli attori del sistema pubblico e privato accreditato. Sviluppo dell'utilizzo del motore semantico alimentato con ulteriori protocolli. Verifiche di congruità dell'attività erogata dalle strutture private accreditate.			Proseguimento nel corso del 2020 di quanto già condiviso in tema di appropriatezza prescrittiva specialistica nell'incontro tra Direzioni dei DCP e Referenti Medici di NCP. Gli incontri non si sono svolti durante la fase 1 della pandemia si sono effettuati nel rispetto delle indicazioni di sicurezza per COVID19.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa 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>Perf. inter</b>
Numero incontri sul tema appropriatezza			Atti DCP	Numero >=	1,00	3,00	1,00	
N. protocolli ulteriori inseriti nel motore semantico			Direzione Sanitaria	Numero >=		2,00		
Evidenza documentale verifiche effettuate			Atti DCP	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.7</b>	<b>Prescrizione, prenotazione e riprenotazione dei controlli</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prescrizione e prenotazione dei controlli - promozione della prescrizione da parte dello specialista e della riprenotazione interna da parte della struttura erogante dei controlli.			Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo. In particolare essendo il numeratore relativo al I sem 2020 e il denominatore al I sem 2017, il rapporto risulta molto basso per l'effetto del lockdown sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Al secondo punto è stato inserito il numero di prenotazioni come richiesto e non un rapporto.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>		DGR 919/18 DGR 977/19			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.7</b>	<b>Prescrizione, prenotazione e riprenotazione dei controlli</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>Perf. inter</b>	
% di prescrizioni effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo.(rispetto all'anno 2017)			ASA/ARMP/DEMA	% >=			29,75%		
Nr. di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/ struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP.(rispetto all'anno 2017)			ASA/ARMP/DEMA	Numero >=			22.281,00		
numero di prenotazioni sulle code D riservate alla struttura			CUP	Numero >=		93.018,00	114.033,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.8</b>	<b>Qualità del dato ASA</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Completa lavorazione delle agende affinché vi sia corrispondenza tra erogato DEMA e inviato in ASA .			Rimangono ancora alcune criticità organizzative nonostante le indicazioni fornite.						
<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>Perf. inter</b>	
Agende lavorate/totale agende			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	94,80%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.9</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>2.2.1.9</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>1) Sospensione dell'attività ordinaria ambulatoriale e domiciliare, come da indicazioni della Direzione Sanitaria Aziendale pervenute in data 02/03/2020 e 08/03/2020.</p> <p>2) Garanzia dell'accesso alle prestazioni urgenti U e B e alle prestazioni correlate allo stato di gravidanza e ad altre specifiche condizioni (es. pazienti oncologici).</p> <p>3) Attivazione di mezzi alternativi all'attività in presenza (tele/videoconsulenze), con particolare riferimento a determinate branche specialistiche/servizi (diabetologia, endocrinologia, allergologia, medicina riabilitativa, centro disturbi cognitivi e demenze), come da indicazioni contenute nella nota PG 0026882 del 28/04/2020.</p> <p>4) Rimodulazione delle attività specialistiche secondo le indicazioni della DGR RER 404 del 27/04/2020. Nello specifico: riarticolazione delle agende di prenotazione, redistribuzione e potenziamento delle risorse umane e tecnologiche all'interno dei Distretti per il recupero delle prestazioni sospese, ricollocazione delle prenotazioni sospese a cura degli operatori dei CUP Distrettuali e graduale riattivazione delle attività ordinarie.</p> <p>5) Coinvolgimento del privato accreditato per la garanzia dell'accesso alle prestazioni urgenti e per il recupero delle prestazioni sospese, anche attraverso la definizione di interventi a carattere straordinario (es. recupero dell'attività di prelievo ematico).</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>2.3</b>	<b><u>SPORTELLINO UNICO DISTRETTUALE</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>2.3.1</b>	<b><u>Sportello Unico Distrettuale</u></b>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Lo Sportello Unico Distrettuale svolgendo, in particolare, le attività di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, di prenotazione delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di registrazione delle diverse tipologie di esenzione dal pagamento del ticket, rappresenta uno dei primi punti di accesso al sistema sanitario a disposizione del cittadino. Per l'anno 2020, l'obiettivo è di mantenere la completa operatività e il continuo aggiornamento alla normativa vigente.

<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 incentivante (comparto)</b>	<b>2.3.1.1</b>	<b>Procedura accesso Sportello Unico</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Mantenere l'uniformità delle procedure di accesso alle prestazioni.			Nell'impossibilità di effettuare incontri, causa limitazioni dovute all'emergenza COVID-19, l'uniformità dell'accesso alle prestazioni è stata mantenuta soprattutto con note/procedure scritte. Al 30/06 è stato effettuato n.1 incontro in videoconferenza.						
<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>Perf. inter</b>	
Incontri con i Referenti Distrettuali di Sportello Unico			Evidenze documentali	Numero >=		4,00			

<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 incentivante (comparto)</b>	<b>2.3.1.2</b>	<b>Sistema informativo Case della Salute</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>2.3.1.2</b>	<b>Sistema informativo Case della Salute</b>						
<p>Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi. Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale.</p>			<p>L'attività di inserimento/aggiornamento dai dati nel Sistema Informativo Case delle Salute, prosegue sistematicamente a seguito delle delle informazioni inviate dalle articolazioni aziendali interessate. In particolare, nel corso dei primi sei mesi del 2020 è stata avviata la Casa della Salute di Noceto.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18 DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute			Specifico flusso di riferimento	Si/No	No	Si	Si	
Coordinamento a livello aziendale delle attività distrettuali			Atti presso la Direzione Sanitaria	Si/No	No	Si	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>2.3.1.3</b>	<b>Banca dati normativa di Sportello Unico</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Migliorare l'accessibilità alle fonti normative che regolano l'attività degli Sportelli Unici Distrettuali, mantenendo costantemente aggiornata la banca dati normativa esistente.			La banca dati normativa presente nel programma informatico aziendale "Al Fresco" viene aggiornata costantemente con le nuove normative nazionali, regionali ed indicazioni aziendali.				
<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>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.3.1.3</b>	<b>Banca dati normativa di Sportello Unico</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>Perf. inter</b>
Costante e tempestivo aggiornamento della banca dati normativa esistente			programma software "al fresco"	Si/No	Si	Si	Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.3.1.4</b>	<b>Fascicolo Sanitario Elettronico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Promozione dell'attivazione del FSE da parte dei cittadini			L'attività di promozione dell'attivazione del FSE prosegue regolarmente. Al 30/06/2020 risultano attivati 99667.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR mandato DG				
<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>Perf. inter</b>
N. FSE attivi			specifico flusso di riferimento	Numero >=		110.000,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>2.3.1.5</b>	<b>Anagrafe Regionale Assistiti</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il programma informatico ARA - Anagrafe Regionale Assistiti, costituisce uno degli strumenti principali in uso presso gli Sportelli Unici Distrettuali. Obiettivo è di mantenere aggiornate le indicazioni operative in base alle evoluzioni regionali al programma.			Il programma ARA è soggetto a revisioni operative e/o chiarimenti, da parte del competente servizio regionale, che vengono regolarmente diffuse a livello aziendale					
<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>	DGR 919/18				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>2.3.1.5</b>	<b>Anagrafe Regionale Assistiti</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>Perf. inter</b>
Evidenza attività			Comunicazioni in atti della Direzione Sanitaria	Si/No	No	Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.3.1.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>2.4</b>	<b><u>SALUTE DONNA</u></b>
------------------------------------	------------	----------------------------

<b>Settore</b>	<b>2.4.1</b>	<b><u>Azioni di consolidamento ed integrazione</u></b>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Si rilancia con forza l'approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie e si definiscono gli strumenti, le aree prioritarie e gli obiettivi indicati dalle DGR 533/2008 e 1690/2008 - Piano Socio-Sanitario 2017-2019. - Piano di Zona 2018-2020 soprattutto sugli aspetti della genitorialità e sui primi 1000 gg di vita.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>2.4.1.1</b>	<b>Percorso nascita - AREA CONSULTORIALE</b>			
<b>Descrizione</b>	<p>Garantire assistenza appropriata alla gravidanza ed al puerperio, incoraggiare l'adozione della "Scheda scelta del parto" quale strumento della continuità assistenziale. Garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva, promuovere l'equità di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, garantire assistenza appropriata al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo</p>		<b>Rendicontazione</b>		
			<p>Ben consolidata l'applicazione del DGR 533/2008 come previsto dalle direttive AUSL in merito al programma percorso nascita ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica alla gravidanza fisiologica; è stata incoraggiata l'adozione della "Scheda scelta del parto" quale strumento per la continuità assistenziale.</p> <p>A tutte le gravide che si rivolgono ai Consultori Familiari viene offerto in modo attivo il test combinato, secondo le indicazioni dei nuovi LEA, erogato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera; è stato garantito a tutte le gravide della provincia di Parma anche se seguite altrove. E' stata garantita la presa in carico delle gravide attraverso una serie di azioni che partono dalla fase preconcezionale, alla fase della gravidanza, del post-parto, con il progetto della dimissione appropriata e del puerperio. Particolare attenzione è rivolta alle donne straniere, alle donne con bassa scolarità e alle donne con disagio psico-sociale.</p> <p>Si è promossa equità di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, garantendo inoltre un'assistenza appropriata al parto riducendo così il ricorso al taglio cesareo. I dati consultoriali indicano un importante aumento.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>2.4.1.1</b>	<b>Percorso nascita - AREA CONSULTORIALE</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>Perf. inter</b>
Nr. gravide residenti assistite dai consultori familiari/totale parti di residenti. (rispetto a media 2018)			CEDAP	Numero >=		52,00	52,75	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.1.2</b>	<b>Percorso IVG - AREA CONSULTORIALE</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In continuità con l'anno precedente anche nel 2020 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico			Come nell'anno precedente è stato garantito, a tutte le utenti che ne hanno fatto richiesta, l'accesso al percorso IVG con presa in carico presso le sedi consultoriali e invio presso gli ospedali, rispettando i tempi di attesa, secondo la normativa vigente. In netto miglioramento il dato sui tempi di attesa dell'intervento per IVG (al di sotto della media regionale < - 25%)					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% Donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche			rilevazione IVG	% <=		25,00%	21,93%	
% IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti.			rilevazione IVG	% >=		34,00%	32,14%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.1.3</b>	<b>Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE</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>2.4.1.3</b>	<b>Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE</b>						
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale): Aziende USL con valore 2018 < 10%:mantenimento o ulteriore riduzione. Aziende USL con valore 2018 >=10%: < 10%			Nell'ambito delle attività previste dal progetto "Percorso Nascita", è stata garantita l'attività ambulatoriale di sostegno all'allattamento al seno attraverso strumenti informatici (sostegno on-line) Si è constatato un notevole miglioramento nella raccolta dati.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite.			AVR	% <=		10,00%	4,42%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.1.4</b>	<b>Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE</b>						
<b>Descrizione</b>	Migliorare i tassi di prevalenza di allattamento: A 3 mesi: >55% a 5 mesi >40% e comunque aumentato rispetto al 2018		<b>Rendicontazione</b> Si è rilevato un netto miglioramento dei tassi di prevalenza di allattamento: a 3 mesi - sopra la media regionale a 5 mesi - notevole aumento rispetto al 2019					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% allattamento completo a 5 mesi.			Flusso AVR	% >=		40,00%	38,67%	
% allattamento completo a 3 mesi.			Flusso AVR	% >=		55,93%	59,92%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.1.5</b>	<b>Contrasto alla violenza di genere</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.1.5</b>	<b>Contrasto alla violenza di genere</b>						
<p>In continuità con il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti</li> <li>- monitoraggio attività centri per il trattamento di uomini autori di violenza (per le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna e della Romagna)</li> <li>- collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto</li> <li>- partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"</li> <li>- definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere</li> </ul>			<p>Si è confermata l'attività del "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza" che attivo da 6 anni, si sta consolidando anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti. A causa dell'emergenza Covid 19 tali attività si sono svolte attraverso videoconferenze on line. Al centro si sono rivolti nuovi utenti autori di violenza di genere ed intrafamiliare. Si è svolto on line un evento formativo sul progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere."</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.8)				
<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>Perf. inter</b>
Nr. Partecipanti alle 20h di formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/ Nr. totale iscritti alla formazione			piattaforma FAD Ausl Piacenza	% >=		70,00%		
Nr. Uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2020 presso il centro LDV/totale uomini ancora in trattamento nel 2020 nel centro LDV			rendicontazione aziendale	% >=		60,00%	13,00%	
Nr. Contatti al centro LDV (> dato 2019)			rendicontazione aziendale	Numero >=		35,00	61,00	
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto alla violenza di genere			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.1.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>Apertura Ambulatorio COVID: maggio e giugno 2020</p> <p>Garantite tutte le prestazioni urgenti</p> <p>le attività inerenti il Percorso Nascita</p> <p>Svolti Corsi di preparazione alla nascita online</p> <p>online</p> <p>Garantite consulenze telefoniche</p> <p>Offerta assistenza psicologica, e consulenze telefoniche</p> <p>Garantite IVG</p> <p>Recuperate tutte le visite non urgenti al 31.06.2020</p>			Garantite		
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>			Rilasciati certificati		
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>2.4.2</b>	<b>Spazio Giovani</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Per lo Spazio Giovani si prevede lo sviluppo di azioni connesse all'accoglienza e al sostegno. Prevenzione comportamenti a rischio negli adolescenti.		

<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>2.4.2.1</b>	<b>Promozione della salute in adolescenza - AREA CONSULTORIALE</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire gli interventi di promozione alla salute, all'affettività e alla sessualità			L'attività di supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali a causa emergenza Covid è stata svolta online; alcuni operatori hanno svolto smart working ed il punto di accoglienza dello spazio giovani e l'orario di apertura del Centro si sono adeguati alle normative dettate dall'emergenza Covid 19; pertanto a causa della chiusura delle scuole il valore atteso è diminuito rispetto allo scorso anno.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% Adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione della salute e sessualità/ popolazione target (14-19 anni).			rilevazione annuale del servizio Assistenza Territoriale	% >=		19,00%	17,92%	

<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>2.4.2.2</b>	<b>Salute riproduttiva -AREA CONSULTORIALE</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali. Favorire l'accesso ai CF degli adolescenti (14-19 anni) e garantendo l'apertura di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-34 anni) per la perseverazione della fertilità			E' ben consolidata l'attività dello Spazio Giovani per favorire l'accesso agli adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 19 anni ed in particolare a quelli di origine straniera. L'apertura dello Spazio Giovani Adulti in tutti i distretti dell'AUSL di Parma è stata organizzata seguendo le normative dettate dall'emergenza Covid19					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% Utenti 14-19 anni degli Spazi Giovani/pop. residente di 14-19anni.			sistema SICO	% >=		7,00%	5,55%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.2.3</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>A causa della diffusione del COVID19 sono state sospese le attività svolte all'interno degli istituti scolastici.</p> <p>Sono state garantite le prestazioni urgenti.</p> <p>Il progetto legato al Meeting Giovani è stato svolto a casa e on line</p> <p>Sono state garantite le IVG, le prestazioni alle gravide e la distribuzione dei contraccettivi.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si	

<b>Settore</b>	<b>2.4.3</b>	<b>Spazio Giovani Adulti</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>In applicazione a quanto previsto dal DGR 1722/2017 per lo Spazio Giovani Adulti si prevede lo sviluppo di azioni connesse all'accoglienza, al sostegno e alla prevenzione di comportamenti a rischio ed in particolare la somministrazione di contraccettivi nei servizi consultoriali da applicare a tutti i cittadini residenti e non residenti in Regione, che hanno diritto all'assistenza sanitaria.</p>		

<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 incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>2.4.3.1</b>	<b>Salute riproduttiva</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>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).          Promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e giovani adulti e somministrazione gratuita dei contraccettivi presso i servizi consultoriali (DGR 1722/2017).</p>			<p>In attuazione del DGR 1722/2017, oltre allo Spazio Giovani Adulti di Parma, si sono attivati Spazi Giovani adulti anche nei distretti Sud Est, Fidenza e Borgotaro (Attualmente sono 11 gli Spazi Giovani Adulti).</p> <p>In collaborazione con il servizio farmaceutico è attiva la procedura per la somministrazione gratuita dei contraccettivi agli aventi diritto .          Si sono attuate misure di sicurezza per la distribuzione agli utenti di tali farmaci.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.1.1</b>	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1722/2017; DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Consolidamento Procedura DGR 1722/2017			Specifico flusso di riferimento	Si/No	Si	Si	Si	

<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>2.4.3.2</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>2.4.3.2</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.            Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.            Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>A causa della diffusione dell'infezione da COVID 19 sono state ridotte e rimodulate le attività e più precisamente sono state garantite:            le consulenze telefoniche            la distribuzione dei contraccettivi gratuiti            le prestazioni a carattere d'urgenza</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>2.5</b>	<b><u>SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</u></b>	
<b>Settore</b>	<b>2.5.1</b>	<b><u>Obiettivi di sistema e trasversali</u></b>	
		Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Il programma proposto per il DAI SM-DP nell'ambito delle disposizioni normative e programmatiche regionali e locali si articola sulle seguenti aree di intervento e specifici obiettivi:

- valorizzazione dei percorsi integrati ospedale-territorio: focus sul sistema emergenza urgenza attraverso il governo della domanda e l'appropriatezza degli interventi.
- valorizzazione della salute mentale nelle Case della Salute: focus sul modello "Leggieri" attraverso il monitoraggio e la qualificazione delle consulenze e della presa in cura condivisa
- valorizzazione di programmi e percorsi specifici/PDTA: focus sull'implementazione, il monitoraggio e la valutazione di processo e/o esito di:
  - Percorsi di accoglienza, valutazione e cura di minori
  - Assistenza territoriale alle persone con disturbi dello spettro autistico (PRIA)
  - Progetto regionale DSA
  - Progetto regionale Adolescenza
  - Percorso/PDTA Esordi Psicotici
  - Programma e PDTA Disturbi del Comportamento Alimentare
  - Percorso Gravi Disturbi di Personalità
  - Percorsi residenziali sanitari e sociosanitari
  - Percorsi giudiziari
  - Programma Dipendenze Patologiche
  - Attività di prossimità
  - Alcoldipendenza
  - Percorsi dipendenze comportamentali
- valorizzazione del modello gestionale attraverso cruscotti dedicati a:
  - residenzialità sanitaria e sociosanitaria (Salute Mentale Adulti)
  - Budget di Salute (Salute Mentale Adulti)
  - ricoveri psichiatrici
  - inserimenti in Comunità Terapeutiche per Dipendenze Patologiche
  - sistema Emergenza-Urgenza
  - Inserimenti in strutture residenziali NPIA e collocazioni extrafamiliari.
- valorizzazione dei sistemi trasversali qualità-governo clinico: focus sulla qualità percepita, sul monitoraggio e azioni migliorative conseguenti degli indici di governo clinico adottati, programma di prevenzione e riduzione delle contenzioni fisiche, sistema di gestione degli eventi avversi
- valorizzazione dei sistemi trasversali comunicazione-formazione-umanizzazione: focus sulla valutazione della ricaduta delle azioni formative sulle pratiche operative,
- valorizzazione dei programmi di innovazione e ricerca: focus sulla diffusione delle principali attività di ricerca e pubblicazione, in collaborazione con l'Università; progetti innovativi in ambito di Budget di Salute, Esordi psicotici e Qualità e stili di vita
- Valorizzazione dei programmi di miglioramento e sicurezza della cura: focus sugli interventi di promozione della salute e trasformazione degli stili di vita a rischio
- valorizzazione del sistema informativo: focus sulla prima sperimentazione all'interno del progetto regionale di cartella unica informatizzata.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.1</b>	<b>Appropriatezza degli accessi e dei percorsi di cura</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il DAISMDP si impegna a perseguire l'appropriatezza dei percorsi di cura attraverso la stepped care. Mantiene l'impegno di garantire i tempi di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale entro gli standard stabiliti (30 giorni per le prime visite differibili-programmate), anche attraverso lettura analitica dei dati ricavati dai sistemi di rilevazione per le singole aree disciplinari, e conseguenti azioni specifiche, si impegna per il miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi di cura.			In relazione alle misure adottate per la pandemia da COVID 19, il DAI SM-DP, in tutte le aree disciplinari, ha assicurato: Emergenza/Urgenza, visite con prioritari U o B, continuita' di cura. Sono state attivate anche modalita' di lavoro a distanza (videochiamate, telefonate e teleriabilitazione). Salvo che per il SERT, sono state sospese le visite a libero accesso e le attivita' presso le Case della Salute. E' in corso di approvazione il Piano triennale per l'Accesso.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	Del ausl 466 2019 Adozione del piano per il governo delle liste di attesa 2019/2021				
<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>Perf. inter</b>
Piano Dipartimentale triennale per l'accesso (2020-2022)			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si	
Numero prime visite CNPIA entro i tempi di attesa previsti			Sistema informativo ELEA per CNPIA Sistema informativo CUP	% >=	90,00%	90,00%		
Numero prime visite CSM entro i tempi di attesa previsti			Registro prime visite CMS	% >=	90,00%	90,00%		
Consulenze SMA in ambito Leggieri			EFESO	Numero >=	500,00	1.000,00		
Presa in cura condivisa in ambito Leggieri			EFESO	Numero >=	1.000,00	2.000,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni		
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.2</b>	<b>Attività di gestione dei processi tramite "cruscotto"</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.2</b>	<b>Attività di gestione dei processi tramite "cruscotto"</b>							
<p>A garanzia del governo della domanda e dell'appropriatezza degli interventi e dei processi il DAISMDP ha adottato un modello gestionale attraverso "cruscotti" dedicati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema Emergenza/Urgenza</li> <li>• residenzialità sanitaria e sociosanitaria e PTRI con Budget di Salute area SMA</li> <li>• inserimenti in Comunità Terapeutiche area DP</li> <li>• inserimenti in strutture socioeducative e collocazioni extrafamiliari area NPJA.</li> </ul> <p>Ogni cruscotto provvede alla redazione di un report annuale; semestralmente la Direzione presenta e discute in Comitato di Dipartimento i dati oggetto di monitoraggio costante.</p>			Tutti i cruscotti hanno operato regolarmente dando applicazione alle norme adottate per il contenimento della pandemia con report. Le attività verranno rendicontate attraverso il report annuale						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1423/2017 scheda 33 DGR 919/18					
<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>Perf. inter</b>	
Report attività di ogni cruscotto			Evidenza documentale	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>2.5.1.3</b>	<b>Percorsi/PDTA</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>							

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>2.5.1.3</b>	<b>Percorsi/PDTA</b>	<p>Per quanto attiene la presa in carico e i percorsi di continuità assistenziale, il DAISMDP privilegia l'approccio centrato sui bisogni della persona, secondo cui i diversi servizi si organizzano per garantire un percorso unitario in grado di rispondere sia a specifici disturbi sia ai bisogni complessi.</p> <p>1. Saranno curati l'applicazione, il monitoraggio e/o la revisione di PDTA dedicati a: Esordi Psicotici, DCA, Disturbi da Gioco d'Azzardo; proseguiranno i lavori per la stesura di PDTA dedicati per: Disturbi dello Spettro Autistico, Disturbi Gravi di Personalità, Problemi alcolcorrelati</p> <p>2. Sarà avviata la definizione di un PDTA della Complessità, attraverso il modello di intervento del Budget di Salute, che comprenderà la declinazione dei Percorsi Giudiziari</p> <p>3. Proseguiranno le attività connesse all'applicazione del Programma Adolescenza, anche attraverso il progetto di riconversione della REMS temporanea di Casale di Mezzani a struttura residenziale per giovani adulti</p> <p>4. Nelle attività programmatiche all'interno della Cassa del Bambino e dell'Adolescente, verrà sviluppato il "Percorso Crescita"</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	Circolare RER 2 / 2016 DGR 1423/2017 scheda 17 DGR 1423/2017 (scheda 19) DGR 919/18 DGR 1423/2017 scheda 8 DGR 1423/2017 Interventi precoci, cura e sostegno per adolescenti e giovani DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Nuovi PDTA			fonti documentali	Numero >=		1,00		
Progetti Budget di Salute attivati			fonti documentali	Numero >=		146,00		
Progetto per la riconversione della REMS			evidenze documentali	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.4</b>	<b>Revisione offerta Rete Residenziale e Budget di Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
A seguito di rivalutazione della rete dei servizi sociosanitari così come delineati dall'Accordo-Quadro 2015-2019, e alla scadenza dell'accordo triennale per le Dipendenze Patologiche, il DAI-SMDP, per dare risposta ai bisogni emergenti caratterizzati da maggiori livelli di complessità (adolescenti e giovani adulti, patologie del neurosviluppo, persone con provvedimenti giudiziari, soggetti con disturbi mentali e utilizzo problematico di sostanze, pazienti con parziale autosufficienza da patologie internistiche concomitanti), nell'ambito del PDTA della Complessità provvederà alla riorganizzazione dell'offerta residenziale, inserendola in una visione unitaria dei servizi, orientati massimamente ai principi della recovery e dell'inclusione sociale. In questa chiave le Residenze verranno riconfigurate come Servizi di Comunità, in grado di erogare un insieme integrato di attività nell'ambito del PTRI anche mediante il Budget di Salute nei diversi assi, a sostegno della persona e del contesto.			La relazione di valutazione ai fini della revisione dell'accordo quadro 2015/2019 e' stata prodotta e sottoposta alla Direzione. Si e' data applicazione all'accordo triennale per le DP. Per l'emergenza sanitaria COVID 19 e' stata rinviata al 31/12 la cooprogettazione relativa alla Fattoria di Vigheffio. E' stato avviato un progetto nazionale di implementazione del modello BdS in collaborazione con la RER e l'Istituto Superiore di Sanita'.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18 DGR 1423/2017 scheda 8				
<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>Perf. inter</b>
Documento organizzativo sui Percorsi Giudiziari			Evidenze documentali	Si/No		Si		
Acquisizione del documento di revisione dell'offerta residenziale e atti conseguenti			Evidenze documentali	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.5</b>	<b>Programma Leggeri nelle Case della Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Verranno mantenute le attività di collaborazione nelle diverse sedi distrettuali con il Dipartimenti Cure Primarie, con individuazione di focus sui quali attivare azioni di miglioramento.			Le attività di collaborazione con il DCP, comprese quelle con le Case della Salute, sono state sospese causa emergenza sanitaria. E' proseguita invece l'attività di consultazione ai MMG e PLS, con eventuale attivazione di consulenza a richiesta (entrambe le attività vengono regolarmente registrate).					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.5</b>	<b>Programma Leggieri nelle Case della Salute</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1423/2017 scheda 1 DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Documento di sintesi del monitoraggio delle attività e dei focus di miglioramento			rilevazione aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.6</b>	<b>Miglioramento della qualità e sicurezza delle cure: promozione della salute e trasformazione degli stili di vita a rischio</b>						
<b>Descrizione</b>	Proseguiranno le attività degli ambulatori infermieristici distrettuali dedicati alla prevenzione della sindrome metabolica. Verranno sviluppati progetti di integrazione con le attività riabilitative di tipo motorio, secondo il modello riabilitativo rivolto all'empowerment degli utenti.		<b>Rendicontazione</b>	In tutti i CSM gli ambulatori infermieristici hanno proseguita l'attività per migliorare la prevenzione della sindrome metabolica e promuovere corretti stili di vita. Al 30 giugno risultano seguiti 142 utenti. L'attività riabilitativa motoria di gruppo rivolta ai pazienti CSM è stata integrata con incontri periodici rivolti alla conoscenza e implementazione dei corretti stili di vita, in presenza nei primi mesi dell'anno, a distanza durante il lockdown, fornendo anche materiale informativo adatto allo scopo				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 771/2015 DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Report ambulatori infermieristici			evidenze documentali	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>2.5.1.7</b>	<b>Gestione rischio clinico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>2.5.1.7</b>	<b>Gestione rischio clinico</b>						
<p>Il DAISMDP garantirà la sicurezza nelle cure con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi e al contenimento del rischio clinico, tramite l'applicazione delle Linee Guida, la raccolta puntuale dei dati (Eventi Avversi), la partecipazione alla rete aziendale dedicata e la responsabilizzazione degli utenti. A cadenza semestrale i dati relativi al rischio clinico verranno presentati e discussi in Comitato di Dipartimento; a fine anno verrà redatto un report.</p>			<p>Nella fase del lockdown e' stato attivato anche il monitoraggio a distanza (dati pubblicati sulla rivista Sestante nel numero 10/2020). E' stato redatto il report sul Governo clinico al 30/06, con relazione sull'utilizzo dei farmaci</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 771/2015 Piano prevenzione DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Report annuale Rischio e Governo Clinico			Evidenza documentale	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>2.5.1.8</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nell'ambito delle attività di Governo Clinico e nello specifico dell'appropriatezza farmaceutica, proseguirà il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci antipsicotici depot. Il Dipartimento garantirà inoltre la partecipazione a percorsi regionali dedicati all'appropriatezza prescrittiva.</p>			<p>E' in atto il monitoraggio mensile, in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico e il Controllo di Gestione. E' stata redatta una relazione integrativa al 30/6 sull'utilizzo dei farmaci antipsicotici e predisposizione delle azioni previste dalla Circolare 4/2020 della RER L'Audit per la valutazione del PDTA Esordi Psicotici e' in corso di realizzazione</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	2.5.1.8	Appropriatezza prescrittiva						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Realizzazione di un Audit clinico per la valutazione del PDTA Esordi Psicotici		Effettuazione re-audit sull'utilizzo degli antipsicotici		Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	2.5.1.9	Cartella unica informatizzata						
Descrizione			Rendicontazione					
In ambito di sistema informativo, il DAISM DP avvierà nel corso del 2020 la sperimentazione e l'utilizzo del nuovo strumento regionale che diverrà la piattaforma con valore medico legale di tutte le articolazioni. E' prevista una formazione del personale, il passaggio dei dati di attività attualmente presenti nei sistemi informativi di ogni singola Area e l'iniziale fase di test e collaudo . Parma infatti è l'Azienda capofila regionale per questo ambizioso progetto.			Sono proseguite, nonostante la battuta di arresto sulla tabella di marcia regionale a causa della pandemia, le attività di miglioramento e di pianificazione per il passaggio al sistema CURE, previsto per l'autunno 2020 Si ricorda il ruolo fondamentale dell'Azienda AUSL di Parma in questo strategico progetto Il progetto e' stato presentato ad inizio anno al Personale					
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Formazione del personale		evidenze documentali		Si/No		Si		
Avvio in produzione dell'applicativo		Evidenze documentali		Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	2.5.1.10	Qualità e accreditamento					
Descrizione			Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.10</b>	<b>Qualità e accreditamento</b>						
Si effettueranno azioni volte a mantenere un costante aggiornamento del sistema dipartimentale qualità, per l'adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento regionale anche attraverso il recepimento delle indicazioni aziendali a seguito del recente accreditamento. Verrà inoltre mantenuto l'aggiornamento costante del sito web per le sezioni relative al DAISDMP.			A causa dell'emergenza sanitaria non sono stati realizzati gli eventi formativi in tema di qualità e accreditamento, che prevedono la partecipazione in presenza della rete. In alternativa, sono stati realizzati incontri in piccolo gruppo e a distanza, non ECM, a supporto delle funzioni qualità nei servizi. In considerazione del rilevante impatto dell'emergenza sanitaria, si è deciso di procedere ad indagini di qualità percepita rivolti ad utenti e operatori, per valutare l'impatto della riorganizzazione delle attività e dei servizi. I dati sono stati presentati al CUF e agli operatori e i dati sono stati pubblicati sulla rivista Sestante.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Numero di eventi formativi rivolti alla rete Qualità dipartimentale			Evidenze documentali	Numero >=	2,00	4,00	0,00	
Numero indagini qualità percepita			Evidenze documentali	Numero >=		3,00	3,00	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.11</b>	<b>Attività di ricerca</b>						
<b>Descrizione</b>	Il DAISDMP promuoverà la partecipazione degli operatori ad attività di ricerca clinica e/o organizzativa, anche in collaborazione con l'Università. Proseguirà l'attività di follow-up all'interno del progetto Budget di Salute ed Esordi Psicotici; parteciperà al progetto di ricerca multicentrico triennale sulla qualità e stili di vita (DIAPASON).		<b>Rendicontazione</b>	E' stata sviluppata l'intesa con la RER per l'utilizzo dello strumento PIERA (Parma Individual an Environmental Risk Assessment) per la valutazione del rischio la possibile prevenzione del contagio da Coronavirus.				
<b>Obiettivi Performance</b>	3.1.1	Attività di ricerca	<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>Perf. inter</b>
Realizzazione di evento Publication Day			Evidenza documentale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.12</b>	<b>Formazione e Comunicazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attraverso la rete dei referenti per la formazione, il Dipartimento progetterà e realizzerà percorsi ed esperienze formative coerenti con i traccianti individuati a livello aziendale e con le esigenze formative dei servizi e degli operatori. Nell'anno 2020 verrà posta particolare attenzione al trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo, attraverso la valutazione dell'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione. Partecipazione alle attività di Parma 2020.			Rispetto alla Formazione e Comunicazione, nonostante le misure per il contenimento del Covid 19, sono stati realizzati con modalita' a distanza 34 eventi formativi. La rassegna Parma 2020 e' stata rinviata al 2021					
<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>Perf. inter</b>
Numero di eventi con valutazione dell'impatto dell'evento formativo sull'organizzazione			Evidenze documentali	Numero >=		4,00		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.1.13</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			Il DAI SM-DP ha riconvertito le attività del PRP di Fidenza a reparto COVID dal 7 marzo al 3 giugno. Sono stati allestiti, in collaborazione con l'UO di Psicologia Clinica, ambulatori per il sostegno psicologico e psichiatrico dei cittadini e degli operatori, presso le sedi di Parma, Fidenza e Borgotaro. Assicurate l'Emergenza Urgenza, le visite a prioritaria U e B, la continuità di cura e le attività ambulatoriali per i pazienti già in carico. Programmato il recupero delle visite sospese per la pandemia, già realizzato al 30/06 per il CSM ed ancora in corso per la NPJA					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	2.5.1.13	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>2.6</b>	<b><u>Medicina riabilitativa</u></b>
------------------------------------	------------	--------------------------------------

<b>Settore</b>	<b>2.6.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

La Medicina Riabilitativa territoriale , strutturata nella Azienda in tutti gli ambiti distrettuali, unitamente a quanto svolto dalle UOS presenti in ambito ospedaliero nella sede di Vaio e Borgotaro, è componente determinante nei percorsi di presa in carico nel lungo termine delle persone in condizione di cronicità - quale quella rappresentata dalla disabilità di tipo complesso in tutte le fasce di età - per il contributo tecnico-professionale, gestionale e organizzativo del medico specialista in Medicina fisica e della Riabilitazione e dei componenti della equipe riabilitativa nel contesto della rete dei servizi, con particolare riferimento alla propria collocazione all'interno dei DCP e alle diverse aree di interfaccia. In relazione ai contenuti del Piano socio – sanitario RER 2017-2019 e alla DGR 2128/2016 le attività saranno in particolar modo focalizzate nei seguenti ambiti:

1. Consolidamento percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per le attività di riabilitazione
2. Gestione percorsi organizzativi e assistenziali e per la semplificazione delle procedure di accesso alle attività di assistenza protesica , con riferimento ai contenuti della DGR 1844/2018
3. Contributo dei professionisti della riabilitazione alle attività di integrazione socio-sanitaria , in collaborazione con gli Enti Locali, per la presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia
4. Valorizzazione delle professioni sanitarie della equipe riabilitativa, nelle figure del fisioterapista e logopedista, nelle attività finalizzate al miglioramento della copertura dell'incremento dei bisogni di continuità della assistenza riabilitativa, di miglioramento delle attività di monitoraggio, educazione terapeutica, intercettazione precoce delle problematiche per soggetti fragili in tutte le fasce di età e/o affetti da multi morbilità
5. Contributo alle attività di prevenzione e promozione della salute in applicazione ai progetti specifici organizzati per setting contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione

<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 incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>2.6.1.1</b>	<b>Progetto prevenzione cadute nell'anziano</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
Consolidamento degli interventi finalizzati alla prevenzione delle cadute per il target di popolazione a rischio e loro gestione secondo riferimenti progetto RER specifico presente nel Piano Prevenzione RER			Nei mesi di gennaio e febbraio sono state svolte le attività, con modalità ambulatoriale o domiciliare, per n. 11 persone arruolate al progetto e per un numero complessivo di 29 sedute fisioterapiche. L'attività è stata sospesa nel periodo emergenziale, come sono state sospese le attività del gruppo di lavoro regionale sullo specifico progetto.		
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.2.1</b>	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato DG Ausl PR 1.5 GPG /2013/283 Piano della prevenzione RER 2016-2018 DGR 2128-2016 DGR 1003/2016 Piano socio-sanitario 2017-2019 scheda n.20	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	2.6.1.1	<b>Progetto prevenzione cadute nell'anziano</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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	2.6.1.2	<b>Attività di integrazione socio-sanitaria</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire da parte dei professionisti della riabilitazione le attività di integrazione socio-sanitaria a favore di persone disabili adulte e della età evolutiva nell'ambito dei processi e funzioni assegnate, con particolare riferimento alle attività istituzionali nelle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e Commissioni Distrettuali GraDA. Mantenimento flusso informativo RER per rilevazione attività erogata da parte dei medici fisiatra referenti.			Anche nel periodo emergenziale sono state garantite le attività della componente riabilitativa delle Commissioni UVM e GraDA ed è stato mantenuto il flusso informativo regionale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2068/04, DGR 840/08, FRNA, FNA, FSR, Obiettivo di mandato DG Ausl PR 1.8 DGR 1762/11 DGR 1003/2016 Piano socio-sanitario 2017-2019				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	2.6.1.3	<b>Percorso interaziendale malati SLA Identificazione modalità operative interventi di riabilitazione sanitaria</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	2.6.1.3	<b>Percorso interaziendale malati SLA Identificazione modalità operative interventi di riabilitazione sanitaria</b>						
Contributo progettuale da parte dei professionisti della riabilitazione alle attività del gruppo di lavoro interaziendale istituito nell'ambito del Polo riabilitativo Provinciale, attività finalizzate alla identificazione e condivisione in ambito aziendale di modalità operative omogenee per quanto attiene agli interventi di riabilitazione sanitaria nelle diverse fasi della malattia .			In seguito ad incontro preliminare di preparazione a dicembre 2029), nel corso del primo semestre dell'anno è avvenuto un primo incontro in data 15/1 ed un secondo incontro in data 8/7 cui hanno partecipato i professionisti della riabilitazione di AUSL e di Azienda Ospedaliera di Parma. Sono in corso le attività progettuali specifiche per i malati SLA per la definizione degli obiettivi del progetto riabilitativo individuale e la definizione di un modello di riferimento per la cartella territoriale. Le attività proseguiranno nel secondo semestre dell'anno.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	Piano delle performance 2018-2020				
<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>Perf. inter</b>
evidenza documentale			evidenza in atti al servizio	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	2.6.1.4	<b>Programmi integrati di intervento all'interno della C.d.S. per la presa in carico delle problematiche della Sclerosi Multipla</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Mantenimento attività DSA 2 neurologico- riabilitativo disabilità conseguenti a SM per utenti eleggibili alle cure ambulatoriali nella Casa Salute Pintor- Molinetto e sua gestione secondo indicatori di attesa regionali			Dal mese di marzo le attività DSA SM sono state oggetto di rimodulazione nel periodo emergenziale ; le attività di consulenza, monitoraggio e valutazione riabilitativa sono state mantenute tramite colloquio telefonico, video chiamata o vere e proprie attività di teleriabilitazione e quando possibile integrate con attività in presenza.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivo di mandato DG Ausl PR, 1.3 925/11, DGR 1803/2009 DGR 2128/2016				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	2.6.1.5	<b>Percorsi organizzativi e clinico-assistenziali assistenza protesica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Contributo progettuale dei professionisti della riabilitazione alle attività del gruppo di lavoro interaziendale istituito con la finalità di delineare percorsi organizzativi e assistenziali e di semplificazione delle procedure di accesso alle attività di assistenza protesica, con riferimento ai contenuti della DGR 1844/2018			Gli incontri del gruppo di lavoro individuato dalla DS sono stati necessariamente condizionati dal periodo emergenziale. Contestualmente sono state sospese le attività del gruppo di lavoro specifico attivato in ambito RER. È stato effettuato un incontro in ambito aziendale in data 4/6 con l'obiettivo di ridefinire gli obiettivi del gruppo di lavoro e di approfondimento di alcune problematiche particolari (riscontro informatizzato di quanto prescritto ai medici prescrittori inseriti nell'albo, modalità di prescrizione ausili per pazienti GraDA, modulistica informatizzata inserita nell'applicativo percorso gestione ambulatoriale semplice)					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DPCM 12 GENNAIO 2017 DGR 1844 5.11.2018				
<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>Perf. inter</b>
evidenza documentale			evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	2.6.1.6	<b>Continuità ospedale - territorio attività di riabilitazione sanitaria</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Con particolare riferimento agli aspetti della continuità delle cure in rapporto alla riabilitazione delle persone in condizioni di cronicità e disabilità proseguiranno le attività nell'ambito del Polo Riabilitativo provinciale mirate allo sviluppo di modelli di integrazione in grado di garantire la qualità clinica ed organizzativa dell'intero percorso dell'assistito e delle diverse tipologie di setting, ospedaliero e territoriale.			I cambiamenti organizzativi delle attività ospedaliere che si sono resi necessari durante il periodo emergenziale hanno comportato rimodulazione delle attività. Nel Distretto di Parma l'accesso al servizio territoriale per i pazienti dimessi è stato effettuato prevalentemente tramite segnalazione diretta da parte dei MMG e hanno riguardato prevalentemente problematiche di S. ipocinetica, fratture di femore nell'anziano, malati oncologici, valutazione e prescrizione ausili. Sono stati mantenuti i tempi di attesa per la presa in carico territoriale entro i 3 gg lavorativi.				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	2.6.1.6	<b>Continuità ospedale - territorio attività di riabilitazione sanitaria</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	Progetto Polo Riabilitativo Provinciale (Del. Ausl n. 697/2014) DGR 919/18 DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
evidenze documentali			evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	2.6.1.7	<b>Valorizzazione professioni sanitarie equipe riabilitativa</b>						
<b>Descrizione</b>	Con riferimento ai contenuti della DGR 2128/2016 , le attività saranno volte alla valorizzazione delle professioni sanitarie della equipe riabilitativa, nelle figure del fisioterapista e logopedista, nelle attività finalizzate al miglioramento della copertura dell'incremento dei bisogni di continuità della assistenza riabilitativa, di miglioramento delle attività di monitoraggio, educazione terapeutica, intercettazione precoce delle problematiche per soggetti fragili in tutte le fasce di età e/o affetti da multi morbidità		<b>Rendicontazione</b>	Le attività sono state rivolte prevalentemente ai bisogni emergenti emersi nel periodo emergenziale per il cui assolvimento le figure professionali dei fisioterapisti e dei logopedisti hanno svolto un ruolo sostanziale, in particolare per quanto attiene alla rimodulazione della valutazione logopedica delle strutture protette e al ruolo del fisioterapista nella valutazione e assistenza del paziente nella fase post Covid con complicanze				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2128/2016				
<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>Perf. inter</b>
evidenze documentali			evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	2.6.1.8	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
<b>Obiettivo</b>	<b>2.6.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>			
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<p>Il periodo emergenziale Covid 19 ha comportato anche nell'area della Medicina riabilitativa aziendale la messa in essere di significativi cambiamenti organizzativi di quanto svolto in ambito territoriale e negli Ospedali di Vaio e Borgotaro. Ulteriore significativo impatto sui servizi riabilitativi aziendali in termini di emergenza di nuovi bisogni e necessità di supplenza ha comportato la chiusura dal mese di marzo del reparto di riabilitazione e delle attività ambulatoriali della Medicina riabilitativa della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.</p> <p>Dal mese di aprile i professionisti della riabilitazione dell'Ospedale di Vaio e del Distretto di Fidenza sono stati coinvolti in prima persona nelle attività all'interno dei reparti specialistici riconvertiti in reparti Covid e Covid hospital, dove venivano trasferiti i pazienti post-acuzie sia dall'Ospedale di Vaio che dai reparti della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nell'ambito della specifica riorganizzazione della rete provinciale dei percorsi ospedalieri. I medici fisiatristi hanno assicurato per i pazienti ricoverati il percorso post-dimissione post-Covid a seconda delle necessità o in regime di ricovero presso le strutture di riabilitazione accreditate, Cardinal Ferrari e Fondazione Don Gnocchi, o presso il domicilio con attivazione dei Servizi di riabilitazione territoriale dei diversi Distretti e la preliminare predisposizione di quanto necessario per la dimissione appropriata.</p> <p>Nel periodo emergenziale nelle sue diverse fasi l'impegno dei referenti di area e dei Coordinatori dei Servizi è stato mirato alla gestione delle attività in sicurezza per l'utenza e per i professionisti stessi.</p> <p>Molta attenzione è stata rivolta all'espletamento delle attività di formazione riguardo al rischio biologico da Covid 19 e alla vigilanza della corretta applicazione delle indicazioni pervenute e via via aggiornate.</p> <p>Per quanto riguarda lo svolgimento delle attività assistenziali riabilitative nel periodo emergenziale nel periodo fase 1, nel quale il problema prioritario era il contenimento della diffusione del virus, nel rispetto delle indicazioni impartite dagli organismi istituzionali sono state sospese le attività mediche e riabilitative non urgenti che prevedevano il contatto diretto con il paziente, mentre sono proseguiti gli interventi con modalità sia ambulatoriale che domiciliare rivolti alle problematiche non procrastinabili, quali quelle post-chirurgiche, post dimissione ospedaliera, post Covid19 e di valutazione e prescrizione di ausili/ortesi.</p> <p>In questo periodo sono stati attivate e progressivamente implementate modalità alternative di presa in carico a distanza, quali consulenza telefonica, indicazioni al care-giver, predisposizione di materiale informativo - educativo consultabile a distanza, videochiamata. Sono state inoltre istituite e vere e proprie attività di tele riabilitazione complementari o alternative a quanto svolto in presenza.</p> <p>In un'ottica previsionale durante la prima fase emergenziale i professionisti in ambito aziendale si sono impegnati nella identificazione dei percorsi e delle attività peculiari per la riabilitazione dei pazienti con complicanze dopo guarigione da Covid 19, sulla base della ricerca dei dati in letteratura e del confronto con altre esperienze. Da questo lavoro ne è derivato materiale educativo consultabile a distanza, disponibile anche sul sito Ausl, e proposte di indicazioni operative specifiche. La presa in carico riabilitativa ai servizi per i pazienti con complicanze post Covid è stata garantita con carattere di priorità.</p> <p>Il periodo di graduale ripresa delle attività ordinarie della fase 2 è stato caratterizzato dal particolare impegno</p>			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.6.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
		<p>alla identificazione delle modalità organizzative necessarie per il mantenimento della sicurezza nelle attività in presenza: ambulatoriali, domiciliari e per gli assistiti, anche post-Covid, ricoverati in regime di Cure Intermedie. Con la riapertura graduale dei reparti ospedalieri è parimenti ripresa in modo significativo l'attività di consulenza fisiatrica, valutazione logopedica, programmi fisioterapici nei reparti di degenza dell'Ospedale di Vaio e Borgotaro. Nel presidio di Borgotaro, dato il permanere della chiusura del reparto di riabilitazione, le attività di riabilitazione sono state implementate nel reparto di Ortopedia. Dal mese di maggio si è provveduto all'avvio delle attività di progressivo recupero delle prestazioni ambulatoriali precedentemente sospese e alla graduale riorganizzazione della riapertura delle attività ordinarie in ambito aziendale..</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>2.7</b>	<b><u>Percorsi di salute per la popolazione immigrata</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>2.7.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Lo Spazio Salute Immigrati promuove la salute del migrante nel nuovo contesto di vita, facilita l'uso appropriato dei servizi sanitari del territorio, combinando strategie comunicative health literacy oriented con competenze culturali multidisciplinari. Gli operatori sanitari svolgono attività coordinate di supporto al self care, attività di diagnosi, di cura e di prevenzione. Nel 2019 ( 1 gennaio -22 novembre) sono state prese in carico 1060 persone (780 uomini e 280 donne). Le persone in carico appartenevano a categorie giuridiche differenti : RTPI ( 592 uomini e 76 donne) , Irregolari ( 80 uomini e 82 donne), motivo umanitario e casi speciali (30 uomini e 3 donne). La restante parte erano persone con visto, pazienti appartenenti alla Unione Europea oppure regolarmente soggiornanti ma con enormi difficoltà linguistiche ( es. cinesi). Si sono registrate 100 lingue madri, mentre 35 lingue veicolari sono state utilizzate nelle diverse fasi di presa in carico . Si segnala che solamente il 20% della popolazione parla italiano, il 27% ha parlato inglese con gli operatori, mentre si è attivata la mediazione linguistica nel 48% dei casi; nel rimanente 5% dei casi si è utilizzata la mediazione di amici e conoscenti . Questo ultimo tipo di traduzione è utilizzata nei primi momenti della presa in carico, successivamente il servizio garantisce una mediazione linguistica professionale.

<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 incentivante (comparto)</b>	<b>2.7.1.1</b>	<b>Presenza in carico pazienti centered</b>
--	----------------	---

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
<p>Il 97% della popolazione migrante che accede al servizio non conosce la tessera sanitaria in tema di significato, uso, modalità e luoghi di rinnovo. Questo dato rappresenta un indicatore significativo della scarsa Health e Legal Literacy che si manifesta con scarsa conoscenza della organizzazione del SSN ed enorme difficoltà nel riconoscere compiti differenti alle diverse strutture sanitarie quali ambulatorio MMG e PLS, Ambulatorio Specialistico, Pronto Soccorso, Ospedale e luoghi di prevenzione. Diventa quindi prioritario pianificare incontri di educazione sanitaria health literacy oriented con applicazione del metodo problem solving sia con gli operatori e con i mediatori linguistici che devono avere una specifica formazione sanitaria finalizzata al miglioramento delle abilità di self care del migrante nel nuovo contesto di vita</p>		<p>Il servizio continua a monitorare la conoscenza della tessera sanitaria come indicatore significativo della Health e Legal Literacy della popolazione migrante . Il servizio è organizzato secondo modelli "patient centered" per favorire la partecipazione attiva della persona. Pilastro fondamentale della struttura organizzativa è la valutazione multifattoriale, che utilizza la cartella multi-disciplinare e il data base per rappresentare non soltanto la complessità del fenomeno migratorio ma anche l'approccio ecologico-multidimensionale alla persona svolto dagli operatori del servizio. L'ambulatorio favorisce quindi la integrazione degli stakeholder attraverso attività formative con operatori e mediatori linguistici. In tal senso è stato prodotto un abstract :“A multidimensional approach to improve migrants' health in the new context of living” accettato dal comitato scientifico del XVI Congresso Mondiale di Salute Pubblica.</p>	
<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>
			Nota RER 11/08/2014 n PG/2014/291902 "Indicazioni operative alle Aziende sanitarie per l'organizzazione di modalità omogenee ed adeguate di assistenza sanitaria alle persone straniere. Programma Nazionale 'Mare Nostrum'.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	2.7.1.1	<b>Presa in carico pazienti centered</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>Perf. inter</b>
			Incontri di informazione-formazione con Operatori e Immigrati	Relazione finale	Numero >=	5,00	2,00	
			incontri di informazione-formazione con i mediatori linguistici	Relazione finale	Numero >=	5,00	3,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	2.7.1.2	<b>Monitoraggio infezione tubercolare latente</b>						
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>						
		La popolazione migrante con difficoltà termina il trattamento per l' infezione tubercolare latente per scarsa health literacy in riferimento a questo percorso di prevenzione. Attualmente la percentuale di pazienti che termina il percorso ITL si aggira attorno al 28% . Pianificare periodicamente attività interne ed esterne alla struttura, attraverso analisi delle criticità, formazione interna e audit clinico ed organizzativo sono azioni che permetteranno di aumentare la percentuale di pazienti che completano il trattamento preventivo		Durante l'emergenza Covid sono diminuiti gli arruolamenti dei pazienti affetti da infezione tubercolare latente. Infatti l'inizio terapia poteva essere posticipato di qualche mese, avendo dato priorità alla situazione emergenziale sanitaria. Durante il suddetto periodo si sono analizzate le possibili cause degli output e si è lavorato per migliorare il programma di monitoraggio della infezione tubercolare. Particolare attenzione è stata data alla comunicazione telefonica (per ricordare appuntamenti, monitoraggio terapia) al fine di aumentare il numero dei soggetti che completano il trattamento preventivo . In particolare si è prodotto un abstract :”Diagnosi e trattamento della infezione tubercolare latente: un approccio multidimensionale” accettato dal comitato scientifico del Congresso nazionale della Società Italiana di medicina delle Migrazioni				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	Linee Guida Salute Migranti, febbraio 2018, n.ro 2 “ Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia”				
<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>Perf. inter</b>
			Percentuale di pazienti che terminano ITL	cartelle cliniche	% >=	20,00%	40,00%	20,00%
			N° di audit clinico	verbale	Numero >=	0,00	1,00	0,00

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	2.7.1.3	<b>Presa in carico e cura di vittime di tortura</b>						
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>2.7.1.3</b>	<b>Presa in carico e cura di vittime di tortura</b>						
L'AUSL di Parma ha attivato un protocollo d'intesa con l'associazione CIAC Onlus, costituendo un coordinamento socio-sanitario, composto da specialisti di varie discipline, al fine di monitorare i casi vulnerabili più complessi e le vittime di tortura. Si propone per il 2020 di continuare l'attività di sostegno e di presa in carico delle vittime di tortura attraverso due sostanziali linee di indirizzo: il mantenimento dello Spazio Salute Immigrati quale punto di riferimento per l'emersione dei nuovi casi e la prosecuzione di azione integrate con le associazioni dedicate alle accoglienza			Continua la attività dipresa in carico dei pazienti vulnerabili all'interno del coordinamento socio sanitario . Gli incontri sono continuati anche durante il periodo della emergenza Covid attraverso modalità web. Sono inoltre continuate le certificazioni di pazienti richiedenti asilo e/o ricorrenti					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	Linee guida per la programm. interventi di assist. e riabilit. nonché per il tratt. disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o...				
<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>Perf. inter</b>
n. certificazioni			salute immigrati	Numero >=	10,00	20,00	18,00	
Incontri Coordinamento Socio Sanitario			verbali degli incontri	Numero >=	4,00	8,00	4,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>2.7.1.4</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
<b>Descrizione</b>	La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.		<b>Rendicontazione</b> La modalità di accesso all'ambulatorio è cambiata, privilegiando la modalità su appuntamento al fine di garantire il distanziamento sociale. Per fissare appuntamenti con utenza che ha scarsa conoscenza della lingua italiana ( il dialogo telefonico con pazienti stranieri è infatti complicatissimo) il servizio si è dotato di telefonici cellulari che permettessero la modalità in videochiamata. Inoltre si è preferito modificare l'utilizzo della mediazione linguistica: prima della emergenza Covid nell'ambulatorio erano presenti più mediatori linguistici, da alcuni mesi la stessa viene attivata in modalità web. Nel complesso questa modalità, facilmente fruibile e attivabile, ci appare al momento gradita al paziente.				
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	2.7.1.4	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>2.8</b>	<b><u>SANITA' PENITENZIARIA</u></b>
------------------------------------	------------	-------------------------------------

<b>Settore</b>	<b>2.8.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

I provvedimenti normativi contenuti nel DPCM 01.04.2008 e i successivi atti regionali hanno disegnato il nuovo assetto dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari, funzione ora a pieno titolo esercitata dal servizio Sanitario Regionale. La DGR 2051 del 18/11/2019 conferma la definizione di Casa di promozione e tutela della salute in carcere come un presidio dell'AUSL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dall'accesso, attraverso la collaborazione dei professionisti di varie unità operative e la condivisione dei percorsi assistenziali.

Obiettivo incentivante (comparto)	2.8.1.1	Qualità delle cure					
Descrizione		Rendicontazione					
Sulla base delle indicazioni regionali e della programmazione locale si rende necessario procedere con azioni di consolidamento dell'organizzazione, finalizzate a garantire un miglioramento della qualità dell'assistenza, basata su interventi interdisciplinari ed integrati al fine di perseguire una maggiore appropriatezza della prescrizione farmaceutica e specialistica anche con l'ausilio dell'utilizzo del tablet (Obiettivo incentivante per il comparto) e grazie all'integrazione con i servizi aziendali (DSP e DAISMDP) e Azienda Ospedaliero-Universitaria.							
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 2051 del 18/11/2019, DPCM 01.04.2008, DGR10135/11; Circolare RER n. 15 2012; Deliberazione Direttore Generale AUSL di PR 309/14;				
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza Attività equipe integrata	Relazione Responsabile UO Salute Istituti Penitenziari		Sì/No		Sì		
Ulizzo del Tablet per erogazione della terapia	in atti U.O.C. Salute negli II.PP.		Sì/No		Sì		

Obiettivo	2.8.1.2	Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari						
Descrizione			Rendicontazione					
Attivare la funzione del ritorno di tutti i referti specialistici nel sistema SISP tramite SOLE. Effettuazione screening HIV. Pianificazione di interventi di prevenzione e promozione della salute. Ridefinizione delle attività assistenziali infermieristiche.								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici.			Rendicontazione aziendale	Si/No		Si		
Nr. nuove persone detenute nell'anno per = 14 giorni screenate per HIV/Nr. nuovi ingressi dell'anno detenuti per = 14 giorni.			SISPER	% >=		90,00%		
Sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute/Nr. totale sezioni			Rendicontazione aziendale	% >=		100,00%		
definizione dei ruoli e funzioni dell'infermiere penitenziario			Rendicontazione aziendale	Si/No		Si		

Obiettivo incentivante (dirigenza)	2.8.1.3	Assistenza sanitaria nelle carceri						
Descrizione			Rendicontazione					
Migliorare la qualità dei contenuti delle cartelle cliniche dei detenuti, secondo quanto previsto dal flusso regionale SISPER e dai documenti ministeriali. Corretta chiusura delle cartelle cliniche in caso di scarcerazione o trasferimento in altro Istituto								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR - 977/19				

Obiettivo incentivante (dirigenza)	2.8.1.3	Assistenza sanitaria nelle carceri							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Scostamento tra eventi critici registrati dal Ministero della Giustizia ed eventi critici registrati tramite SISPER				Flusso regionale SISPER, dati Ministero della Giustizia	% <=		30,00%		
Nr. cartelle cliniche aperte di persone dimesse e presenti in altro Istituto penitenziario della Regione				specifico flusso di riferimento	Numero <=		5,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.8.1.4	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19							
Descrizione	Rendicontazione								
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19				Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì		

<b>Area</b>	<b>3</b>	<b><u>ASSISTENZA OSPEDALIERA</u></b>
-------------	----------	--------------------------------------

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>3.1</b>	<b><u>Obiettivi di Presidio Ospedaliero e di Rete Ospedaliera Provinciale</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>3.1.1</b>	<b><u>Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera</u></b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>In attuazione dei combinati disposti di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70, alla DGR 2040/2015 ed alla DGR 1003/2016, l'Azienda USL di Parma ha completato, entro i termini previsti, le riconversioni di posti letto ed attività ospedaliere dei presidi ospedalieri a gestione diretta di Fidenza e di Borgo Val di Taro, in funzioni ed attività territoriali. Il percorso di adeguamento delle dotazioni di posti letto è stato condotto in sinergia con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, con la quale è stato sottoscritto un documento di programmazione integrata dell'assistenza ospedaliera, che è stato approvato dalla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale. A conclusione del medesimo documento, è stato convenuto di avviare un processo di revisione/implementazione di percorsi clinico - organizzativi, su temi da ritenersi strategici, dove impegnare gruppi qualificati di professionisti di entrambe le Aziende Sanitarie del bacino provinciale. Sono in corso importanti interventi strutturali di adeguamento e di ampliamento nei due stabilimenti ospedalieri, che determineranno modificazioni importanti di tipo organizzativo. In particolare, la riorganizzazione dei comparti operatori e degli ambulatori di prericovero dovranno determinare un impatto positivo sulla gestione delle liste di attesa. In quest'ambito dovrà essere ridefinita la gestione complessiva dei percorsi.</p>	

<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>3.1.1.1</b>	<b>Partecipazione dei professionisti del Presidio Ospedaliero Aziendale ai gruppi di lavoro interaziendali in ambiti strategici</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Il documento "Indirizzi di programmazione per lo sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario provinciale ", approvato dalla CTSS nella seduta del 11/12/2019 e presentato in Collegio di Direzione il 19/12/2019, contiene indicazione per la elaborazione del nuovo Piano Attuativo Locale (PAL) . Le Direzioni Sanitarie di AUSL e di AOU e il Dipartimento di Valutazione e Controllo andranno a costituire una cabina di regia che individuerà gruppi di lavoro interaziendali e assegnerà loro i mandati .	A seguito dell'emergenza Covid 19 la costituzione della cabina di regia prevista dall'obiettivo è slittata al 2° semestre 2020.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.1</b>	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	"Indirizzi di programmazione per lo sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario provinciale ", approvato dalla CTSS nella seduta del 11/12/2019
------------------------------	--------------	--------------------------------------	------------------------------	--

<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale	P.O. Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.2</b>	<b>Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Revisione dell'organizzazione delle funzioni di governo delle liste di attesa dei ricoveri per intervento chirurgico del Presidio Ospedaliero Aziendale (RUA, Responsabile Sale Operatorie, Gruppo Gestione Programmazione operatoria, Coordinamento Prericovero).			Il progetto di riorganizzazione del prericovero ha preso avvio all'inizio del 2020, ma è stato sospeso a causa dell'emergenza Covid 19. Il Gruppo Gestione Programmazione operatoria è stato attivato nei primi mesi del 2020, ma ha dovuto sospendere l'attività per l'emergenza Covid 19. Le funzioni di gestione perioperatoria dei ricoveri chirurgici programmati potranno riprendere nel 2° semestre 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			P.O. Aziendale	Sì/No				

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>3.1.1.3</b>	<b>Sicurezza delle Cure</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Definizione di una rete di supporto ai Dipartimenti del Presidio Ospedaliero per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure			Sono stati individuati in ogni Unità Operativa afferente ai Dipartimenti ospedalieri del Presidio aziendale dei referenti di area medica e di area comparto per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sia per la rete del Rischio Clinico che per quella del Rischio Infettivo.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	L.24/2017				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza Documentale			P.O. Aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.4</b>	<b>Qualificazione e riordino dell'assistenza ospedaliera</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Consolidamento delle interfacce con i servizi territoriali sanitari e socio-sanitari al fine di garantire un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera tramite la revisione dei percorsi ospedalieri per l'accesso ai posti letto di cure intermedie			In fase pre Covid 19 ha reso avvio il documento di riorganizzazione della struttura di Cure Intermedie di San Secondo finalizzato al miglioramento dell'interfaccia con il Presidio Ospedaliero aziendale, ma è stato sospeso a causa dell'emergenza Covid 19.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.4</b>	<b>Qualificazione e riordino dell'assistenza ospedaliera</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DM 70/2015; Deliberazione 1006/2016; CTSS seduta del 11/12/2019				
<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>Perf. inter</b>
Revisione percorso			P.O. Aziendale	Sì/No			No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.5</b>	<b>Integrazione Ospedale - Territorio</b>						
<b>Descrizione</b>	Miglioramento dell'integrazione nel percorso ospedaliero-territoriale anche attraverso lo sviluppo e l'implementazione di ulteriori Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) interaziendali		<b>Rendicontazione</b>	Ad inizio anno sono stati avviati i gruppi di lavoro per i seguenti PDTA interaziendali: - Piede Diabetico; - SLA (in fase di conclusione); i cui lavori sono stati sospesi a causa dell'emergenza Covid 19.				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DM 70/2015; CTSS seduta del 11/12/2019				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale (2 PDTA)			P.O. Aziendale	Sì/No			Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.6</b>	<b>Omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.6</b>	<b>Omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale</b>						
Consolidamento dei percorsi di programmazione e controllo ed azioni di miglioramento delle procedure dei Dipartimenti Ospedalieri			I percorsi di consolidamento di programmazione e controllo e le azioni di miglioramento delle procedure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.					
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DM 70/2015; DGR 2040/2015;				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Piani delle Attività, Verbali di riesame dipartimenti ospedalieri			P.O. Aziendale	Si/No				

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.7</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
Descrizione			Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.7</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>			
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<p>A causa del protrarsi dell'epidemia COVID-19 e il crescente afflusso di pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero, è stato necessario procedere ad incrementare, a livello provinciale, la disponibilità di posti letto per la gestione dell'emergenza mediante revisione della programmazione integrata della rete ospedaliera. Gli Ospedali di Fidenza e Borgo Val di Taro sono stati individuati come ospedali COVID-19 e saranno dedicati esclusivamente al trattamento di tale casistica. Nessuna altra attività, né ambulatoriale né di ricovero, sarà eseguita presso queste strutture. L'attività di OTI verrà mantenuta per l'attività in urgenza. Tutto il personale medico ed infermieristico delle due strutture sarà individuato come dedicato alla attività COVID-19, secondo turni e mansioni che verranno definiti dai Direttori e dai RAD dei Dipartimenti Ospedalieri. Il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fidenza manterrà esclusivamente funzioni di presa in carico di patologie minori che necessitino di trattamento ambulatoriale o breve osservazione con il minimo supporto di consulenze specialistiche. Il PPI dell'Ospedale di Borgo Val di Taro non è attivo in questa fase. Il Presidio Ospedaliero è organizzato per intensità di cura per la gestione di pazienti COVID-19. Presso l'Ospedale di Fidenza sono garantiti posti letto ospedalieri ad Alta e Media intensità e posti letto territoriali a Bassa intensità e Cure Palliative (Corpo M). Presso l'Ospedale di Borgotaro sono garantiti posti letto ospedalieri e territoriali a Bassa Intensità. POSTI LETTO COVID-19 PRESIDIO OSPEDALIERO AZIENDALE AUSL PARMA: Ospedale di Fidenza : 308 Ospedale di Borgo Val di Taro 98 Totale Presidio Ospedaliero Ausl Parma 406</p> <p>Punto Nascita: Le attività del punto nascita e di ginecologia dell'Ospedale di Fidenza sono temporaneamente ricollocate presso l'AOU di Parma. Rete cardiologica: Le attività della U.O. Cardiologia dell'Ospedale di Fidenza (degenza ordinaria e UTIC) sono temporaneamente sospese a far tempo dalla ridefinizione delle attività di Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fidenza. Le urgenze cardiologiche afferiranno all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Rete neurologica Le attività della U.O. Neurologia dell'Ospedale di Fidenza sono temporaneamente sospese a far tempo dalla ridefinizione delle attività di Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fidenza. Le urgenze neurologiche (in particolare percorso stroke) afferiranno all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Area chirurgica Sono temporaneamente sospese le attività chirurgiche, in elezione e in urgenza, presso gli Ospedali di Fidenza e Borgo Val di Taro. Tutte le urgenze chirurgiche (Chirurgia Generale, Traumatologia) afferiranno all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, rispettivamente U.O. Chirurgia d'Urgenza e U.O. Clinica Ortopedica. La patologia oncologica e quella improcrastinabile afferirà alle liste d'attesa dei Dipartimenti Chirurgico Generale e Specialistico, Cardio-toraco-vascolare e Testa-Collo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Area gastroenterologica Tutte le urgenze di endoscopia digestiva saranno trasferite presso Azienda Ospedaliera Universitaria previa interfaccia diretta tra il medico richiedente e il gastroenterologo reperibile. Area pediatrica Tutte le attività pediatriche e neonatologiche saranno trasferite presso AOU di Parma come da convenzione in essere. Non ci sarà gestione di patologie pediatriche presso né presso il Pronto Soccorso di Fidenza né presso il PPIO di Borgotaro.</p>			
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	3.1.1.7	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>3.2</b>	<b>Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale</b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza</b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

La definizione dei nuovi dipartimenti unici di P. O. che hanno iniziato a perseguire con impegno e determinazione, gli obiettivi di riorganizzazione ed adeguamento ai nuovi standard ospedalieri, contenuti nel D.M. 2 aprile 2015, n. 70 secondo le linee guida regionali, vede una ulteriore implementazione con la costituzione del nuovo Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza, che necessariamente dovrà prevedere un riassetto complessivo dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero Aziendale.

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

<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>3.2.1.1</b>	<b>Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza - Area della produzione</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Applicare i piani operativi per la gestione dei picchi di flusso nei PS (DGR 1827/17). Migliorare la rilevazione dei dati di attività e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico organizzative con particolare riferimento alla gestione patologie rilevanti. Dovranno essere predisposti in collaborazione con i servizi territoriali, percorsi alternativi che consentano la presa in carico di pazienti con condizioni di fragilità sanitaria o sociale (DGR 919/18 pag. 71 di 106)	Sono stati applicati i piani operativi per la gestione dei picchi di flusso nei PS mediante l'applicazione dell'algoritmo Nedocs alla procedura informatica. Nel 1° semestre 2020, a causa dell'emergenza Covid 19, non sono stati effettuati audit su tematiche organizzative e non sono stati predisposti percorsi alternativi per la presa in carico di pazienti con condizioni di fragilità.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.1</b>	<b>Riordino dell'assistenza Ospedaliera</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 1827/17</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>Perf. inter</b>
Applicazione Piano 2019 - 2020 per l'iperafflusso	evidenza documentale	Si/No		Si	Si	
Rilevazione algoritmo NEDOCS	specifico flusso di riferimento	% >=		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>3.2.1.2</b>	<b>Applicazione del ciclo di verifica dei risultati</b>
------------------	----------------	---

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

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.3		Area dell'Organizzazione			
Obiettivo		3.2.1.2		Applicazione del ciclo di verifica dei risultati									
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale nell'ottica del miglioramento continuo e nell'impegno verso il raggiungimento di standard di qualità di particolare rilievo. Nel 2020 dovrà essere data evidenza del Piano delle Attività e di miglioramento del Dipartimento in coerenza agli obiettivi assegnati e agli esiti del processo di autovalutazione attraverso l'analisi degli indicatori monitorati; al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento, così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.				I percorsi di consolidamento di programmazione e controllo e le azioni di miglioramento delle procedure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.									
Obiettivi Performance		2.3.4		Soddisfaccimento degli obblighi di accreditamento istituzionale		Riferimento Normativo							
Indicatore						Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento						Atti del Dipartimento		Sì/No	Sì	Sì	No		

Dimensione Performance		3		Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo		Area Performance		3.2		Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo		3.2.1.3		Emergenza ospedaliera - Dipartimento Interaziendale di Emergenza urgenza - Promozione interventi formativi									
Descrizione				Rendicontazione									
Progetto formativo "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" rivolta in particolare ai professionisti dell'emergenza urgenza e delle UU.OO. coinvolte nel percorso di accoglienza e presa in carico di pazienti oggetto di violenza sessuale e di genere in collaborazione con l'AUSL di Piacenza quale assegnataria del finanziamento regionale in qualità di capofila AVEN Emilia Nord				Vari professionisti di diverse specialità della sede ospedaliera di Fidenza hanno aderito al progetto formativo "Accoglienza ed assistenza delle donne vittime di violenza di genere". Il Coordinatore del progetto a livello di Presidio Ospedaliero è il dr. Roberto Fiorini.									
Obiettivi Performance		3.2.1		Valorizzazione del capitale umano		Riferimento Normativo		DGR 1890/17					

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.3</b>	<b>Emergenza ospedaliera - Dipartimento Interaziendale di Emergenza urgenza - Promozione interventi formativi</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>Perf. inter</b>
Formazione personale PS, 118, ginecologi, pediatri			Direzione di Presidio	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.4</b>	<b>Emergenza Ospedaliera</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Migliorare l'accesso ai servizi in EU e in particolare il buon funzionamento delle strutture di PS. Applicare le direttive del Piano per il miglioramento dell'Accesso in EU, migliorando i tempi di permanenza			E' stata effettuata, prima dell'emergenza Covid 19, la rilevazione dei tempi di permanenza degli utenti nelle strutture di PS che risultano rientrare nei parametri individuati dalla RER.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.3)				
<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>Perf. inter</b>
% Accessi con permanenza < 6h + 1 per PS generali e PPI ospedalieri con > 45.000 accessi			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		
% Raggiungimento obiettivi del Piano di Miglioramento			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

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>3.2.1.5</b>	<b>Sicurezza delle Cure</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Formazione degli operatori in tema di Sicurezza delle Cure e segnalazione degli eventi mediante Incident Reporting			I percorsi di formazione degli operatori in tema di sicurezza delle cure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	L. 24/2017				

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>3.2.1.5</b>	<b>Sicurezza delle Cure</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>Perf. inter</b>
Incontri di formazione operatori afferenti al P.S. e al Servizio di Emergenza Territoriale			Direzione di Presidio	Numero >=		4,00		

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>3.2.1.6</b>	<b>Linee di indirizzo alle Aziende per la Gestione del Rischio Infettivo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Adesione alle attività di Governo del rischio infettivo da parte dei referenti medici individuati			Sono stati individuati in ogni Unità Operativa afferente ai Dipartimenti ospedalieri del Presidio aziendale dei referenti di area medica e di area comparto per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sia per la rete del Rischio Clinico che per quella del Rischio Infettivo.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 318/2013				
<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>Perf. inter</b>
Indice di partecipazione maggiore del 90%			Atti del Dipartimento	% >=				

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.7</b>	<b>Tutela della Salute e Sicurezza dei Lavoratori</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Condividere il processo di segnalazione delle aggressioni con scheda regionale e dare piena attuazione alla procedura di prevenzione			In fase pre Covid 19 è stato condiviso con gli operatori di area medica e di area comparto il processo di segnalazione delle aggressioni mediante la compilazione della scheda regionale.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2339/2019				
<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>Perf. inter</b>
Numero schede compilate inviate al SPPA			Atti del Dipartimento	Numero >=				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			Vedi punto 3.1.1.7					
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si		

<b>Settore</b>	<b>3.2.2</b>	<b>Obiettivi del Dipartimento Medico</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>I dipartimenti unici di P. O. perseguono, con impegno e determinazione, gli obiettivi di riorganizzazione ed adeguamento ai nuovi standard ospedalieri, contenuti nel D.M. 2 aprile 2015, n. 70 secondo le linee guida regionali.</p> <p>Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alla Politica del Farmaco a cui si dovranno attenere tutti i Dipartimenti, si rimanda allo specifico capitolo del Piano Azioni</p>		

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>3.2.2.1</b>	<b>Dipartimento Medico -Percorso di gestione informatizzata della documentazione sanitaria</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Progettazione e avvio dell'utilizzo della cartella medica informatizzata e del diario clinico integrato.			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività del gruppo di lavoro individuato per la progettazione e l'avvio dell'utilizzo della cartella medica informatizzata è slittata al 2° semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<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>Perf. inter</b>
Progettazione della cartella medica informatizzata			Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No	Si	Si	No	
Avvio utilizzo cartella medica informatizzata			Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.2.2</b>	<b>Applicazione del ciclo di verifica dei risultati</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale nell'ottica del miglioramento continuo e nell'impegno verso il raggiungimento di standard di qualità di particolare rilievo. Nel 2020 dovrà essere data evidenza del Piano delle Attività e di miglioramento del Dipartimento in coerenza agli obiettivi assegnati e agli esiti del processo di autovalutazione attraverso l'analisi degli indicatori monitorati; al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.</p>			<p>I percorsi di consolidamento di programmazione e controllo e le azioni di miglioramento delle procedure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.</p>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.2.2</b>	<b>Applicazione del ciclo di verifica dei risultati</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>Perf. inter</b>
Schede verifica e progetti			Atti del Dipartimento	Si/No				
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento			Atti del Dipartimento	Si/No	Si		No	

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>3.2.2.3</b>	<b>Dipartimento Medico - Percorsi di somministrazione sicura</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo costante del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia			E' proseguito l'utilizzo del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia in tutte le Unità Operative delle sedi ospedaliere aziendali.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<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>Perf. inter</b>
Evidenza di utilizzo costante in tutte le U.O. di degenza			Direzione Dipartimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.2.4</b>	<b>Dipartimento Medico - Governo dei tempi di attesa</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica a rilevazione regionale			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività ambulatoriale è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività ambulatoriale programmata.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 603/2019				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	3.2.2.4	Dipartimento Medico - Governo dei tempi di attesa						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Indice di performance prestazioni programmabili - Ospedale di Fidenza			portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%		
Indice di Performance prestazioni programmabili - Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro			portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%		
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili Ospedale di Fidenza			portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%		
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro			portale MAPS	% >=	86,00%	90,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti			
Obiettivo	3.2.2.5	Dipartimento Medico - Volumi ed esiti						
Descrizione			Rendicontazione					
Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali. (DGR 919/18 pag. 70 di 106) In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatazza			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività ambulatoriale è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività ambulatoriale programmata.					
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 919/18 - DGR 977/19				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	3.2.2.5	Dipartimento Medico - Volumi ed esiti							
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
% di casi di stroke con centralizzazione primaria			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%			
% transiti in stroke unit			specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%			
% trombolisi e.v.			specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%			
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000			specifico flusso di riferimento	Numero <=		27,10			
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000			specifico flusso di riferimento	Numero <=		59,10			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.2.6	Sicurezza delle Cure - Rischio Clinico							
Descrizione			Rendicontazione						
Formazione degli operatori in tema di sicurezza delle cure. Segnalazione degli eventi mediante Incident Reporting			I percorsi di formazione degli operatori in tema di sicurezza delle cure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	L.24/2017					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Incontri di formazione del personale			in atti alla direzione sanitaria	Numero >=		4,00			

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>3.2.2.7</b>	<b>Linee di indirizzo alle Aziende per la Gestione del Rischio Infettivo</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Adesione alle attività di Governo del rischio infettivo da parte dei referenti medici individuati			Sono stati individuati in ogni Unità Operativa afferente ai Dipartimenti ospedalieri del Presidio aziendale dei referenti di area medica e di area comparto per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sia per la rete del Rischio Clinico che per quella del Rischio Infettivo.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 318/2013					
<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>Perf. inter</b>	
Indice di partecipazione			Atti del Dipartimento	% >=		90,00%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.2.8</b>	<b>Tutela della Salute e Sicurezza dei Lavoratori</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Condividere il processo di segnalazione delle aggressioni con scheda regionale e dare piena attuazione alla procedura di prevenzione			I percorsi di formazione degli operatori in tema di sicurezza delle cure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2339/2019					
<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>Perf. inter</b>	
Numero di schede di segnalazione inviate al SPPA			Atti del Dipartimento	Numero >=					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.2.9</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>3.2.2.9</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			Vedi punto 3.1.1.7					
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì		

<b>Settore</b>	<b>3.2.3</b>	<b>Obiettivi del Dipartimento Chirurgico</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>I dipartimenti unici di P. O. perseguono, con impegno e determinazione, gli obiettivi di riorganizzazione ed adeguamento ai nuovi standard ospedalieri, contenuti nel D.M. 2 aprile 2015, n. 70 secondo le linee guida regionali.</p> <p>Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alla Politica del Farmaco a cui si dovranno attenere tutti i Dipartimenti, si rimanda allo specifico capitolo del Piano Azioni</p>		

<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>3.2.3.1</b>	<b>Dipartimento Chirurgico -Percorso di gestione informatizzata della documentazione sanitaria</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Progettazione e avvio dell'utilizzo della cartella medica informatizzata e del diario clinico integrato.			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività del gruppo di lavoro individuato per la progettazione e l'avvio dell'utilizzo della cartella medica informatizzata è slittata al 2° semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<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>Perf. inter</b>
Progettazione della cartella medica informatizzata			Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No	Si	Si	No	
Avvio utilizzo della cartella medica informatizzata			Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No		Si		

<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>3.2.3.2</b>	<b>Dipartimento Chirurgico</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Rispetto dei tempi di attesa delle classi di priorità individuate			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata.				
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 272/2017 e DGR 603/2019			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.2.3.2	Dipartimento Chirurgico							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Almeno nel 90% dei pazienti in lista				Direzione di Presidio Ospedaliero	% >=				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	3.2.3.3	Applicazione del ciclo di verifica dei risultati							
Descrizione			Rendicontazione						
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale nell'ottica del miglioramento continuo e nell'impegno verso il raggiungimento di standard di qualità di particolare rilievo. Nel 2020 dovrà essere data evidenza del Piano delle Attività e di miglioramento del Dipartimento in coerenza agli obiettivi assegnati e agli esiti del processo di autovalutazione attraverso l'analisi degli indicatori monitorati; al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.			I percorsi di consolidamento di programmazione e controllo e le azioni di miglioramento delle procedure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Scheda verifica e progetti				Atti del Dipartimento	Sì/No				
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento				Atti del Dipartimento	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	3.2.3.4	Dipartimento Chirurgico - Percorso di somministrazione sicura							
Descrizione			Rendicontazione						

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>3.2.3.4</b>	<b>Dipartimento Chirurgico - Percorso di somministrazione sicura</b>							
Utilizzo costante del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia			E' proseguito l'utilizzo del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia in tutte le Unità Operative delle sedi ospedaliere aziendali.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
<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>Perf. inter</b>
Evidenza di utilizzo costante in tutte le U.O. di degenza				Direzione Dipartimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.5</b>	<b>Dipartimento chirurgico - Riorganizzazione dei percorsi chirurgici</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
In entrambi gli stabilimenti ospedalieri, dovranno essere validati ed applicati: - un progetto di riorganizzazione delle attività di sala operatoria - un progetto di di riorganizzazione degli ambulatori di prericovero (Miglioramento della Qualità)			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività dei gruppi di lavori per l'elaborazione dei due progetti sono slittati al 2° semestre.						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DGR 919/18 - DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale				Direzione di Presidio	Si/No		Si	No	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.6</b>	<b>Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire l'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto, e riducendo il ricorso al taglio cesareo. Azioni messe in atto per garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascite a seguito del superamento dei punti nascita.			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività di assistenza al parto è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è possibile. Con il graduale riavvio dell'attività di assistenza al parto il perseguimento degli obiettivi indicati è slittata al 2° semestre.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.6</b>	<b>Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
		Percentuale di tagli cesarei primari SPOKE	CEDAP	% <=		15,00%		
		Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio del 2018 spoke con numero parti >=1.000 )	CEDAP	% <=		9,00%		
		Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB (valore medio del 2018)	CEDAP	% <=		7,00%		
		% di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN.	CEDAP	% <=		8,00%		
		Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.7</b>	<b>Pre-ricovero centralizzato</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>	E' stato realizzato e presentato nel Comitato del Dipartimento Chirurgico ed ha iniziato ad essere operativo prima dell'emergenza Covid 19.				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<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>Perf. inter</b>
		Evidenza documentale	in atti alla direzione di presidio	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.8</b>	<b>Piano Regionale gestione delle liste di attesa</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Adozione del modulo informatizzato per l'inserimento in lista d'attesa dei pazienti chirurgici e programmazione informatizzata delle liste operatorie			E' stato predisposto il modulo informatizzato, ma non è ancora stato messo in uso a causa dell'emergenza Covid 19.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 272/2017 e DGR 603/2019				
<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>Perf. inter</b>
Realizzazione modulistica			Direzione di Presidio	Si/No				
Lista operatoria informatizzata			Direzione di Presidio	Si/No				

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>3.2.3.9</b>	<b>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 -				
<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>Perf. inter</b>
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inapproprietezza relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (rispetto al 2018)			specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.10</b>	<b>Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2020 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% Donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche			rilevazione IVG	% <=		25,00%		
% IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti			rilevazione IVG	% >=		34,00%		

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>3.2.3.11</b>	<b>Sicurezza delle Cure - Rischio Clinico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Formazione degli operatori in tema di sicurezza delle cure e segnalazione degli eventi mediante incident reporting			I percorsi di formazione degli operatori in tema di sicurezza delle cure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	L.24/2017				
<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>Perf. inter</b>
Incontri di formazione degli operatori			Atti del Dipartimento	Numero >=		4,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.12</b>	<b>Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.12</b>	<b>Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>						
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.1)				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per i tumori selezionati (entro 30 gg)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per le protesi d'anca (entro 180gg)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi SDO Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio(entro la classe di priorità segnalata)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.13</b>	<b>Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 Indice di completezza			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e di conseguenza tutti gli obiettivi ad essa collegata. Nel piano di riavvio saranno contemplati gli obiettivi di valutazione e gestione della DGR 272/2017 con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.1)				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Indice di completezza			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione nr. Obiettivi raggiunti			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.14</b>	<b>Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.1)				
<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>Perf. inter</b>
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA per gli interventi monitorati ( entro la classe di priorità segnalata)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe priorità A ( entro 30 gg)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.15</b>	<b>Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Casi cancellati o ricoverati			Il dato di questo obiettivo non è rilevabile a livello semestrale, ma verrà rilevato annualmente.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.1)				
<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>Perf. inter</b>
Casi cancellati o ricoverati nel corso del 2018-2019, con data di prenotazione antecedente il 31/12/2017/totale casi in lista al 31/12/2017			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

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>3.2.3.16</b>	<b>Linee di indirizzo alle Aziende per la Gestione del Rischio Infettivo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Adesione alle attività di Governo del Rischio infettivo da parte dei referenti medici individuati ed incremento dell'utilizzo di check list di sala operatoria			A causa dell'emergenza Covid 19 l'adesione alle attività di governo del rischio infettivo sono slittate al 2° semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 318/2013				
<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>Perf. inter</b>
Indice di partecipazione			Atti del Dipartimento	% >=		90,00%		
Utilizzo della scheda SOS Net su procedure AHRQ4			Atti del Dipartimento	% >=		90,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.17</b>	<b>Tutela della Salute e Sicurezza dei Lavoratori</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Condividere il processo di segnalazione delle aggressioni con scheda regionale e dare piena attuazione alla procedura di prevenzione			I percorsi di formazione degli operatori in tema di sicurezza delle cure nei Dipartimenti ospedalieri non si sono avviate nel corso del 1° semestre a causa dell'emergenza Covid 19. L'attività verrà programmata nel corso del 2° semestre 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2339/2019				
<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>Perf. inter</b>
Numero schede di segnalazione inviate al SPPA			Atti del Dipartimento	Numero >=				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.18</b>	<b>Volumi-esiti Dipartimento Chirurgico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.18</b>	<b>Volumi-esiti Dipartimento Chirurgico</b>						
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate avviando in conformità alla DGR 2329/16, programmi di progressiva adesione agli std qualitativi individuati dal DM 70/15 e dalla DGR 2040/15			A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.7)				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Fidenza/anno			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Borgotaro/anno			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3gg.			specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale di Fidenza			specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale Santa Maria di Borgotaro			specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore - Rilevazione provinciale			specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.3.19</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>3.2.3.19</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			Vedi punto 3.1.1.7					
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì		

<b>Settore</b>	<b>3.2.4</b>	<b>Obiettivi dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel 2020 dovrà essere ridefinito l'assetto organizzativo per il coordinamento degli interventi attuativi del progetto Ospedale e territorio senza dolore.		

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>3.2.4.1</b>	<b>Reti di rilievo regionale : Rete per la terapia del dolore</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Rete per la Terapia del dolore: coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore"	Da tempo sono in atto nelle due sedi ospedaliere le modalità operative idonee per avere un Ospedale senza dolore mediante la rilevazione della scala del dolore con la compilazione di idonea modulistica presente nelle cartelle cliniche di tutte le Unità Operative ospedaliere, la cui rilevazione è tracciata anche nella Sdo. L'attività prevista nell'obiettivo è slittata nel 2° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19. I dati sono rilevabili con valenza annuale.

<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR977/19 (3.2.2.5)
------------------------------	-------	---	------------------------------	---------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero. (fonte: nuova SDO campo B025)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		

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

<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.4.2</b>	<b>Reti di rilievo regionale : Rete per le patologie tempo-dipendenti</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	L'attività prevista dagli indicatori di volume ed esito sulle patologie tempo - dipendenti è slittata al 2° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19.

<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.2.7)
------------------------------	-------	---	------------------------------	----------------------

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.4.2</b>	<b>Reti di rilievo regionale : Rete per le patologie tempo-dipendenti</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>Perf. inter</b>
% di casi di stroke con centralizzazione primaria			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		
% transiti in stroke unit			specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
% trombolisi e.v.			specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.4.3</b>	<b>Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Proseguire nella diffusione della cultura "donativa", nell'ottica di un sempre crescente miglioramento nell'attività di donazione di organi e tessuti			L'attività di donazione di organi e tessuti è stata interrotta nel 1° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19. Gli obiettivi previsti slitteranno nel 2° semestre 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.6)				
<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>Perf. inter</b>
Numero di donazioni di cornee da prelevare nell'anno 2020 rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente			specifico flusso di riferimento	% >=		18,00%		
Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		
Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito dalla DGR665/2017			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.4.4</b>	<b>Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatazza			L'attuazione degli standard previsti è stata interrotta nel 1° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19. Gli obiettivi previsti slitteranno nel 2° semestre 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.1)				
<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>Perf. inter</b>
DRG potenzialmente inappropriati/appropriati. LEA)		(griglia)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,19		
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatazza relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (< anno 2018)			specifico flusso di riferimento	Numero <=				
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000			INSIDER	Numero <=		59,10		
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000			INSIDER	Numero <=		27,10		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.4.5</b>	<b>Procreazione Medicalmente Assistita</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire l'applicazione delle DGR 927/2013 e 1487/2014 monitorando il tempo di attesa per accedere alla PMA .			L'applicazione degli standard previsti è stata interrotta nel 1° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19. Gli obiettivi slitteranno nel 2° semestre 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.7.4)				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.4.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			Vedi punto 3.1.1.7					
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si		

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>3.3</b>	<b><u>L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>3.3.1</b>	<b><u>Obiettivi generali</u></b>
----------------	--------------	----------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'accordo di fornitura per l'anno 2020 dovrà razionalizzare i rapporti di collaborazione, sia nei sistemi di rete hub / spoke, sia nell'erogazione coordinata delle funzioni di base, per il bacino d'utenza provinciale. L'accordo disciplina le principali linee di relazione istituzionale e tecnica tra le due aziende sanitarie pubbliche della provincia di Parma, oltre che la fornitura di prestazioni e servizi sanitari da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in favore dei cittadini residenti nell'ambito provinciale di competenza dell'Azienda USL di Parma, o comunque in carico assistenziale alla stessa, e con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. In aderenza alla specifica previsione programmatica regionale, obiettivi prioritari sono :

- riconversione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero, in altre forme di degenza ovvero in altre forme di assistenza secondo il principio dell'appropriatezza organizzativa,
- la rimodulazione delle piattaforme tecnico-assistenziali, anche attraverso lo sviluppo di modalità assistenziali per intensità di cura,
- l'attuazione della normativa regionale in materia di rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri programmati con riferimento agli obiettivi declinati nella DGR 272/2017 ed ai contenuti della DGR n. 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" e del Piano Provinciale per il governo delle liste di attesa ,
- la gestione delle attività di lungodegenza post acuzie/riabilitazione estensiva finalizzata al conseguimento delle condizioni di maggiore appropriatezza organizzativa dei ricoveri e di maggiore continuità assistenziale per i pazienti,
- il consolidamento di percorsi assistenziali finalizzati a garantire celere risposta assistenziale di degenza per pazienti provenienti da Pronto Soccorso.

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

Il miglioramento dei tempi d'attesa per i ricoveri programmati, pur essendo posto come obiettivo complessivo di sistema provinciale, dovrà vedere un impegno prioritario dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, che si avvale anche della collaborazione strutturata degli ospedali privati accreditati, ai quali è stato correttamente attribuito un ruolo complementare sui tre ambiti dell'accesso al ricovero in urgenza (Cruscotto), dell'erogazione di prestazioni di ricovero ad alta domanda (interventi chirurgici con liste d'attesa critiche) e nell'ambito della post acuzie.

Obiettivo	3.3.1.1	Percorsi Giudiziari
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>	
Attraverso la rete dei referenti per la formazione, il Dipartimento progetterà e realizzerà percorsi ed esperienze formative coerenti con i traccianti individuati a livello aziendale e con le esigenze formative dei servizi e degli operatori. Nell'anno 2020 verrà posta particolare attenzione al trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo, attraverso la valutazione dell'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione. Partecipazione alle attività di Parma 2020.		

Obiettivo		3.3.1.1 Percorsi Giudiziari							
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
num di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/num residenti ammessi nelle REMS				specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	3.3.1.2 Accordo contrattuale di fornitura per l'anno 2020								
Descrizione			Rendicontazione						
Aggiornamento,condivisione e ratifica congiunta dell'Accordo contrattuale di fornitura per il 2020, con la conferma degli impegni di programmazione integrata. L'accordo contrattuale di fornitura dovrà recepire le indicazioni contenute nella nuova delibera di programmazione che sarà emanata nel corso del 2020 .			Nel Bilancio Preventivo per l'anno in corso è stata inserita una tabella economica che rispecchia gli stessi valori economici preventivati per il 2019 .						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DM 2.4.2015, n. 70; DGR 2040 del 10.12.2015; DGR 977 del 18/06/2019; DGR 272/2017 ; DGR 1056/2015; DGR 603/2019					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Evidenze documentali.			Direzione Generale	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.3 Gestione e monitoraggio interaziendale del Cruscotto provinciale per i ricoveri in acuzie								
Descrizione			Rendicontazione						
Gestione integrata delle disponibilità di ricoveri diretti presso gli Ospedali Privati Accreditati, dal Pronto Soccorso dell'AOUPR, nell'ambito del "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, a cura delle Direzioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Usl. Gli Ospedali Privati Accreditati coinvolti sono quelli dotati di reparti di Medicina Interna (Città di Parma, Hospital Piccole Figlie e Val Parma Hospital.			E' stato mantenuto attivo il cruscotto provinciale per i ricoveri in acuzie. Si segnala che nel periodo dell'emergenza sanitaria sono stati fatti ulteriori accordi per i ricoveri di pazienti COVID presso la Casa di Cura Città di Parma, Casa di Cura Piccole Figlie e Val Parma Hospital .						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.3</b>	<b>Gestione e monitoraggio interaziendale del Cruscotto provinciale per i ricoveri in acuzie</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1003 del 28/6/2016-Allegato B-punto 3.2				
<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>Perf. inter</b>
Report direzioni sanitarie			Direzioni sanitarie	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.4</b>	<b>Destinazione di posti letto di lungodegenza post - acuzie del privato accreditato ai bed blockers dell'Azienda Ospedaliera di Parma</b>						
<b>Descrizione</b>	Negoziazione di posti letto di lungodegenza post acuzie del privato accreditato da riservare alla soluzione del problema dei bed blockers nell'Azienda Ospedaliera di Parma		<b>Rendicontazione</b>	I posti letto di lungodegenza post acuzie del privato accreditato sono messi a disposizione per i bed blockers dell'Azienda Ospedaliera Univeritaria di Parma .				
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1003 del 28/6/2016-Allegato B-punto 3.2				
<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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali			Direzione Sanitaria	Sì/No		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>3.3.1.5</b>	<b>Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale</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			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.5</b>	<b>Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale</b>						
<p>Collaborazione con l'UO di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e con le associazioni del Volontariato del Sangue, per le attività di committenza del Sistema Sangue Provinciale, attraverso gli organismi collegiali provinciali di coordinamento (COBUS Interaziendale e Consulta Sangue Provinciale). Effettuazione dei controlli campionari di merito sulle cartelle cliniche, con riferimento alle rendicontazioni periodiche relative alla gestione delle emoteche collocate negli ospedali a gestione diretta dell'AUSL di Parma, in attesa dell'implementazione del software SISTRA regionale.</p>			<p>E' stato rinnovato il gruppo di lavoro per la revisione della procedura aziendale sulla Trasfusione Sangue ed Emocomponenti con il supporto e collaborazione della U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.</p> <p>I controlli campionari in merito alle cartelle cliniche sono stati sospesi nel periodo pandemico.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DM Salute 02/11/2015 pubblicato su GU n.69 28/12/2015. 28/6/2016, Allegato B, punto 3.3.		DGR 1003 del		
<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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali			Servizio Trasfusionale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Nel periodo dell'emergenza sanitaria in cui gli ospedali aziendali sono stati trasformati in COVID Hospital, tutti i ricoveri chirurgici e internistici di qualsiasi branca Da quando gli ospedali</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	3.3.1.6	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>3.4</b>	<b>Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>3.4.1</b>	<b>Obiettivi generali</b>
----------------	--------------	---------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Si conferma, anche per il 2020, quale ambito strategico di integrazione, il bacino d'utenza della provincia di Parma. Le collaborazioni strutturate "interaziendali", tra le due Aziende Sanitarie, Ospedaliera e Territoriale, sono state implementate, soprattutto allo scopo di aumentare il loro potenziale di risposta alle esigenze sanitarie della popolazione residente. La dimensione interaziendale di integrazione rappresenta un cambiamento culturale ineludibile, pur prendendo atto delle difficoltà riscontrate a dare concretezza ai progetti comuni, a diversi gradi di realizzazione. La semplificazione dei processi di collaborazione e lo snellimento dei rapporti, può essere la soluzione per omogeneizzare metodi e percorsi, di contiguità e continuità, nei servizi e nelle prestazioni, nell'interesse degli utenti. Lo sviluppo delle collaborazioni è stato evidenziato nel documento "Indirizzi di programmazione per lo sviluppo del Sistema Sanitario e Socio- Sanitario Provinciale" approvato dalla CTSS nella seduta dell'11/12/2019, a costruire un sistema sanitario provinciale effettivamente integrato, capace di dare risposte qualitativamente e quantitativamente adeguate ai bisogni, pur nella necessità di mantenere invariati gli oneri economici.

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

<b>Obiettivo</b>	<b>3.4.1.1</b>	<b>Coordinamento interaziendale delle attività sanitarie dell'AUSL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>	Le Direzioni Generali di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e di AUSL hanno istituito il Coordinamento interaziendale delle attività sanitarie assegnandone le funzioni ai Direttori Sanitari delle due Aziende ; AUSL ha formalizzato l'istituzione con deliberazione n. 948 del 20/11/2018. L'attività del gruppo di coordinamento dovrà prioritariamente perseguire gli obiettivi di rivalutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) interaziendali in essere e implementare i nuovi percorsi e rimodulare a livello provinciale l'offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e delle attività chirurgiche programmate.		<b>Rendicontazione</b>	Il processo di integrazione tra le due direzioni è stato completamente assorbito nell'Unità di Crisi con l'organizzazione di tutte le attività sanitarie necessarie per fronteggiare la pandemia.		
--------------------	---	--	------------------------	---	--	--

<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15. DGR 1003/2016 - Allegato B - punto 2.7		
------------------------------	-------	---	------------------------------	--	--	--

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>3.4.1.2</b>	<b>Completamento della revisione di PDTA interaziendali in essere</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Completamento delle revisioni dei seguenti PDTA interaziendali da parte dei relativi Gruppi di Lavoro Interaziendali Multidisciplinari : -SLA -Sclerosi Multipla - Insufficienza Renale Cronica			A causa della pandemia tutte le attività sanitarie ed organizzative si sono concentrate sulla gestione dell'emergenza e pertanto non si è proceduto nel completamento delle revisioni dei PDTA interaziendali. I lavori di revisione sono stati posticipati nel secondo semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali completamento revisione PDTA sulla SLA			Direzione Aziendale	Si/No		Si		
Evidenze documentali completamento revisione PDTA sulla SM			Direzione Aziendale	Si/No		Si		
Evidenze documentali completamento revisione PDTA sulla Insufficienza Renale Cronica			Direzione Aziendale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>3.4.1.3</b>	<b>Completamento di nuovi PDTA Interaziendali</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Completamento dei seguenti PDTA interaziendali da parte dei relativi Gruppi di Lavoro Interaziendali Multidisciplinari : - Demenze - Trapianto di Rene - Dolore Toracico - Piede Diabetico			A causa della pandemia tutte le attività sanitarie ed organizzative si sono concentrate sulla gestione dell'emergenza e pertanto non si è proceduto nel completamento dei PDTA interaziendali. I lavori sono stati posticipati nel secondo semestre.				
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>3.4.1.3</b>	<b>Completamento di nuovi PDTA Interaziendali</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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali completamento del PDTA sulle Demenze			Direzione Aziendale	Si/No		Si		
Evidenze documentali completamento del PDTA sul trapianto di Rene			Direzione Aziendale	Si/No		Si		
Evidenze documentali completamento del PDTA sul Dolore Toracico			Direzione Aziendale	Si/No		Si		
Evidenze documentali completamento del PDTA sul Piede Diabetico			Direzione Aziendale	Si/No		Si		

Obiettivo	3.4.1.4	<b>Percorsi integrati tra Servizi Territoriali/Ospedalieri e Case Residenza Anziani : Consolidamento dell'Unità Mobile</b>					
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>					
All'interno dei progetti interaziendali sulla fragilità, nel dicembre 2018 ha preso avvio il progetto "Unità mobile multidisciplinare per il malato fragile polipatologico -UMM" che ha visto il coinvolgimento inizialmente di due strutture protette, una afferente al Distretto di Parma ( CRA "I Tigli" ) e una al Distretto Sud Est ( la CRA di Collecchio) a cui si sono aggiunte, alla fine del 2019, due ulteriori 2 CRA del Distretto Sud Est , (Langhirano e Felino) oltre ai pazienti dimessi dall'U.O. di Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Obiettivo per l'anno 2020 è il consolidamento delle azioni, percorsi e modalità di relazioni tra Enti e Professionisti utili a garantire la migliore risposta assistenziale ai bisogni di anziani fragili istituzionalizzati con benefici anche sull'operatività delle organizzazioni coinvolte con implementazione dell' attività di consulenza specialistica nelle CRA da parte dell'Unità Mobile costituita da professionisti dell'U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in un'ottica di miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali a favore del paziente fragile polipatologico istituzionalizzato, e di riduzione del tasso di ospedalizzazione attraverso l'erogazione di attività di consulenza specialistica.	Attivate nelle CRA tutte le azioni, percorsi e modalità per garantire la migliore risposta assistenziale agli anziani fragili istituzionalizzati. Nel corso dell'emergenza COVID a partire dal mese di marzo, sono state incrementate le UMM ed integrate nella loro composizione con infettivologi e pneumologi per effettuare interventi in caso di gocolai o casi sospetti COVID, presso tutte le strutture residenziali per anziani e disabili, pubbliche e private della rprovincia . Le UMM sono state coordinate da una centrale COVID ed hanno effettuato interventi diagnostici e prescrizioni terapeutiche ottimizzando così il ricorso ai ricoveri ospedalieri.						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>				

Obiettivo 3.4.1.4 Percorsi integrati tra Servizi Territoriali/Ospedalieri e Case Residenza Anziani : Consolidamento dell'Unità Mobile						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenze documentali (Repoert UOC U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)	Direzione Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Obiettivo incentivante (dirigenza) 3.4.1.5 Consolidamento della Rete Infettivologica Assistenziale Integrata e definizione del percorso OPAT (Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy)						
Descrizione	Rendicontazione					
Nel 2019 ha preso avvio tutta l'attività della rete infettivologica provinciale che si andrà a consolidare nel corso del 2020 e la cui attività sarà implementata con la definizione del percorso OPAT (Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy)	La rete infettivologica integrata ha continuato a svolgere nel rpimo semestre la propria attività istituzionale sia per quanto riguarda i pazienti affetti da AIDS , pazienti afferenti allo spazio immigrati, pazienti del carcere e consulenza sul corretto uso degli antibiotici. Il progetto OPAT è stato concluso da parte del gruppo di lavoro ma non ancora formalizzato.					
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		

Obiettivo 3.4.1.6 Punto Unico di Dimissione (PUD)						
Descrizione	Rendicontazione					

Obiettivo						
3.4.1.6	Punto Unico di Dimissione (PUD)					
<p>Consolidamento dell'integrazione nel percorso di dimissioni difficili dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma gestite dal Punto Unico di Dimissione (PUD) (presso Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) finalizzato a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sistematizzare e strutturare percorsi interni all'AOU per gestire le dimissioni dai reparti ospedalieri in modo appropriato, sicuro e tempestivo;</li> <li>- intercettare precocemente i bisogni legati al ritorno a domicilio dei singoli pazienti;</li> <li>- garantire la continuità dell'assistenza all'interno di percorsi aziendali e interistituzionali.</li> </ul>			<p>Consolidata l'attività dei PUD di Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e attivati i PUA presso tutti i distretti . L'attività si è intensificata durante il periodo di particolare numerosità di ricoveri dei pazienti COVID sia per il trasferimento presso altre strutture ospedaliere della provincia sia per dimissioni presso COVID Hotel , strutture di cure intermedie e domicilio.</p>			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo			
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Attivazione PUA presso ogni distretto	in atti alla direzione dei distretti	Si/No		Si		

Obiettivo						
3.4.1.7	Consolidamento dell'Integrazione AUSL- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per l'abbattimento delle liste di attesa chirurgiche					
<p><b>Descrizione</b></p> <p>Un obiettivo prioritario della RER è attuare sinergie di rete a livello provinciale per ottimizzare i tempi di attesa per interventi chirurgici e ampliare la scelta da parte dei pazienti delle strutture presso cui trovare risposta ai propri bisogni, migliando l'utilizzo delle sale operatorie . Nel 2019 è stato implementato e reso operativo il percorso interaziendale per la chirurgia di parete che vede interventi per ernia ombelicale ed ernia femorale che sono oggetto di monotraccio regionale e nazionale . A fine 2019 ha preso altresì avvio il percorso interaziendale per le patologie dell'apparato genito-urinario che vedrà il suo consolidamento nel corso del 2020</p>			<p><b>Rendicontazione</b></p> <p>E' stato definito un piano interaziendale per l'abbattimento delle liste chirurgiche con particolare riferimento all'organizzazione dell'attività chirurgica nel momento della ripresa delle attività completamente sospesa nei due ospedali provinciali convertiti in COVID Hospital e mantenute solo per urgenze e patologie in classe A c/ o Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.</p> <p>L'integrazione prevista per lo smaltimento delle liste di attesa per interventi urologici è stata sospesa a partire da marzo causa pandemia e verrà ripresa non appena esaurito lo smaltimento degli interventi sospesi durante il periodo COVID.</p>			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo			

Obiettivo							
3.4.1.7	<b>Consolidamento dell'Integrazione AUSL- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per l'abbattimento delle liste di attesa chirurgiche</b>						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
n. di pazienti in lista di attesa presso U.O. di Urologia di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che effettuano intervento presso U.O. di Urologia dell'ospedale di Vaio.	in atti alla direzione di presidio ospedaliero	Numero >=					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	3.4.1.8	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
Descrizione	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		Rendicontazione	<p>A partire da marzo i due ospedali aziendali sono stati trasformati in COVID Hospital così come alcune strutture di azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma .</p> <p>E' stata definita un'organizzazione che ha previsto questo percorso: tutti i pazienti COVID o sospetti COVID dovevano accedere ad Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dove veniva valutato il trasferimento presso le strutture ospedaliere del territorio secondo un modello di intensità di cura .</p>				
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter		
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì			

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>3.5</b>	<b><u>Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>3.5.1</b>	<b><u>Obiettivi - azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u></b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

La rete degli Ospedali Privati Accreditati della provincia di Parma è stata correttamente classificata, secondo i combinati disposti del DM Salute 70/2015 e della DGR 2040/2015, quale sistema complementare ed integrativo della produzione assicurata dagli Ospedali Pubblici del territorio provinciale. Il contributo dato ai bisogni di ricovero espressi dal bacino d'utenza provinciale è determinante per assicurare l'autosufficienza nello stesso contesto territoriale. L'offerta assicurata dagli ospedali Privati Accreditati è variegata e completa, potendo contare su tre ospedali con discipline delle aree medica, chirurgica e di post - acuzie; su tre ospedali monospecialistici di riabilitazione e su un ospedale monospecialistico di area psichiatrica. Rispetto alle funzioni assicurate, si distingue una delle strutture di ambito riabilitativo, classificata dalla Regione Emilia - Romagna quale hub per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, sia per pazienti in età adulta che per pazienti in età infantile. Si tratta del Centro Cardinal Ferrari, che ha bacino d'utenza che supera il livello regionale, con afferenze da tutto il territorio nazionale.

<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>3.5.1.1</b>	<b>Governo della rete degli Ospedali Privati Accreditati della provincia di Parma</b>
------------------	----------------	---

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

Governo dell'offerta delle strutture private accreditate mediante una committenza puntuale adeguata alle necessità di mantenimento della autosufficienza territoriale ed alla qualificazione della rete ospedaliera provinciale nel rispetto degli standard definiti dal DM 70/2015, dalla DGR 2040/2015, dal PNE e dalla Griglia LEA.

La redazione dei Contratti di Fornitura con le Strutture Private Accreditate della rete provinciale dovrà essere allineata ai contenuti dei redigenti accordi regionali.

Obiettivo Incentivato Dirigenza

Sono stati predisposti i Contratti di Fornitura 2020 con gli Ospedali Privati Accreditati Provinciali, sulla base dell'intesa raggiunta con le Associazioni di Categoria durante l'incontro tra la Direzione Generale di Azienda USL e l'Unione Industriali di Parma dello scorso 26/09/19. La formalizzazione degli stessi avverrà nel secondo semestre 2020.

<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>Perf. inter</b>
Evidenza Contratti di Fornitura	Atti Repertorio Aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.2</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato "Città di Parma"</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>Partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, nei limiti del budget definito nel Contratto di Fornitura concordato.</p> <p>Partecipazione alle azioni straordinarie di committenza, rese necessarie in periodi critici, determinati da epidemie ed altro.</p> <p>Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla RER sui tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati .</p> <p>Perseguimento dell'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche anche in ottemperanza agli adempimenti LEA Progressiva adesione agli standard qualitativi e quantitativi individuati dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019- Allegato B - Capitolo 3				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel contratto di fornitura			Atti Repertorio Aziendale	Si/No		Si		
Evidenza cruscotto			Direzione Sanitaria	Si/No	Si	Si	Si	
Rispetto standard DM 70/2015			PNE	Si/No		Si		
Monitoraggio DRG ad alto rischio di inappropriatezza			Griglia LEA	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.3</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Hospital Piccole Figlie</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>3.5.1.3</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Hospital Piccole Figlie</b>						
<p>Conferma della partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie e remunerazione dei ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma/Ospedale di Vaio all'interno del budget di struttura. Partecipazione alle azioni straordinarie di committenza, rese necessarie in periodi critici, determinati da epidemie ed altro.</p> <p>Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla RER sui tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati .</p> <p>Perseguimento dell'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche anche in ottemperanza agli adempimenti LEA Progressiva adesione agli standard qualitativi e quantitativi individuati dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.</p>			<p>L'Ospedale Privato Accreditato Piccole Figlie partecipa attivamente al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, ricevendo direttamente i pazienti provenienti dal PS di Parma nei limiti del budget stabilito come previsto nel Contratto di Fornitura 2020, e mettendo a disposizione 3 posti letto per fronteggiare le emergenze epidemiche nei periodi novembre-dicembre e febbraio-marzo. La struttura si è anche impegnata nel perseguimento dell'appropriatezza e nell'adeguamento agli standard di volumi ed esiti previsti dal DM 70/2015.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019- Allegato B - Capitolo 3				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Repertorio Aziendale	Si/No		Si		
Rispetto standard DM 70/2015			PNE	Si/No		Si		
Monitoraggio DRG ad alto rischio di inapproprietezza			Griglia LEA	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.4</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital</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>3.5.1.4</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital</b>						
<p>Conferma della partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie e remunerazione dei ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma all'interno del budget di struttura. Partecipazione alle azioni straordinarie di committenza, rese necessarie in periodi critici, determinati da epidemie ed altro.</p> <p>Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla RER sui tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati .</p> <p>Perseguimento dell'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche anche in ottemperanza agli adempimenti LEA Progressiva adesione agli standard qualitativi e quantitativi individuati dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.</p>			<p>L'Ospedale Privato Accreditato Val Parma Parma partecipa attivamente al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, ricevendo direttamente i pazienti provenienti dal PS di Parma nei limiti del budget stabilito come previsto nel Contratto di Fornitura 2020, e mettendo a disposizione 3 posti letto per fronteggiare le emergenze epidemiche nei periodi novembre-dicembre e febbraio-marzo. La struttura si è anche impegnata nel perseguimento dell'appropriatezza e nell'adeguamento agli standard di volumi ed esiti previsti dal DM 70/2015.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019- Allegato B - Capitolo 3				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Si/No		Si		
Rispetto standard DM 70/2015			PNE	Si/No		Si		
Monitoraggio DRG ad alto rischio di inapproprietezza			Griglia LEA	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.5</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia di Monticelli Terme</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Utilizzo integrato, in rete provinciale, dei posti letto individuati per le esigenze del bacino d'utenza afferente all'Azienda USL di Parma, con il governo del DAISM ("Cruscotto provinciale dei ricoveri psichiatrici"). Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti</p>			<p>L'Ospedale Privato accreditato Villa Maria Luigia è perfettamente integrata nel Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche contribuendo all'offerta di posti letto per pazienti psichiatrici acuti e che necessitano di trattamenti residenziali sia intensivi che protratti. Nel Contratto di Fornitura sono specificati i posti letto dedicati al bacino di utenza provinciale nelle diverse tipologie specialistiche offerte dalla struttura.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019- Allegato B - Capitolo 3			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.5</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia di Monticelli Terme</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>Perf. inter</b>	
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Si/No		Si			
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)			PNE	Si/No		Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.6</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Villa Igea di Salsomaggiore Terme</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Conferma della messa a disposizione della rete ospedaliera provinciale dei posti letto cod. 56 e cod. 60, per trasferimenti di ricoverati da posti letto per acuti, con priorità di utilizzo per l'Ospedale di Fidenza. Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti			Nel Contratto di Fornitura con l'Ospedale Privato Accreditato Villa Igea di Salsomaggiore Terme è prevista la messa a disposizione dei posti letto per trasferimento di pazienti ricoverati in acuzie con specifico protocollo definito per l'Ospedale di Fidenza. La Struttura ha subito un periodo di chiusura nel periodo di marzo-aprile 2020 a causa della diffusione della infezione da COVID-19.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019- Allegato B - Capitolo 3					
<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>Perf. inter</b>	
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Si/No		Si			
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)			PNE	Si/No		Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.7</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Utilizzo in rete provinciale di 6 posti letto codice 75, con estensione della possibilità di ricovero a casi in età pediatrica, nei limiti delle ripartizioni di budget concordate. Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti			Nel Contratto di Fornitura con l'Ospedale Privato Accreditato Centro Cardinal Ferrari è previsto l'utilizzo in rete dei 6 posti letto codice 75 prioritariamente riferiti alle esigenze di trasferimenti da Azienda Ospedaliero/Universitaria, altresì sono previste disponibilità per pazienti GRADA disciplinati da specifici accordi con i Distretti Aziendali rientranti nel Fondo Regionale della Non Autosufficienza.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019- Allegato B - Capitolo 3					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.7</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato</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>Perf. inter</b>
Evidenza nel contratto di fornitura			Atti Direzione saniatría	Si/No		Si		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)			PNE	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.8</b>	<b>Ospedale Privato Accreditato Centro Don Gnocchi di Parma</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di riabilitazione intensiva ed estensiva. Partecipazione alle azioni straordinarie di committenza, rese necessarie in periodi critici, determinati da epidemie ed altro. Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti			L'Ospedale Privato Accreditato Don Gnocchi partecipa attivamente alle necessità della rete ospedaliera provinciale dei posti letto di riabilitazione intensiva ed estensiva e partecipa alle azioni straordinarie di committenza mettendo a disposizione 3 posti letto per fronteggiare le emergenze epidemiche nei periodi novembre-dicembre e febbraio-marzo.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019- Allegato B - Capitolo 3				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatría	Si/No		Si		
Accordi integrativi per far fronte a condizioni straordinarie.			Atti Direzione saniatría	Si/No		Si		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)			PNE	Si/No		Si		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>3.5.1.9</b>	<b>La regolazione dei rapporti con i produttori privati</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>3.5.1.9</b>	<b>La regolazione dei rapporti con i produttori privati</b>						
<p>Le Aziende sanitarie nel corso del 2020 dovranno allinearsi ai contenuti dei redigenti accordi regionali e garantire l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra Regione e ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.</p> <p>Nel 2020 sarà avviata in questo servizio la gestione ordini delle prestazioni sanitarie a privato accreditato in procedura. Nell'anno verrà consolidato l'utilizzo della procedura GHOST per i controlli sul fatturato dimessi.</p>			<p>Nel primo semestre 2020, causa epidemia, e' stata momentaneamente sospesa l'alimentazione della piattaforma web che verra' ripristinata nel mese di settembre. La gestione degli ordini, sempre a causa dell'emergenza e' stata rinviata. La procedura GHOST viene regolarmente utilizzata per i controlli sul fatturato dimessi.</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>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Alimentazione della piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite			SISEPS - Flusso FCDC	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.10</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
<b>Descrizione</b>	Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.10</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Il contributo degli Ospedali Privati Accreditati durante l'emergenza COVID è stato molto importante ed hanno contribuito alla realizzazione della rete dei COVID Hospital rispondendo alle esigenze del sistema provinciale che ha visto una radicale riorganizzazione degli ospedali secondo il modello Hub&amp;Spoke. Nello specifico sono stati messi a disposizione i seguenti posti letto propriamente dedicati a pazienti COVID (tipologia B e C prevista dall'Accordo Quadro RER-AIOP per emergenza COVID): Città di Parma 20; Piccole Figlie 30; Val Parma 40; Centro Cardinal Ferrari 13. Le strutture hanno anche messo a disposizione posti letto per ricevere la casistica non COVID (tipologia A) proveniente dagli ospedali provinciali, in particolare dall'Hub di azienda Ospedaliero/Universitaria ed inoltre hanno contribuito alla ripresa delle attività negli ospedali pubblici mettendo a disposizione la struttura per le equipe mediche per l'esecuzione degli interventi. Per disciplinare queste attività sono stati predisposti specifici Accordi COVID redatti sulla base delle indicazioni dell'Accordo Quadro RER-AIOP.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>3.6</b>	<b>Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere</b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>3.6.1</b>	<b>Inquadramento generale</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>L'Azienda USL di Parma, per attuare le norme nazionali e regionali sui controlli da effettuare sulle prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero, si avvale del Nucleo Aziendale di Controllo e di collaborazioni di personale Medico, delle Professioni Sanitarie e Tecnico-Amministrativo, operante presso le Direzioni Mediche di Ospedale, le Direzioni dei Dipartimenti delle cure primarie e della Direzione del DAISM-DP. Le attività di controllo si realizzano con valutazioni di casistica, effettuate sulla banca dati delle schede SDO; e con accessi alle strutture della rete ospedaliera, da parte di nuclei ispettivi, che svolgono valutazioni di congruenza e di qualità, sulle cartelle cliniche. Gli accessi sono periodici (di norma quando sono disponibili i dati trimestrali in Banca dati SDO); od estemporanei, quando si rilevano fenomeni meritevoli di approfondimento. In questi ultimi casi, vengono costituite commissioni ad hoc, con composizione multiprofessionale.</p>		

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 incentivante (dirigenza)</b>	<b>3.6.1.1</b>	<b>Controlli sugli Ospedali Pubblici a gestione diretta</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Assicurare un programma di controlli di merito, sulla produzione analizzabile in quanto già inserita in banca dati SDO, sugli ospedali pubblici a gestione diretta, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, anche al fine del miglioramento della qualità, con l'utilizzo dell' Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici.			A causa dell'emergenza COVID con le relative restrizioni non sono stati effettuati controlli sanitari					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 354/2012				
<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>Perf. inter</b>
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale			Database regionale - Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì		
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati			Database regionale "Portale controlli"	Sì/No		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>3.6.1.2</b>	<b>Controlli sugli Ospedali Privati Accreditati</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Assicurare un programma di controlli di merito sulla produzione degli ospedali privati accreditati in provincia di Parma, analizzabile nel 2020, anche ai fini di valutazione qualitativa, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, di norma con l'utilizzo dell'Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici.			A causa dell'emergenza COVID con le relative restrizioni non sono stati effettuati controlli sanitari					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 354/2012				
<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>Perf. inter</b>
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale			Database regionale "Portale controlli"	Si/No	Si	Si		
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati			Database regionale "Portale controlli"	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.6.1.3</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			Organizzazione della conversione del corpo M dell'Ospedale di Vaio in reparti per l'accoglienza dei pazienti COVID . Organizzazione dei test serologici di screening nelle CRA della provincia 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	3.6.1.3	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Area</b>	<b>4</b>	<b>AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b>
-------------	----------	---

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>4.1</b>	<b>AREA TRASVERSALE</b>
------------------------------------	------------	-------------------------

<b>Settore</b>	<b>4.1.1</b>	<b>Obiettivi generali</b>
----------------	--------------	---------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Gli obiettivi principali che si intendono perseguire nel corso del 2020 sono:

- 1) continuità dell'attività del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria quale strumento di condivisione tecnica, di linee e progettualità, su mandato della CTSS ed a supporto della stessa;
- 2) promozione e sostegno all'equità di accesso ai servizi socio sanitari;
- 3) prosecuzione dello sviluppo della qualità assistenziale nelle strutture accreditate per anziani e disabili;
- 4) partecipazione alla rete territoriale e promozione di azioni che favoriscano azioni di presa in carico integrata della violenza di genere e della violenza domestica;
- 5) prosecuzione, in stretta interazione con lo Spazio Salute Immigrati e in collaborazione con CIAC, delle azioni di accoglienza e tutela socio sanitaria degli immigrati richiedenti asilo e vittime di tortura, anche con azioni di supporto alla formazione multiprofessionale.

<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>4.1.1.1</b>	<b>Integrazione interistituzionale e interprofessionale</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.1</b>	<b>Integrazione interistituzionale e interprofessionale</b>						
<p>Rafforzamento e sviluppo del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria – in qualità di strumento tecnico a supporto della CTSS -, quale ambito in cui vengono condivise le linee di programmazione dell'area socio sanitaria, definiti indirizzi omogenei nella programmazione, gestione e riequilibrio del FRNA e FNA e vengono confrontate e diffuse le progettualità innovative.</p> <p>Mantenimento costante di un elevato profilo istituzionale e professionale, attraverso la presenza ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano e ai tavoli dei Piani di Zona a livello distrettuale, di rappresentanti AUSL, con mandati specifici ed un loro coordinamento a livello distrettuale, con l'obiettivo di definire azioni socio sanitarie integrate interistituzionali, interprofessionali e per l'elaborazione congiunta delle linee programmatiche sanitarie.</p>			<p>Durante il primo semestre il Gruppo Integrazione ha svolto un'importante funzione di supporto ai territori ed alle strutture socio-sanitarie durante il periodo pandemico. Sono stati svolti 9 incontri in videoconferenza a cui hanno partecipato, oltre ai Direttori di Distretto ed ai Responsabili degli Uffici di Piano, i responsabili dei SAA e i rappresentanti degli Enti Gestori. L'azione di supporto svolta si è concretizzata nel dare informazioni e supporto in merito alla gestione delle strutture, nel garantire il collegamento con il Dipartimento di Sanità Pubblica, nell'organizzare la distribuzione dei dispositivi di protezione individuali in collaborazione con il Servizio farmaceutico.</p> <p>A causa della pandemia, le attività routinarie sono state sospese così come tutti i tavoli dei Piani di Zona: l'approvazione del nuovo Piano di Zona, come da indicazioni regionali, è rimandata al secondo semestre.</p> <p>La Regione non ha fornito alcuna indicazioni in merito alle risorse del FRNA e FNA per l'anno 2020.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 509/2007 DGR N.172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Riparto assegnazione risorse per la non autosufficienza			Atto CTSS	Si/No		Si		
Numero incontri			Firme presenza, verbali in atti DASS	Numero >=		4,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.2</b>	<b>Area Anziani e Disabili - Verifica e sviluppo equità di accesso ai servizi socio sanitari</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Definizione condivisa con UVG, SAA e Professionisti del DSM di criteri e strumenti di valutazione e percorsi di accesso alla rete dei servizi socio sanitari per gli anziani in carico al DSM.			La bozza del documento che è stata redatta non ha riscontrato la condivisione di tutti gli operatori coinvolti, per cui si è deciso di procedere ad una successiva revisione. L'insorgere dell'emergenza dovuta alla diffusione del Covid, ha momentaneamente interrotto il lavoro.				
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1206/2007 DGR N.172/2015			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.2</b>	<b>Area Anziani e Disabili - Verifica e sviluppo equità di accesso ai servizi socio sanitari</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>Perf. inter</b>	
N° incontri			Firme presenza, verbali	Numero >=		1,00			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.3</b>	<b>Area Anziani e Disabili - Miglioramento delle condizioni di vita e del livello delle cure prestate nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili</b>							
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>							
In continuità con la progettualità realizzata negli anni precedenti e nell'ambito del processo di accreditamento, sviluppo di percorsi di miglioramento della qualità dell'accoglienza e della cura con particolare riferimento a: - prosecuzione di percorsi formativi di ambito distrettuale, rivolti ai gestori delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, per l'applicazione delle raccomandazioni per la valutazione e gestione della disfagia nelle CRA e nei centri per disabili; - a seguito dell'approvazione da parte della CTSS del documento ""Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona"" avvio sperimentazione presso quattro CRA ed organizzazione del seminario di restituzione della prima fase dei lavori.		A causa della pandemia e, di conseguenza, a seguito delle prescrizioni contenute nelle ordinanze del Ministro della Sanità e del Presidente della RER, tutte le attività formative sono state annullate. Sarà effettuata una valutazione nel secondo semestre in merito alla possibilità di realizzare quanto preventivato nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali.							
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 514/2009					
<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>Perf. inter</b>	
N° incontri applicazione raccomandazioni per la valutazione e gestione della disfagia			Firme presenza	Numero >=		3,00			
Sperimentazione applicazione protocollo aziendale prevenzione del maltrattamento			Firme presenza	Sì/No		Sì			
Seminario restituzione prima fase del lavoro di prevenzione del maltrattamento			Firme presenza	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.4</b>	<b>Area Anziani e Disabili - Monitoraggio ed implementazione flussi informativi (FAR) nelle strutture residenziali per anziani</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Supporto tecnico alle attività degli operatori e referenti territoriali preposti alla rilevazione dei dati, anche a seguito dell'adozione da parte della RER di un innovativo modello di reportistica per il controllo della qualità dei dati ed implementazione programmata del sistema sulla base dei ritorni informativi per il monitoraggio dell'assistenza nelle strutture.			A causa della pandemia e, di conseguenza, a seguito delle prescrizioni contenute nelle ordinanze del Ministro della Sanità e del Presidente della RER, tutte le attività in aula sono state sospese. In particolare, la grave situazione che si è manifestata all'interno delle strutture e la chiusura dei servizi, ha provocato anche una parziale rilevazione dei dati. Su richiesta, è stato comunque garantito telefonicamente/da remoto, il supporto tecnico alle attività dei singoli referenti.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DM 17/12/2008 DGR 514/2010				
<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>Perf. inter</b>
Monitoraggio con i referenti del territorio			Firme presenza	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.5</b>	<b>Area Anziani e Disabili - Progetto fragilità</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Restituzione dei dati relativi al progetto "Gestione attiva della fragilità" nel Distretto Valli Taro Ceno			A causa della pandemia e, di conseguenza, a seguito delle prescrizioni contenute nelle ordinanze del Ministro della Sanità e del Presidente della RER, tutte le attività formative e gli eventi sono stati sospesi. Sarà effettuata una valutazione nel secondo semestre in merito alla possibilità di realizzare quanto preventivato nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1206/2007				
<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>Perf. inter</b>
N° incontri			Fogli presenza	Numero >=		1,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	4.1.1.6	<b>Area Anziani e Disabili - IDROGEL - Monitoraggio indicatori</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Coinvolgimento dei DASS, da parte della Regione, nel monitoraggio degli indicatori del PRP, progetto 6.12 "Rilevazione dei consumi di gel idroalcolico per l'igiene nelle mani nelle CRA convenzionate". Raccolta dei consumi tramite invio di un questionario che raccoglie i dati necessari al calcolo dell'indicatore di consumo della soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani e un framework di autovalutazione con il quale la struttura può misurare il livello del proprio programma sull'igiene mani.			Al momento, non è pervenuta dalla Regione indicazione circa l'attività di monitoraggio prevista.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<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>Perf. inter</b>
	Numero questionari compilati dalle CRA coinvolte		Questionari compilati	% >=		80,00%		
	Numero di framework compilati dalle CRA coinvolte		Framework compilati	% >=		80,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo</b>	4.1.1.7	<b>Area gravi disabilità acquisite</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Approvazione del documento aziendale "Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità" dopo le revisioni condivise con il Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria. Monitoraggio trimestrale utenti in carico ed invio dati ai Distretti.			Il "Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità" sarà approvato nel secondo semestre.  E' stata inviata ai Distretti la scheda di monitoraggio riferita ai primi due trimestri.				
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2068/2004 e 840/2008 - DGR N.172/2015			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.7</b>	<b>Area gravi disabilità acquisite</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>Perf. inter</b>
			Atto amministrativo	Sì/No		Sì		
			In atti al DASS	Numero >=		4,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.8</b>	<b>Area Progetti finalizzati - Contro la Violenza di genere e Violenza domestica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
		Costituzione del del gruppo provinciale per il contrasto della violenza di genere e domestica	Nel primo semestre, a causa della situazione di pandemia, il gruppo provinciale non si è incontrato, ma ha mantenuto il collegamento tramite attività formative da remoto, nell'ambito del progetto Vivien. E' proseguita la raccolta delle informazioni al fine di aggiornare la sezione del sito WEB dell'Ausl, dedicata al tema.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1677/2013				
<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>Perf. inter</b>
			Firme presenza	Numero >=		3,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>4.1.1.9</b>	<b>Area progetti finalizzati - CISS</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>4.1.1.9</b>	<b>Area progetti finalizzati - CISS</b>						
<p>Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale, composto da operatori sanitari dell'Azienda USL e dello Spazio Salute Immigrati, operatori sociali di CIAC Onlus, dai referenti dell'AO e dei servizi sociali territoriali. Il coordinamento che ha sede presso i locali della DASS si incontra, generalmente, ogni quindici giorni per progettazione, attuazione e monitoraggio di percorsi individuali socio-sanitari di diagnosi, cura ed inserimenti per i beneficiari dei progetti attivi e per il raccordo operativo delle progettualità con i servizi di base e specialistici. Propone anche attività di formazione, aggiornamento e consulenza agli operatori socio-sanitari territoriali .</p>			<p>A causa della situazione di pandemia, il coordinamento ha sospeso la calendarizzazione degli incontri, in quanto gli operatori erano impegnati nella gestione dell'emergenza all'interno dei propri servizi. Gli incontri sono ripresi a giugno, in modalità da remoto.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	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>Perf. inter</b>
Numero di incontri del CISS			Firme presenza	Numero >=		20,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.10</b>	<b>Area Giovani – Programma Promozione della Salute nelle Scuole</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Revisione dei nominativi dei referenti scolastici delle scuole di ogni ordine e grado ai fini dell'approvazione del protocollo con l'Ufficio provinciale scolastico</p>			<p>E' proseguita l'attività di revisione dei nominativi.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 590/2013; DGR 901/2015; DGR 771/2015				
<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>Perf. inter</b>
Completamento caricamento			In atti al DASS	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.11</b>	<b>Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire il monitoraggio tempestivo dell'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del ""Dopo di Noi"" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati.			A causa della pandemia, la Regione ha prorogato il monitoraggio dei flussi regionali al secondo semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse nel rispetto delle tempistiche regionali			Direzione Distretti	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>4.1.1.12</b>	<b>Registro GRADA Minori</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Nell'ambito della funzione sperimentale di coordinamento delle UVMP e di PUA come unico punto di accesso AUSL, vengono individuati i casi selezionati ad alta complessità assistenziale sociosanitaria con/ senza presidi medici invasivi, affetti da gravissima pluridisabilità per cui è prevista la redazione del PAI previsto dalla DGR 857/19 da redigere nella fase delle dimissioni protette di pazienti pediatriche con la collaborazione dei professionisti territoriali ed ospedalieri coinvolti sul caso. Poiché tali pazienti risultano eligibili per accertamento della condizione GRADA ai sensi della DGR 840/08, il PAI costituisce documentazione per la valutazione della Commissioni Grada. Si garantisce monitoraggio della casistica nel registro aziendale CPP e nel flusso Mercurio.			Per tutti i nuovi casi di minori affetti da patologie alta intensità assistenziale, anche con presidi medici invasivi e non, segnalati alla UOS Integrazione sociosanitaria Minori, si è provveduto a curare la redazione dei PAI e ad attivare le competenti Commissioni Distrettuali Grada ed UVM. Nel Distretto di Parma si è garantita la partecipazione alle sedute della Commissione per la presentazione del caso e della documentazione sanitaria, in accordo con Commissione Aziendale Grada. Si provvede a mantenere aggiornato il registro aziendale CPP e flusso GRAD Mercurio				
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>4.1.1.12</b>	<b>Registro GRADA Minori</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>Perf. inter</b>
Implementazione del flusso aziendale CPP minori accertati dalle Commissioni distrettuali ai sensi della DGR 840/08			Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.13</b>	<b>Rete delle cure palliative pediatriche</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
La DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le CPP e ha approvato un documento tecnico che individua i ruoli e le interconnessioni fra i nodi, nonché le caratteristiche e i compiti delle due strutture di riferimento: il PUAP e la UVMP.		<p>Con nota N.0003403 del Registro Protocollo Generale del 20/01/20 la Direzione Sanitaria di AUSL ha nominato la dott.ssa Emanuela Sani Responsabile del Punto Unico di Accesso Pediatrico, PUAP. Nella medesima nota congiunta delle Direzioni Sanitarie di AUSL ed AOU la dottoressa Emanuela Sani è stata inoltre nominata Responsabile dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica UVMP.</p> <p>In tutte le fasi di emergenza Covid 19, nel rispetto delle disposizioni, per quanto riguarda i pazienti pediatrici con bisogni sanitari complessi, in dipendenza vitale da presidi medici invasivi e non invasivi per respirazione/nutrizione in setting domiciliare di cure, come da normative regionali ed aziendali in materia di accessi domiciliari, è stato garantito come PUAP il recepimento delle segnalazioni, la programmazione delle dimissioni protette, con il coinvolgimento dei DPC, SID, Servizi Sociali e degli specialisti dell'Ospedale del Bambino di Parma e di Centri Regionali se coinvolti sul caso (IOR, Ospedale S.Orsola). In qualità di UVMP è stata curata la redazione dei PAI e la presentazione alle Commissioni Grada distrettuali. E' stata inoltre promossa la revisione dei PAI nei casi di modifiche assistenziali e/o cliniche.</p> <p>In accordo con Direzione Sanitaria AUSL e Dipartimento farmaceutico interaziendale, nella fase 1.2 in collaborazione con la UOC di Pediatria e Oncoematologia di AOU, si è provveduto a mappare i bisogni di DPI e la loro tipologia per minori in carico alla UOC affetti da immunodeficienza e a distribuirli attraverso il reparto ai genitori caregivers.</p> <p>Il gruppo Tecnico Regionale non è stato convocato.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.2.6)			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.13</b>	<b>Rete delle cure palliative pediatriche</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>Perf. inter</b>	
Partecipazione delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CCP			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si			
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Ausl			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si			
Individuazione dei responsabili UVPM a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.14</b>	<b>Contrasto alla violenza di genere</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Per il 2020 si definisce il seguente obiettivo: - definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere.			A causa della pandemia che ha determinato un sovraccarico di impegno all'interno dei servizi per affrontare la situazione emergenziale, nel primo semestre è stata sospesa l'attività dei tavoli distrettuali.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.8)					
<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>Perf. inter</b>	
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto alla violenza di genere			Rendicontazione aziendale	Si/No		Si			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.15</b>	<b>Salute in età pediatrica e adolescenziale : Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.15</b>	<b>Salute in età pediatrica e adolescenziale : Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti</b>						
<p>Applicazione DGR 1677/2013 anche attraverso un programma formativo specifico. Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini ed adolescenti. Contribuire alla realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanati o a rischio allontanamento.</p>			<p>Durante tutte le fasi dell'emergenza pandemica è stata garantita con pronta disponibilità 7g/7 la funzione di supporto e raccordo con Servizi Sociali Territoriali, DSP, Ospedale e del Bambino in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-prevenzione delle possibili criticità emergenti nelle strutture della DGR 1904 e sm: ingressi, quarantene in caso di /contagi/malattie di educatori e/o minori, sospensione dei rapporti con famiglia di origine;</li> <li>-in caso di ricoveri urgenti dei genitori per patologie Covid-19 relate, su segnalazione dei servizi sociali, sorveglianza attiva, proattiva e tempestiva per superamento dello stato di abbandono del minore;</li> <li>-è stato svolta funzione di filtro, orientamento, coordinamento per l'esecuzione dei tamponi orofaringei, valutazioni cliniche preliminari all'ingresso dei minori in RTI e al collocamento fuori famiglia nelle Comunità nel rispetto della CR PG/2020/0232753 del 18/03/20 prime indicazioni operative per la corretta gestione delle attività dei servizi sociali territoriali (area tutela minori) e dei servizi di accoglienza di bambini e ragazzi ai sensi della DGR 1904/2011 e alla successiva modifica del 12/06/20 PG2020/0435563, in collaborazione con DSP, su segnalazioni dei Servizi Sociali e di NPI. Completata la stesura degli Accordi locali nei 4 Distretti nell'area della Tutela. Anche nel 2019 il 100% dei minori vittima di maltrattamento e abuso è stato trattato in integrazione multiprofessionale tra Servizi Sanitari (psicologi della NPI) e Sociali, come da Accordi Distrettuali.</li> </ul>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.9)				
<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>Perf. inter</b>
Nr. di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Nr. Bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso.			flusso SISAMER	% >=		80,00%		
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto del maltrattamento/abuso su bambini e adolescenti			rendicontazione aziendale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.16</b>	<b>Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</b>					
<b>Descrizione</b>	Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.16</b>	<b>Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</b>						
<p>Attuazione in ogni ambito distrettuale, in collaborazione con gli EE.LL. del programma regionale per il "Durante e Dopo di Noi" (DGR 733/17 e 291/19) a favore di persone con grave disabilità prive di sostegno dei familiari e del PSSR</p> <p>Realizzazione in ogni distretto di almeno una iniziativa di aggiornamento e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari, anche in collaborazione con il volontariato</p> <p>Rafforzare le iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali anche valorizzando la relazione con i gestori, MMG, associazioni di volontariato, famiglie e favorendo la partecipazione di gestori delle piccole strutture sino a 6 pl.</p> <p>Qualificazione dell'offerta residenziale di accoglienza temporanea sia nel caso di dimissioni ospedaliere protette sia nel caso di sollievo del care-giver</p> <p>Corretta applicazione finanziamento FNA che prevede l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse per le persone con gravissima disabilità; su richiesta del Ministero dovranno essere inseriti i dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza</p>			<p>Come già indicato al precedente punto 1.1, il verificarsi della pandemia da COVID-19 ha impedito lo svolgimento delle attività di programmazione delle risorse regionali e della realizzazione di servizi ed iniziative.</p> <p>Nel rispetto delle indicazioni regionali, sono stati sospesi i servizi connessi al programma regionale "Durante e Dopo di Noi" che saranno ripresi non appena le condizioni sanitarie lo consentiranno.</p> <p>Si sta lavorando affinché si riescano a realizzare iniziative di formazione per il caregiver a livello distrettuale, così come la formazione, peraltro già prevista al punto 1.3, per la prevenzione degli episodi di abuso all'interno delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali.</p> <p>Viste le ristrette norme che regolamentano l'inserimento di utenti presso le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, i SAA distrettuali ricorrono ai ricoveri di sollievo per dare risposta solo a quelle situazioni che non troverebbero altre risposte.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.12)				
<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>Perf. inter</b>
Programmazione e rendicontazione in ogni distretto di risorse e interventi del Fondo per il "Dopo di Noi" L. 112/16 nel rispetto delle tempistiche regionali			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Realizzazione in ogni distretto di iniziative formative sul tema del care-giver, rivolta agli operatori sanitari			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Realizzazione di iniziative formative e di sensibilizzazione tese a promuovere una cultura orientata alla prevenzione e al contrasto degli abusi nelle relazioni di cura			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
% Giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA			flusso FAR	% >=		2,00%		
Utilizzo di almeno il 50% delle risorse FNA per le persone con gravissime disabilità			specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	4.1.1.17	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.17</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>			
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Durante il periodo pandemico da infezione da COVID-19 la Direzione Attività Socio Sanitarie è stata coinvolta su più fronti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mappatura delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali, comunità educative, comunità religiose pubbliche e private presenti in ambito provinciale. Per ogni struttura sono stati recuperati i riferimenti e sono stati mantenuti i contatti al fine di verificare l'andamento dell'epidemia;</li> <li>2. supporto alle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali attraverso incontri in videoconferenza del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria a cui hanno partecipato le Direzioni dei Distretti, gli Uffici di Piano, i SAA, le UVG e i Direttori/Coordinatori delle strutture. In occasione delle diverse fasi evolutive dell'epidemia sono stati inoltre elaborati documenti a supporto degli Enti gestori (es. per centri diurni, case protette);</li> <li>3. in appoggio al Dipartimento di Sanità Pubblica sono state raccolte le relazioni elaborate dalle équipes del Servizio di Igiene Pubblica e dall'UMM in occasione dei sopralluoghi effettuati dagli stessi presso le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali provinciali. Sulla base di quanto rilevato durante i sopralluoghi la DASS ha formulato una "relazione di sintesi" che è stata inviata ai Direttori Distretto i quali, su mandato del Sub-Commissario, hanno provveduto all'inoltro all'Ente Gestore ed al Sindaco del Comune ove è ubicata la struttura. Complessivamente la DASS ha elaborato 120 relazioni;</li> <li>4. raccolta del fabbisogno di dispositivi di protezione individuale delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali ed organizzazione del ritiro degli stessi in collaborazione con il Servizio Farmaceutico aziendale;</li> <li>5. monitoraggio delle strutture socio-sanitarie e socio assistenziali. Il monitoraggio, inizialmente settimanale e successivamente quindicinale, rileva il numero di ospiti presenti nelle strutture, il numero di decessi per COVID e non, il numero di positivi al COVID, le ospedalizzazioni e viene inoltrata in Regione;</li> <li>6. centri estivi: è stata gestita l'informazione ai Comuni ed ai centri estivi in merito alle indicazioni regionali di effettuare lo screening mediante tampone agli educatori. Gli elenchi dei nominativi (+ di 800) sono stati raccolti ed inviati al DSP per la programmazione dei tamponi;</li> <li>7. riapertura dei centri socio riabilitativi diurni per disabili: è stata gestita la raccolta dei nominativi degli utenti disabili per lo screening mediante test sierologico e quella degli operatori per l'esecuzione del tampone naso faringeo: ciò ha comportato il contatto diretto con i coordinatori dei centri che hanno inviato l'elenco dei nominativi e successivamente, su indicazione del SIT, è stata data l'informazione in merito al luogo di esecuzione dello screening. Complessivamente sono stati gestiti 232 nominativi di disabili;</li> <li>8. riapertura centri diurni anziani: è stata individuata e condivisa con i Distretti ed in collaborazione con il Servizio di Igiene Pubblica, una procedura per la riapertura dei servizi, in riferimento alle disposizioni regionali;</li> <li>9. tamponi presso le CRA: è stata gestita la raccolta dei nominativi degli operatori e degli ospiti delle CRA e delle case di riposo nei mesi di giugno/luglio e agosto/settembre;</li> <li>10. tamponi per strutture a bassa soglia: è stata individuata all'interno della DASS la referente per la raccolta delle segnalazioni provenienti dagli Enti Gestori delle strutture ed il successivo invio al Servizio di Igiene Pubblica;</li> </ol>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	4.1.1.17	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>			
			<p>11. in collaborazione con l'Associazione di volontariato SipemER è stato attivato un servizio di contatto telefonico a supporto della popolazione a chi si è trovato in quarantena o in isolamento domiciliare a causa dell'emergenza Coronavirus;</p> <p>12. è stato svolto un coordinamento con i servizi distrettuali per anziani (SAA) ed un'azione di raccordo tra loro ed il Servizio di Igiene Pubblica;</p> <p>13. aree della tutela e delle Cure Palliative pediatriche: funzione di filtro, raccordo e coordinamento tra i Servizi Sociali, UOC NPIA, Azienda Ospedaliero-Universitaria per l'attuazione delle circolari regionali in materia di inserimento di minori in Comunità/Residenze Sanitarie, nelle diverse fasi dell'emergenza COVID-19.</p> <p>Durante il periodo pandemico da infezione da COVID-19 la Direzione Attività Socio Sanitarie è stata coinvolta su più fronti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mappatura delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali, comunità educative, comunità religiose pubbliche e private presenti in ambito provinciale. Per ogni struttura sono stati recuperati i riferimenti e sono stati mantenuti i contatti al fine di verificare l'andamento dell'epidemia;</li> <li>2. supporto alle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali attraverso incontri in videoconferenza del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria a cui hanno partecipato le Direzioni dei Distretti, gli Uffici di Piano, i SAA, le UVG e i Direttori/Coordinatori delle strutture. In occasione delle diverse fasi evolutive dell'epidemia sono stati inoltre elaborati documenti a supporto degli Enti gestori (es. per centri diurni, case protette);</li> <li>3. in appoggio al Dipartimento di Sanità Pubblica sono state raccolte le relazioni elaborate dalle équipes del Servizio di Igiene Pubblica e dall'UMM in occasione dei sopralluoghi effettuati dagli stessi presso le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali provinciali. Sulla base di quanto rilevato durante i sopralluoghi la DASS ha formulato una "relazione di sintesi" che è stata inviata ai Direttori Distretto i quali, su mandato del Sub-Commissario, hanno provveduto all'inoltro all'Ente Gestore ed al Sindaco del Comune ove è ubicata la struttura. Complessivamente la DASS ha elaborato 120 relazioni;</li> <li>4. raccolta del fabbisogno di dispositivi di protezione individuale delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali e l'organizzazione del ritiro degli stessi in collaborazione con il Servizio Farmaceutico aziendale;</li> <li>5. monitoraggio delle strutture socio-sanitarie e socio assistenziali. Il monitoraggio, inizialmente settimanale e successivamente quindicinale, rileva il numero di ospiti presenti nelle strutture, il numero di decessi per COVID e non, il numero di positivi al COVID, le ospedalizzazioni;</li> <li>6. centri estivi: è stata gestita l'informazione ai Comuni ed ai centri estivi in merito alle indicazioni regionali di effettuare lo screening mediante tampone agli educatori. Gli elenchi dei nominativi (+ di 800) sono stati raccolti ed inviati al DSP per la programmazione dei tamponi;</li> <li>7. riapertura dei centri socio riabilitativi diurni per disabili: è stata gestita la raccolta dei nominativi degli utenti disabili per lo screening mediante test sierologico e quella degli operatori per l'esecuzione del tampone naso faringeo: ciò ha comportato il contatto diretto con i coordinatori dei centri che hanno inviato l'elenco dei nominativi e successivamente, su indicazione del SIT, è stata data l'informazione in merito al luogo si</li> </ol>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	4.1.1.17	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
		<p>sarebbe svolto lo screening. Complessivamente sono stati gestiti 232 nominativi di disabili;</p> <p>8. riapertura centri diurni anziani: è stata individuata e condivisa con i Distretti ed in collaborazione con il Servizio di Igiene Pubblica, una procedura per la riapertura dei servizi, in riferimento alle disposizioni regionali;</p> <p>9. tamponi presso le CRA: è stata gestita la raccolta dei nominativi degli operatori e degli ospiti delle CRA e delle case di riposo nei mesi di giugno/luglio e agosto/settembre;</p> <p>10. tamponi per strutture a bassa soglia: è stata individuata all'interno della DASS la referente per la raccolta delle segnalazioni provenienti dagli Enti Gestori delle strutture ed il successivo invio al Servizio di Igiene Pubblica;</p> <p>11. in collaborazione con l'Associazione di volontariato SipemER è stato attivato un servizio di contatto telefonico a supporto della popolazione a chi si è trovato in quarantena o isolamento domiciliare a causa dell'emergenza Coronavirus;</p> <p>12. è stato svolto un coordinamento con i servizi distrettuali per anziani (SAA) ed un'azione di raccordo tra loro ed il Servizio di Igiene Pubblica;</p> <p>13. aree della tutela e delle Cure Palliative pediatriche: funzione di filtro, raccordo e coordinamento tra i Servizi Sociali, UOC NPIA; Azienda Ospedaliero-Universit</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>4.1.2</b>	<b>Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Sulla continuità di promozione all'interno del DASS di percorsi di miglioramento diagnostico terapeutici assistenziali per le persone con patologie di interesse riabilitativo a livello territoriale, con la realizzazione delle attività di governo clinico in tutte le sue estensioni, nel rispetto dell'appropriatezza dei percorsi, dei tempi d'attesa e dell'equità delle cure, perseguendo la diffusione di nuove tecnologie sanitarie, gli obiettivi generali che si intendono perseguire nell'anno 2020 sono sostanzialmente:</p> <p>1) Visite infantili per distorsioni del rachide ai pazienti in età evolutiva.</p> <p>2) Conclusione, approvazione e diffusione del percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico". 3) Miglioramento dell'assistenza domiciliare ai pazienti anziani con esiti di ictus."</p>		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.2.1</b>	<b>Visite infantili distorsioni del rachide in età evolutiva</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attività specialistica ambulatoriale con diagnosi, prescrizione della terapia riabilitativa ed ortesica e continuità assistenziale ai bambini in età evolutiva (9-18) con distorsioni del rachide.			Nonostante la sospensione delle attività riabilitative non urgenti e prorogabili dovute all'emergenza COVID, sono state assicurate le visite fisiatriche infantili ambulatoriali urgenti. Inoltre sono stati chiamati telefonicamente tutti i pazienti già prenotati in agenda con visite fisiatriche infantili non urgenti ed eseguito per ognuno un colloquio telefonico significativo in ottemperanza alle Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 (Rapporto ISS COVID-19 • n. 12/2020). In particolare sono state effettuate 41 visite fisiatriche infantili per scoliosi e 40 colloqui telefonici significativi. Per coloro che necessitavano di rinnovo busti per scoliosi, è stata assicurata la prescrizione e collaudo degli stessi e la continuità delle cure.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	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>Perf. inter</b>
Report delle visite effettuate			database aziendale	Numero >=		15,00		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>		
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.2.2</b>	<b>Conclusione percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico"</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>4.1.2.2</b>	<b>Conclusione percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico"</b>							
Conclusione del percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico" tramite organizzazione di una giornata di restituzione dell'elaborato ai professionisti coinvolti delle CRA provinciali e formazione agli operatori per la gestione dei farmaci all'interno delle CRA.			L'evento di restituzione programmato per il mese di maggio è stato rimandato per l'emergenza covid. Si riprogrammerà nel secondo semestre.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<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>Perf. inter</b>
Numero distrettuali				firme presenza	Numero >=		2,00		
Seminario				firme presenza	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.2.3</b>	<b>Miglioramento assistenza domiciliare ai pazienti anziani con esiti di ictus</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Nel mese di dicembre 2019 si è conclusa la parte clinica di Activage ovvero randomizzazione, somministrazione e controlli dei questionari e completamento delle video-visite con fisioterapista con gli esercizi AFA selezionati. A partire dal mese di Gennaio 2020 inizierà la fase di valutazione dei dati raccolti e le riflessioni sui risultati la cui data presunta di conclusione è prevista per il mese di Marzo. Il Coordinamento Europeo (Medtronic) illustrerà successivamente come proseguire la ricerca.			Il progetto è stato prorogato con un emendamento approvato dalla Comunità europea al mese di settembre 2020. Fino alla fine del mese di giugno 2020 è stata attiva la rilevazione AIOT. A causa dell'emergenza Covid sono state sospese le visite domiciliari. E' attualmente in corso l'elaborazione dei dati rilevati da parte del biostatistico.						
<b>Obiettivi Performance</b>	3.1.1	Attività di ricerca	<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>Perf. inter</b>
Numero incontri effettuati				Firme presenza	Numero >=		1,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.2.4</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>- Collaborazione con Il Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica nella stesura delle indicazioni operative per le strutture territoriali per la prevenzione delle infezioni respiratorie; a ciò è seguito un monitoraggio delle schede inviate dalle strutture, correlate anche alla richiesta di visita pneumologica e fornitura di ossigeno per i pazienti con infezioni respiratorie Covid 19 correlate.</p> <p>- Nomina da parte della Direzione Sanitaria del fisiatra della DASS come medico referente nell'ambito dei servizi territoriali e di riferimento per i gestori delle strutture di accoglienza a bassa soglia, con il compito di agevolare la tempestiva individuazione e gestione dei casi sintomatici, raccordandosi con il Dipartimento di Sanità Pubblica come previsto nei percorsi di presa in carico (nota PG 402323 del 29-05-2020 ).</p> <p>- Ideazione e realizzazione di videotutorial rivolti a tutte le persone che nel periodo emergenziale e di isolamento non hanno potuto effettuare visite fisiatriche e terapie riabilitative, riducendo così la loro mobilità e autonomia. Si tratta di video che illustrano esercizi di automobilizzazione finalizzati a migliorare l'agilità e la respirazione. Tali video sono stati pubblicati su canale YOUTUBE dell'Azienda UsI Parma. A questa iniziativa è stata data ampia diffusione anche tramite un servizio televisivo che è andato in onda sulla tv RTA Videotaro.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Area</b>	<b>5</b>	<b>RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO</b>
-------------	----------	---

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>5.1</b>	<b><u>CURE PALLIATIVE</u></b>
------------------------------------	------------	-------------------------------

<b>Settore</b>	<b>5.1.1</b>	<b><u>Obiettivi generali</u></b>
----------------	--------------	----------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

La Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP) della provincia di Parma è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di Cure Palliative (CP) erogate nel NODO DOMICILIO, costituito dalla casa o dalla struttura residenziale (CRA/RSA), in cui è domiciliato o residente il malato; nel NODO HOSPICE, costituito dai quattro Hospices (Piccole Figlie di Parma, Vaio, La Valle del Sole di Borgotaro e Pietro Coruzzi di Langhirano); nel NODO OSPEDALE costituito dai tre ospedali pubblici (AOU, Vaio e Borgotaro) e sette ospedali privati accreditati (Città di Parma, Piccole Figlie, Val Parma, Don Gnocchi, Cardinal Ferrari, Villa Igea, Villa Maria Luigia); nel NODO AMBULATORIO, costituito dai cinque ambulatori di CP (Parma, Vaio, Langhirano, Fornovo e Borgotaro). La RLCP della provincia di Parma ha come ambito di competenza il territorio dell'azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. La RLCP è finalizzata ad erogare CP precoci e di fine vita, sulla base delle indicazioni contenute all'art. 5 della Legge 38 del 2010, con percorsi di presa in carico e di assistenza di CP "finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici". Le finalità della RLCP sono: 1) garantire il diritto del cittadino ad accedere alle CP e il diritto ad una adeguata informazione sulla modalità di accesso ai servizi della rete attraverso la realizzazione di campagne informative sugli aspetti organizzativi e funzionali della RLCP; 2) garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno sanitario e sociale e l'avvio di un percorso di CP, la tempestività della risposta e l'individuazione del percorso assistenziale appropriato; 3) attivare un sistema di erogazione di CP in ospedale, in ambulatorio, in hospice e al domicilio, coerente con quanto stabilito dall'art. 5 della legge 38/10 e dalla DGR 1568 del 29/10/2012 e dalla DGR 977/2019 ; 4) definire e attuare nell'ambito della rete percorsi di presa in carico e di assistenza in CP, garantendo la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi setting, delle reti e dei percorsi assistenziali esistenti; 5) promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate; 6) favorire il supporto spirituale al paziente e ai familiari, nonché il supporto al lutto; 7) promuovere il supporto psicologico per i professionisti della rete; 8) definire e monitorare gli indicatori quali-quantitativi della RLCP ivi inclusi gli standard del decreto 22/02/2007 n° 43; 9) attivare programmi formativi aziendali specifici in CP, sulla base di quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 ("Individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e terapia del dolore") e dal DGR 560/2015; 10) implementare sistemi informativi e informatici per la gestione clinica e assistenziale degli interventi nei diversi nodi della rete, al fine di supportare l'attività dei professionisti consentendo la gestione delle informazioni clinico-assistenziali a distanza, la migliore gestione dei processi di cura, nonché per rispondere ai debiti informativi regionali e nazionali; 11) sviluppare la discussione sui dilemmi etici; 12) definire e realizzare programmi di informazione verso i propri cittadini sulle CP, sull'organizzazione della RLCP e sulle modalità di accesso anche in accordo e con il contributo delle associazioni di volontariato e nonprofit operanti nel settore.

<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>5.1.1.1</b>	<b>NODO DOMICILIO DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE</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>5.1.1.1</b>	<b>NODO DOMICILIO DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE</b>			
<p>Si intende per domicilio la casa o la struttura residenziale (CRA, RSA) in cui è domiciliato o residente il malato. Per rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia, le CP domiciliari sono costituite da interventi complessi e integrati per raggiungere la migliore qualità di vita per i pazienti a prognosi limitata. Le CP domiciliari sono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) composta da Medico di Medicina Generale (MMG), infermiere e medico palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). L'UCPD adotta quali strumenti di condivisione professionale le riunioni periodiche d'équipe e la cartella integrata. L'UCPD si integra nel modello organizzativo ADI e garantisce sia il livello base che quello specialistico. Il MMG esplica la sua professionalità e coordina il livello base dell'UCPD che il medico palliativista integra con la propria consulenza. Il livello specialistico è coordinato dal medico palliativista, che in accordo con il MMG, assume la responsabilità clinica del caso. L'infermiere case manager coordina i diversi interventi e supporta l'integrazione dei diversi professionisti. L'équipe dell'UCPD individua il livello, di base o specialistico, nel quale il paziente può trovare la risposta più adeguata ai suoi bisogni clinico-assistenziali. L'équipe con competenze di cure palliative di base deve garantire il controllo dei sintomi, un'adeguata comunicazione, il supporto sociale, psicologico e spirituale al malato e alla sua famiglia. L'équipe specialistica si attiva in funzione dell'aumento della complessità dei bisogni dei pazienti, che è determinata dall'instabilità clinica, dai sintomi difficili o refrattari, incluso il distress psicologico e spirituale, dalla necessità di un particolare supporto alla famiglia e la risoluzione dei quesiti etici. Gli interventi dell'équipe dell'UCPD devono essere programmati 7 giorni su 7 garantendo la pronta disponibilità medica sulle 24 ore anche attraverso la collaborazione dei medici di continuità assistenziale solo se opportunamente formati. Gli infermieri che compongono l'UCPD sono dedicati, cioè formati e dedicati nel loro tempo-lavoro alle cure palliative, salvo aree geografiche di piccole dimensioni, in cui non è possibile un'organizzazione con infermieri esclusivamente dedicati per il loro tempo-lavoro, questi possono utilizzare parte del tempo anche per seguire pazienti non in CP. Nel 2018, i malati terminali</p>			<p>L'attività di cure palliative svolte nell'ambito del Nodo Domicilio ha risentito fortemente delle limitazioni imposte durante il picco della pandemia, in particolare nei mesi di marzo e aprile (vedi Obiettivo 8). Nel primo semestre 2020 il numero complessivo delle visite domiciliari eseguite nei quattro distretti dell'AUSL di Parma sono state 170. Nel distretto Tarò e Ceno, dove le visite domiciliari sono state sospese, a causa della pandemia COVID, dal 5.3.2020 al 1.6.2020, le visite domiciliari sono state 69 (26 prime visite e 43 controlli) (Fonte: drssa Marcella Saccò). Nei distretti di Parma, Fidenza e Langhirano le visite domiciliari, che non sono ridotte ma non sospese durante la pandemia, sono state 101, di cui 17 in Case Protette dei Distretti di Parma e Sud-Est per un totale di 218 accessi, comprensivi di 17 prestazioni strumentali (ecografie e paracentesi) (Fonte: dr Gianpaolo Bacchini). Le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) di base e specialistiche non sono ancora state formalizzate. Nel primo semestre 2020 il numero di pazienti assistiti a domicilio con Cure Palliative di Base sono stati 21 con una distribuzione differente nei quattro distretti di Parma (1), Fidenza (16), Borgotaro (1) e Sud-Est (3). Rispetto al primo semestre 2019 vi è stato un incremento (21 vs 7 pazienti). Il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati oncologici, nel 2019, è aumentato (55,56%) rispetto al 2018. Il dato del primo semestre 2020 non è ancora disponibile nel flusso regionale (fonte SISEPS INSIDER). Anche il numero di pazienti deceduti a domicilio (e in hospice) per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero di deceduti per causa di tumore è aumentato, nella provincia di Parma, nel 2019 rispetto al 2018 (49% vs 46%) con notevoli variazioni nei distretti di Parma, dove al contrario è calato (41% vs 42,5%), Fidenza (61,1% vs 57,7%), Borgotaro (58,9% vs 53,3%) e Sud-Est (49,5% vs 31,3%). Il dato del primo semestre 2020 non è ancora disponibile nel flusso regionale (fonte SISEPS INSIDER). Nel 2019, rispetto al 2018, vi è stata una notevole riduzione della percentuale dei pazienti oncologici deceduti in ospedale sul totale dei pazienti deceduti per causa oncologica rispetto all'anno precedente (-11,3% vs +6%).</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.1</b>	<b>NODO DOMICILIO DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE</b>						
oncologici e non oncologici assistiti in ADI sono stati, rispettivamente, 461 e 516, mentre i malati oncologici non terminali sono stati 448. Nel 2018 sono deceduti 799 pazienti assistiti in ADI per un totale di 6005 giornate di cure palliative erogate a domicilio. Nel 2018 il numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati tumore è stata -18,18% in meno rispetto al 2017. Nei primi nove mesi del 2019 sono state attivate solo 16 Cure Palliative di Base (TAD 6) e nessuna Cura Palliativa Specialistica (TAD 7). Nei primi 11 mesi del 2019 sono state erogate, dai 2 medici palliativisti, 328 visite domiciliari palliative.								
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	Legge 38/2010 - DGR 560/2015 - DGR 1770/2016 - DPCM 12/01/2017 - DGR 977/2019 - Banca dati ADI 2018 RER SISEPS				
<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>Perf. inter</b>
Formalizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) di Base e Specialistiche come previsto dalla DGR 560/2015 e DPCM 12/01/2017			Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Nr. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/Nr. deceduti per causa di tumore			Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		
Nr. Annuo giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/ deceduti per causa di tumore (incremento rispetto al 2018)			Specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.2</b>	<b>NODO OSPEDALE DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE</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>5.1.1.2</b>	<b>NODO OSPEDALE DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE</b>			
		<p>Il NODO OSPEDALE è costituito dai tre ospedali pubblici (AOU, Vaio e Borgotaro) e sette ospedali privati accreditati (Città di Parma, Piccole Figlie, Val Parma, Don Gnocchi, Cardinal Ferrari, Villa Igea, Villa Maria Luigia). All'interno delle strutture ospedaliere (sia pubbliche che private accreditate) le cure palliative dovranno essere erogate da consulenti specialisti in cure palliative per pazienti con bisogni complessi nella fase avanzata di malattia e nel fine vita. Dovrà inoltre essere garantito a tutti i pazienti l'approccio palliativo attraverso la formazione del personale delle diverse Unità Operative. L'attività clinico-assistenziale consiste in: 1) diagnosi, valutazione, trattamento dei sintomi incluso il dolore e la sofferenza psicologica del paziente; 2) accompagnamento del paziente e dei familiari nel percorso di di consapevolezza di diagnosi e prognosi, accettazione della fase avanzata di malattia, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, incluso la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici; 3) supporto all'equipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici; 4) facilitazione dell'attivazione della rete delle cure palliative per garantire la continuità ospedale- territorio. Il NODO Ospedale è già attivo negli Ospedali di Vaio e di Borgotaro dove nei primi 6 mesi del 2019 sono state erogate, da parte dei medici specialisti in CP, rispettivamente 22 e 17 visite palliative. Il NODO Ospedale dell'AOU di Parma e degli ospedali privati accreditati non è a tutt'oggi attivo dal pdv clinico pur essendo stati identificati dei referenti (AOU, CdC Piccole Figlie, Val Parma, Città di Parma) e attivato gruppo di lavoro (AOU).</p>	<p>L'attività di cure palliative svolte nell'ambito del Nodo Ospedale ha risentito fortemente delle limitazioni imposte durante il picco della pandemia, in particolare nei mesi di marzo e aprile (vedi Obiettivo 8). Nel primo semestre 2020 negli ospedali di Vaio e Borgotaro sono state eseguite 36 consulenze di Cure Palliative, di cui 29 a Vaio e 7 a Borgotaro (Fonte: dr Bacchini e drssa Saccò). Nel 2019, rispetto al 2018, vi è stata una notevole variazione nella percentuale dei pazienti oncologici deceduti in ospedale sul totale dei pazienti deceduti per causa oncologica rispetto all'anno precedente (-11,3% vs +6%). Questo dato fornisce indicazioni sull'eventuale difficoltà della Rete di Cure Palliative nell'attuare una corretta presa in carico dei malati terminali oncologici. Valuta, infatti, quanti malati oncologici sono deceduti nel corso di un ricovero ospedaliero. Il dato del primo semestre 2020 non è ancora disponibile nel flusso regionale (fonte SISEPS INSIDER).</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	Legge 38/2010 - DGR 560/2015 - DGR 1770/2016 - DPCM 12/01/2017 - DGR 977/2019	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	5.1.1.2	<b>NODO OSPEDALE DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE</b>						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Nr. di malati oncologici deceduti in ospedale/Nr. di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale)			specifico flusso di riferimento	% <=		-5,00%		
Consulenze per Cure Palliative nei pazienti ricoverati negli Ospedali di Vaio e Borgotaro			specifico flusso di riferimento	Numero >=		60,00	36,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	5.1.1.3	<b>NODO HOSPICE DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE</b>						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.3</b>	<b>NODO HOSPICE DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE</b>			
		<p>Il NODO HOSPICE è costituito dai quattro Hospices (Piccole Figlie di Parma, Vaio, La Valle del Sole di Borgotaro e Pietro Coruzzi di Langhirano) e garantisce le CP in regime residenziale alle persone, che non possono essere assistite temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio. I posti letto in Hospice nella nostra provincia sono 49 con il rapporto letti/residenti più alto in RER (10,9 pl/100.000). Le modalità organizzative dei quattro Hospice sono diverse. Gli Hospice di Borgotaro e Langhirano sono pubblici dell'AUSL mentre gli hospice di Vaio e di Parma sono gestiti dal privato accreditato. Le CP in Hospice vengono erogate attraverso equipe dedicate e specificatamente formate. Negli hospice di Vaio e di Langhirano i MMG, alcuni dei quali certificati esperti in CP, fanno parte dell'Equipe. Il malato e la sua famiglia in hospice possono trovare sollievo nei momenti di difficile gestione della malattia per motivi clinici, psicologici, sociali. L'equipe multiprofessionale attraverso la valutazione multidimensionale redige il PAI e adotta quale strumento di condivisione professionale le riunioni periodiche d'equipe e la cartella integrata. Come evidenziato nell'Intesa Stato-Regioni del 25/7/12, gli hospice sono inseriti nei LEA distrettuali anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero. Nel 2018, i pazienti assistiti in Hospice sono stati 687; il 94% dei pazienti è stato ricoverato in hospice entro 3 giorni dalla segnalazione; il 33% dei pazienti ha avuto un ricovero &lt;8 giorni (media regionale (35%) e il 24% &gt; a 29 giorni (media regionale 17 giorni). Nel 2018 i pazienti oncologici deceduti in Hospice sono stati 616 (38,5%) (media regionale 30,3%).</p>	<p>L'attività di cure palliative svolte nell'ambito del Nodo Hospice ha risentito fortemente delle limitazioni imposte durante il picco della pandemia, in particolare nei mesi di marzo e aprile (vedi Obiettivo 8). Nei primi sei mesi del 2020 negli Hospices della RLCP di Parma sono stati assistiti 301 pazienti così suddivisi: Parma 125, Fidenza 100, Borgotaro 29 e Langhirano 47. Nel 2019, la percentuale dei ricoveri in hospice con degenza &lt;8 giorni è stata del 33,9% (Parma 32,7%, Fidenza 39,2%, Borgotaro 33%, Langhirano 24,8%). La percentuale dei ricoveri in hospice con degenza uguale o superiore a 30 giorni è stata del 23,3% (Parma 22,5%; Fidenza 22,3%; Tarò e Ceno 20%; Sud-Est 30,1%). Il dato del primo semestre 2020 non è ancora disponibile nel flusso regionale (fonte SISEPS INSIDER). Nei primi sei mesi del 2019 94,7% dei pazienti ricoverati negli hospices ha avuto un tempo di attesa &lt;4 giorni (range fra gli hospice 89,4%-100%).</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	Legge 38/2010 - DGR 560/2015 - DGR 1770/2016 - DPCM 12/01/2017 - DGR 977/2019 - Intesa Stato-Regioni del 25/7/12 - Banca dati ADI 2018 RER SISEPS	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	5.1.1.3	NODO HOSPICE DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Rapporto tra il numero di ricoveri per i quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni e il numero di ricoveri in hospice			Indicatore 7 cure palliative DM 43/2007. Specifico flusso di riferimento	% <=		33,00%		
Rapporto tra il numero di ricoveri per i quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni e il numero di ricoveri in hospice			Indicatore 8 cure palliative DM 43/2007. Specifico flusso di riferimento	% <=		24,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	5.1.1.4	NODO AMBULATORIO DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE						
Descrizione			Rendicontazione					
Il tema del dolore resta prioritario all'interno delle tematiche delle cure palliative e pertanto prosegue e si implementa l'azione di coordinamento tra il livello ospedaliero, residenziale (hospice) e territoriale. In particolare è prevista nel Distretto di Fidenza l'implementazione dell'attività di consulenza di terapia antalgica a domicilio e in ospedale da parte degli anestesisti dell'Ospedale Vaio su richiesta dei MMG e ospedalieri.			L'attività di cure palliative svolte nell'ambito del Nodo Ambulatorio ha risentito fortemente delle limitazioni imposte durante il picco della pandemia, in particolare da marzo a maggio (vedi Obiettivo 8). Nel primo semestre 2020 il numero complessivo delle prestazioni ambulatoriali di cure palliative eseguite nei quattro distretti dell'AUSL di Parma sono state 180. In particolare, nel distretto Taro e Ceno (Ambulatori di Fornovo e Borgotaro) le prestazioni ambulatoriali di cure palliative sono state 68, di cui 51 a Fornovo e 17 a Borgotaro (24 prime visite, 44 controlli e 2 trattamenti). Nel distretto Taro e Ceno gli ambulatori di cure palliative sono stati chiusi, a causa della pandemia COVID dal 5.3.2020 al 1.6.2020 (Fonte: drssa Marcella Saccò). Nel distretto di Parma le visite domiciliari sono state 49 (21 prime visite e 28 controlli); a Fidenza 59 (18 prime visite, 26 controlli e 15 manovre/trattamenti); a Langhirano 4 (1 prima visita e 3 controlli) (Fonte: dr Gianpaolo Bacchini).					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Legge 38/2010 - DGR 560/2015 - DGR 1770/2016 - DPCM 12/01/2017 - DGR 977/2019 - Banca dati RER				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Visite ambulatoriali di Cure Palliative			specifico flusso di riferimento	Numero >=		400,00	180,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.5</b>	<b>CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI AFFETTI DA SLA</b>						
<b>Descrizione</b>	Proseguimento del progetto sostenuto da associazione AISLA di Parma per l'inserimento del palliativista nell'equipe di cura dei pazienti affetti da SLA		<b>Rendicontazione</b> L'attività di cure palliative rivolta ai pazienti affetti da SLA e la formazione svolta dal Polo Formativo di Borgotaro hanno risentito fortemente delle limitazioni imposte durante il picco della pandemia (vedi Obiettivo 8). Nel primo semestre 2020, a causa dell'emergenza COVID, l'attività formativa relativa all'assistenza dei pazienti affetti da SLA è stata sospesa.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	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>Perf. inter</b>
Percorsi integrati realizzati			Report piattaforma e-learning	Numero >=	20,00	40,00	0,00	
Attività del Polo Formativo SLA c/o Hospice Valle del Sole Borgo Val di Taro : numero operatori sanitari formati			report servizio formazione aziendale	Numero >=	60,00	120,00	0,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.6</b>	<b>RETE DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE</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>5.1.1.6</b>	<b>RETE DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE</b>						
<p>a DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le CPP e ha approvato un documento tecnico che individua i ruoli e le interconnessioni fra i nodi, nonché le caratteristiche e i compiti delle due strutture di riferimento: il PUAP e la UVMP.</p>			<p>Con nota N.0003403 del Registro Protocollo Generale del 20/01/20 la Direzione Sanitaria di AUSL ha nominato la dott.ssa Emanuela Sani Responsabile del Punto Unico di Accesso Pediatrico, PUAP. Nella medesima nota congiunta delle Direzioni Sanitarie di AUSL ed AOU la dottoressa Emanuela Sani è stata inoltre nominata Responsabile dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica UVMP.</p> <p>In tutte le fasi di emergenza Covid 19, nel rispetto delle disposizioni, per quanto riguarda i pazienti pediatrici con bisogni sanitari complessi, in dipendenza vitale da presidi medici invasivi e non invasivi per respirazione/nutrizione in setting domiciliare di cure, come da normative regionali ed aziendali in materia di accessi domiciliari, è stato garantito come PUAP il recepimento delle segnalazioni, la programmazione delle dimissioni protette, con il coinvolgimento dei DPC, SID, Servizi Sociali e degli specialisti dell'Ospedale del Bambino di Parma e di Centri Regionali se coinvolti sul caso (IOR, Ospedale S.Orsola). In qualità di UVMP è stata curata la redazione dei PAI e la presentazione alle Commissioni Grada distrettuali. E' stata inoltre promossa la revisione dei PAI nei casi di modifiche assistenziali e/o cliniche.</p> <p>In accordo con Direzione Sanitaria AUSL e Dipartimento farmaceutico interaziendale, nella fase 1.2 in collaborazione con la UOC di Pediatria e Oncoematologia di AOU, si è provveduto a mappare i bisogni di DPI e la loro tipologia per minori in carico alla UOC affetti da immunodeficienza e a distribuirli attraverso il reparto ai genitori care givers.</p> <p>Il gruppo Tecnico Regionale non è stato convocato.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.2.6)				
<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>Perf. inter</b>
Partecipazione delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CCP			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Ausl			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Individuazione dei responsabili UVPM a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.7</b>	<b>FORMAZIONE E INFORMAZIONE SULLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE DELLA PROVINCIA DI PARMA</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>5.1.1.7</b>	<b>FORMAZIONE E INFORMAZIONE SULLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE DELLA PROVINCIA DI PARMA</b>						
1) attivare programmi formativi aziendali specifici in CP, sulla base di quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 ("Individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e terapia del dolore"); 2) garantire il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e il diritto ad una adeguata informazione sulla modalità di accesso ai servizi della rete attraverso la realizzazione di campagne informative sugli aspetti organizzativi e funzionali della rete locale di servizi dedicati alle cure palliative; 3) definire e realizzare programmi di informazione verso i propri cittadini sulle cure palliative, sull'organizzazione della rete locale e sulle modalità di accesso anche in accordo e con il contributo delle associazioni di volontariato e nonprofit operanti nel settore.			L'attività formativa rivolta alle cure palliative ha risentito fortemente delle limitazioni imposte durante il picco della pandemia (vedi Obiettivo 8). Nel primo semestre 2020, a causa dell'emergenza COVID, l'attività formativa relativa all'assistenza dei pazienti affetti da SLA è stata sospesa (vedi obiettivo 5). Il Corso Regionale di Formazione è stato iniziato ed è stato fatto un solo incontro in febbraio 2020 a Bologna con i componenti del Laboratorio Regionale. Poi, a causa dell'emergenza COVID, gli incontri successivi del Laboratorio Regionale e del Laboratorio Locale sono stati sospesi e, per decisione della RER, rimarranno sospesi per tutto il 2020. Il sito aziendale dell'AUSL riporta le attività della Rete Locale delle cure Palliative della provincia di parma nei singoli Nodi (Domicilio, Hospice, Ambulatorio e Ospedale).					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	Legge 38/2010 - DGR 560/2015 - DGR 1770/2016 - DPCM 12/01/2017 - DGR 977/2019 - DGR 1131/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza della realizzazione, all'interno dei siti aziendali, delle pagine web dedicate alla rete di cure palliative			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla RLCP			atti U.O. formazione	Si/No		Si		
Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della RLCP			atti U.O. formazione	Si/No		Si		
Evidenza della partecipazione al Corso Regionale di Formazione			atti U.O. formazione	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>5.1.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>			
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Durante la pandemia COVID, gli assetti assistenziali e organizzativi, che hanno coinvolto la RLCP sono stati guidati da norme e indicazioni emanate a livello nazionale, regionale e aziendale.</p> <p>Nodo Ambulatorio. Le attività di cure palliative nei cinque ambulatori di cure palliative dell'AUSL (Parma Pintor, Fidenza Vaio, Langhirano, Fornovo e Borgotaro) sono state sospese da marzo a giugno 2020. Le visite ambulatoriali differibili sono state trasformate in colloqui telefonici e le visite ambulatoriali non differibili in visite domiciliari per dare sollievo e prevenire un ricovero ospedaliero. Da giugno 2020, gli ambulatori di cure palliative dell'AUSL sono stati riaperti.</p> <p>Nodo Domicilio. Le visite palliative domiciliari sono state ridotte in marzo-aprile perché i due medici palliativisti dell'AUSL sono stati impegnati nel Reparto Cure Palliative COVID di Vaio. A domicilio e nelle CRA sono state sospese tutte le visite palliative differibili e sono state garantite le visite non differibili. Sono state introdotte nuove modalità di valutazione e criteri di accesso dei pazienti a domicilio e nelle CRA, come il criterio di prestazione "non differibile". Sono state semplificate le procedure di accesso ai presidi e ausili protesici con una deroga che autorizzava i 2 medici palliativisti dell'AUSL a prescrivere i presidi e gli ausili protesici.</p> <p>Nodo Hospice. Il numero di posti letto negli hospices è stato ridotto. In tutti gli hospices vi è stata una diminuzione delle richieste di ricovero da parte dei MMG e dagli ospedali. L'Hospice di Langhirano ha ridotto transitoriamente i posti letto da 10 a 4 a favore di posti letto di cure intermedie destinati ad accogliere pazienti guariti da COVID, che non potevano tornare al domicilio. Nell'Hospice Piccole Figlie di Parma i posti letto sono stati ridotti anche a causa di malattie COVID del personale sanitario. Negli hospices di Vaio e di Borgotaro i posti letto non sono stati ufficialmente ridotti ma l'occupazione è stata molto inferiore anche per malattie COVID del personale infermieristico. In tutti gli hospices sono state modificate le regole per l'ingresso dei pazienti, familiari, caregivers e consulenti. E' stato introdotto il criterio dell'esclusione anamnestica, epidemiologica e clinica della diagnosi di COVID19. Dopo il periodo iniziale dell'emergenza, dove non vi era la possibilità di ricovero in hospice, è stata richiesta l'esecuzione e negatività del tampone naso-faringeo prima del ricovero. In generale i familiari e i caregiver sono stati esclusi dall'ingresso negli hospices pur con una certa variabilità nel concedere eccezioni in prossimità dell'exitus e in situazioni particolari. Sono state introdotte limitazioni alle prestazioni relative a tutti i tipi di consulenze. Sono stati utilizzati sistemi di videochiamata e telefonia per mettere in comunicazione i pazienti e i loro familiari e i caregivers e i professionisti fra di loro. Non era prevista la presenza di stanze COVID.</p> <p>Nodo Ospedale. L'attività di consulenza nei reparti di Vaio e Borgotaro è stata ridotta. Per i pazienti COVID, nel presidio ospedaliero di Vaio, è stato aperto, in marzo-aprile, un reparto di "Cure Palliative COVID-19" con 20 posti letto, a gestione infermieristica, dove sono stati impegnati i medici palliativisti dell'AUSL e altri medici e infermieri e OSS formati sul campo. Conclusioni. Il Coordinamento della RLCP di Parma, non ha fatto parte dell'Unità di Crisi, che ha gestito l'emergenza COVID. Il Coordinatore ha mantenuto i contatti con tutti i nodi (Ambulatorio, Domicilio, Hospice e Ospedali) della rete e anche nel periodo del picco pandemico le cure palliative ai pazienti non-COVID hanno continuato ad essere erogate in tutti i settings assistenziali, tranne</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
		quello ambulatoriale, con modalità e quantità differenti rispetto a prima della pandemia. Le cure palliative dei pazienti COVID nella fase terminale della vita hanno trovato una risposta specifica nell'istituzione, presso l'Ospedale di Vaio, del reparto Cure Palliative COVID.					
<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</b>	a) nota AOU PR prot. n. 8020 24.2.2020; b) Nota AUSL PR PG0018247/2020 16.3.2020; c) COMUNICATO SICP-SIAARTI-FCP "CURE PALLIATIVE E TRATTAMENTO DEI MALATI COVID-19" 4.2020				
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19		Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>5.2</b>	<b><u>DEMENZE</u></b>
------------------------------------	------------	-----------------------

<b>Settore</b>	<b>5.2.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Recepimento del PDTA Regionale Demenze, consolidamento del sistema informativo per garantire una omogeneità e tracciabilità delle prestazioni erogate dai Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) a livello aziendale e regionale.</p> <p>Integrazione Ospedale - Territorio (CDCD, UVG, MMG, SAD, ADI, A.S, CRA, Centri Diurni, Casa della Salute, OsCo) e socio-assistenziale per consolidare i Percorsi di Cura Centrati sulla persona e la presa in carico integrata.</p>		

<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>5.2.1.1</b>	<b>Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Dare piena applicazione a quanto previsto nel Piano regionale Demenza con il completamento dei PTDA locale. Potenziare il percorso di presa in carico integrata e corretta dei BPSD.			L'organizzazione dei CDCD aziendali è definita e i percorsi intraziendali sono quasi completati, si è in attesa del CDCD ospedaliero anche per definire le interfacce					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.2.1</b>	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18				
<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>Perf. inter</b>
Stesura ed implementazione PDTA demenze a livello locale in applicazione PDTA regionale.			Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per demenza (DGR 429) Valore riferito all'anno 2019			Specifico flusso di riferimento	Numero <=		27,00		

<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>5.2.1.2</b>	<b>Miglioramento del sistema informativo</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Consolidamento del processo informativo che permette la tracciabilità delle prestazioni erogate dai CDCD aziendali, dopo che sono stati mappati e individuati con relativo codice STS regionali.			Continua il tracciamento delle prestazioni erogate dai CDCD aziendali; a causa dell'emergenza sanitaria non è stato possibile con la verifica dei flussi con il tavolo regionale.				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.2</b>	<b>Miglioramento del sistema informativo</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato D.G. 1.3 ; Delibera della RER 27/6/2016 n. 990					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza messa a regime del sistema informativo				Flusso ASA	Si/No		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.3</b>	<b>Ruolo dei Medici di Medicina Generale</b>							
<b>Descrizione</b>	Consolidare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi". Attivazione di percorsi di consulenza specialistica a supporto dell'assistenza domiciliare integrata. Sostenere l'attività informativa/formativa con i MMG referenti dei NCP e delle CdS e Ospedale di Comunità dove presente.		<b>Rendicontazione</b>	Sono continuate regolarmente fino al lockdown le attività programmate					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - punto 1.2					
<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>Perf. inter</b>
N. Consulenze Specialistiche su casi ad alta valenza/n. complessivo delle visite				Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	8,00%	
N. Segnalazioni dal MMG/N. segnalazioni da tutti i servizi della rete				Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	8,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.4</b>	<b>Qualificazione della rete dei Servizi e sostegno alla domiciliarità</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>							

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.4</b>	<b>Qualificazione della rete dei Servizi e sostegno alla domiciliarità</b>						
<p>Consolidare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi". Messa in atto del percorso di accesso e di dimissione dal Nucleo Dedicato Demenze per assistenza residenziale temporanea -CS Sidoli.</p> <p>Potenziare a livello provinciale l'attività formativa rivolta agli operatori dei servizi della rete necessaria per la costruzione di un percorso di cura centrato sulla persona. Monitorare l'attività di collaborazione tra i soggetti della rete territoriale (CDCD, UVG, MMG, SAD, ADI, CRA, Centri Diurni, servizio sociale territoriale dell'area anziani e dell'area adulti- minori). Garantire a livello provinciale le attività di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla cittadinanza.</p>			<p>Nel distretto di Parma è stato svolto completamente solo il corso di formazione, organizzato dal CDCD di Parma, rivolto alle Assistenti sociali del Comune; al corso della durata 20 ore (4 incontri di 5 ore) hanno partecipato circa 25 operatori. A livello provinciale l'attività di formazione rivolta agli operatori dei servizi che era stata programmata è stata sospesa. A livello provinciale, in collaborazione con Patronati e Sindacati i sono stati svolti una serie di incontri rivolti alla popolazione.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - punto 1.2				
<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>Perf. inter</b>
N. Accessi Coordinatore Inferieristico Casa della Salute, UVG, Servizio sociale / N. accessi totali richiesti da tutti i servizi della rete			Centro Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	5,00%	
N. Segnalazioni Assitenti sociali dei Comuni/n segnalazione dalla rete dei servizi			Centro Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	5,00%	
N. incontri di sensibilizzazione alla cittadinanza			Responsabile Programma Aziendale	Numero >=	1,00	3,00	4,00	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.5</b>	<b>Demenze</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
Implementazione dei PDTA demenze (DGR 159/19) a livello locale: in particolare dovranno garantire lo sviluppo di tutte le fasi previste.			Il percorso aziendale è quasi ultimato, è rimasto in sospeso quanto di pertinenza dell'AOU per completare le interfaccie, causa emergenza sanitaria		
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.12)	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.5	Demenze							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Adozione formale PDTA aziendale demenze in applicazione del PDTA regionale DGR 159/19				atti direzione aziendale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.2.1.6	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>In seguito alla sospensione di ogni attività programmata ambulatoriale sono rimasti aperti solamente i CDCD di Parma e Fidenza. In aprile la RER ha autorizzato i colloqui telefonici e in videochiamata di tipo sanitario e di sostegno psicologico con l'attribuzione di due codici regionali specifici per la registrazione delle attività. A livello provinciale sono state temporaneamente sospese le 1° visite, mentre i pazienti in carico che avevano programmato le visite di controllo sono stati contattati telefonicamente. E' stato offerto uno spazio sia clinico che di supporto psicologico tramite colloqui telefonici e/o in videochiamata, previa accettazione da parte del familiare di utilizzare questa modalità. In seguito, per far fronte alle richieste di visite mediche (neurologiche e geriatriche) per disturbi del comportamento è stato deciso di far precedere l'eventuale visita medica in presenza e in sicurezza da un colloquio telefonico "di screening" tra lo specialista medico del CDCD e il familiare /MMG (richiedente). Nel Distretto di Fidenza erano in corso presso il CDCD gli incontri informativi rivolti ai familiari ed erano già stati chiamati i pazienti che avrebbero dovuto partecipare ai cicli di training cognitivo (come da Lea). Pertanto si è ritenuto opportuno, secondo la medicina d'iniziativa, di contattare telefonicamente i familiari (del gruppo informativo) per avere informazioni sul come stava procedendo la quarantena e questo ha permesso di effettuare visite neurologiche in videochiamata (paziente assistito da familiare) e colloqui di supporto psicologico. Inoltre, ha permesso di intercettare familiari che hanno vissuto il decesso del paziente durante l'emergenza sanitaria, avvenuto a domicilio o in ospedale, non solo per CoVid-19, e quindi hanno subito la procedura di isolamento legata all'emergenza. I coniugi anziani e tutta la famiglia, il più delle volte erano in isolamento; tale situazione ha rappresentato una condizione di maggiore stress e fragilità. Le psicologhe del CDCD hanno sostenuto telefonicamente queste persone, riducendo il rischio di elaborare un "lutto complicato". Ai familiari dei pazienti in lista per il training cognitivo è stata proposta la possibilità di effettuare sedute di stimolazione cognitiva individuale al paziente, con il supporto del familiare, in videochiamata. Le sedute hanno previsto l'addestramento del familiare, fornendo materiale personalizzato e specifico per proseguire gli esercizi durante le giornate di quarantena. Le sedute della durata di 60 minuti hanno avuto cadenza mono e bisettimanale. Una minoranza di famiglie contattate ha rinviato la visita e il training cognitivo per motivazioni dovute a cause familiari e poca confidenza con la tecnologia.</p>						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	5.2.1.6	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>5.3</b>	<b><u>EMERGENZA URGENZA-118</u></b>
------------------------------------	------------	-------------------------------------

<b>Settore</b>	<b>5.3.1</b>	<b><u>Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Indicazione delle azioni: Valutazione dell'adeguatezza, dell'efficacia, della sostenibilità della rete complessiva del soccorso territoriale e del livello dell'integrazione con le strutture di Pronto Soccorso		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.1</b>	<b>Assetto Organizzativo</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Completamento accreditamento postazioni di soccorso.			Il percorso di accreditamento si è interrotto con l'emergenza CoVid, si valuteranno le possibilità di ripresa nel secondo semestre.						
<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>Perf. inter</b>	
Accreditamento di tutte le postazioni mancanti			verbali di Dipartimento	Sì/No	No	Sì	No		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.2</b>	<b>Qualificazione dei trasporti in emergenza tempo dipendenti</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Revisione della centralizzazione dello STEMI attraverso revisione dipartimentale del PDTA del dolore toracico			Al momento non vengono segnalate criticità, ma la rendicontazione completa non è stata ancora effettuata per l'emergenza CoVid						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<b>Riferimento Normativo</b>						
			Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)						
<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>Perf. inter</b>	
Revisione del PDTA			atti Direzione sanitaria	Sì/No	No	Sì	No		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.3</b>	<b>Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza</b>						
<b>Descrizione</b>	Revisione della procedura per l'accesso pediatrico in emergenza		<b>Rendicontazione</b>					
			Verrà effettuata a fine anno					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	<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>Perf. inter</b>
	percentuale di "errata afferenza" inferiore al 10% sul totale degli accessi		Atti Dipartimento Emergenza	% <=		10,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.4</b>	<b>Integrazione Ospedale-Territorio in caso di catastrofe</b>						
<b>Descrizione</b>	Entro la fine del 2020 dovrà essere approvato, dopo definitiva esercitazione generale		<b>Rendicontazione</b>					
			In programma nella secondo semestre					
<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>Perf. inter</b>
	Esercitazione generale PEIMAF Ospedale di Vaio		in atti alla Direzione Presidio	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.5</b>	<b>Percorso formativo</b>					
<b>Descrizione</b>	In considerazione della necessità di mantenere adeguata competenza si propone, a livello di UO, di proseguire la formazione sul campo sulla gestione delle vie aeree		<b>Rendicontazione</b>				
			La formazione in oggetto ha subito un arresto per l'emergenza CoVid e sarà da ricalendarizzare nel secondo semestre				
<b>Obiettivi Performance</b>	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	<b>Riferimento Normativo</b>				
			LR 44/2009 RER				

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.5</b>	<b>Percorso formativo</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>Perf. inter</b>
N° medici formati/totale		in atti U.O. Formazione		% >=	50,00%	75,00%	0,00%	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.6</b>	<b>Sviluppo qualitativo della prestazione ospedale territorio in emergenza</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Completamento Corso Emergenza Territoriale			Il Corso è concluso e sono stati valutati 38 dei 40 partecipanti					
<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>Perf. inter</b>
Valutazione dei discenti Corso Emergenza Territoriale		Verbali di Esame		Sì/No	Sì	Sì	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>5.3.1.7</b>	<b>Progettazione del sistema di soccorso legato all'avvio del Progetto Lagrisalute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attivazione professionalizzata diurna della postazione di Lagrimone			Postazione attivata					
<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>Perf. inter</b>
Ufficializzazione turnistica infermieristica		UO Emergenza Territoriale		Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.8</b>	<b>Estensione competenze BLS-D</b>						
<b>Descrizione</b>	Esecuzione di almeno un corso BLS-D per laici secondo la nuova metodica AHA		<b>Rendicontazione</b>					
			Impossibile effettuare corsi in questo primo semestre per l'Emergenza CoVid, si riproporrà nel secondo semestre					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019				
<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>Perf. inter</b>
	Erogazione di un corso BLS-D per laici		In atti Centro di Formazione	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.9</b>	<b>Centrali Operative e 118</b>						
<b>Descrizione</b>	Promuovere iniziative formative volte alla omogeneizzazione dei protocolli infermieristici avanzati tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/16.		<b>Rendicontazione</b>					
			Rinviato al secondo semestre					
<b>Obiettivi Performance</b>	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18				
<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>Perf. inter</b>
	Attivazione algoritmo ipoglicemia		Attestato di formazione di U.O.	Si/No	Si	Si		
	Attivazione Arresto Cardio respiratorio		in atti alla Direzione Sanitaria	Si/No		Si		

Obiettivo		5.3.1.10 Centrali Operative e 118					
Descrizione			Rendicontazione				
Applicazione dei protocolli infermieristici avanzati tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/16. Incentivare azioni di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario			Valutazione a fine anno				
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		DGR 977/19		
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici del personale che svolge attività di emergenza territoriale	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		
Localizzazione dei defibrillatori comunicati alle Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale devono essere censiti all'interno del registro informatizzato messo a disposizione dalla Regione	specifico flusso di riferimento		% >=		90,00%		
Evidenza del completamento delle schede di intervento nei campi destinazione del paziente, classe e tipo di patologia riscontrata	specifico flusso di riferimento		% >=		90,00%		

Dimensione Performance		2 Performance dei Processi Interni		Area Performance 2.3		Area dell'Organizzazione	
Obiettivo		5.3.1.11 Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19					
Descrizione			Rendicontazione				
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			L'U.O. Emergenza Territoriale, come tutto il Sistema 118 provinciale ha mantenuto attive tutte le postazioni occupandosi dell'individuazione e trasporto verso gli ospedali dei pazienti con sospetto CoVid come previsto dal decreto nazionale.				
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	5.3.1.11	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>5.4</b>	<b><u>Politica del farmaco</u></b>
------------------------------------	------------	------------------------------------

<b>Settore</b>	<b>5.4.1</b>	<b><u>Governo dell'Assistenza Farmaceutica</u></b>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

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

Verranno pertanto utilizzati o potenziati gli strumenti di governo clinico, quali sistemi di monitoraggio, audit clinici, gestione del rischio clinico. Il Dipartimento Farmaceutico interaziendale nel 2018 ha dato avvio ad azioni integrate Ausl e AOU sulla politica del farmaco, con particolare riferimento all' area della continuità terapeutica ospedale territorio ,che dovranno essere sviluppate e migliorate nel 2020.

Strumento fondamentale sarà , anche per il 2020, l'informazione/ formazione sui farmaci e sui dispositivi medici a tutti i professionisti coinvolti.

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>5.4.1.1</b>	<b>Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: PPI, Antibiotici, Omega 3 e BPCO</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
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.1</b>	<b>Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: PPI, Antibiotici, Omega 3 e BPCO</b>			
		<p>Dovrà proseguire la campagna di promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee, anche in considerazione della quota a carico del cittadino. Le azioni saranno indirizzate nei confronti di tutti i medici prescrittori : ospedalieri, Specialisti , Medici di Medicina Generale, tramite l' informazione e l'aggiornamento sui farmaci a brevetto scaduto e sulle valutazioni costo-beneficio.</p> <p>Contenere il consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 48 DDD ogni 1.000 abitanti e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria.</p> <p>Promozione dell'uso appropriato dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO.</p> <p>Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine associate o meno all'ezetimibe in prevenzione primaria o secondaria, anche al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni o dei trattamenti per le nuove terapie monoclonali.</p> <p>Adesione alle raccomandazioni RER sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2. Al fine di raggiungere l' obiettivo di riduzione dei PPI, secondo i parametri regionali, dovrà essere attuato un piano di miglioramento, con un maggior coinvolgimento dei prescrittori ospedalieri per l' indotto sul territorio.</p>			
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.1.1	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: PPI, Antibiotici, Omega 3 e BPCO								
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto			AFT			Sì/No		Sì		
DDD per farmaci inibitori della pompa protonica(<= 48 DDD *1000 ab die)			Flusso SivER			Sì/No		Sì		
Prescrizione di ciascun farmaco (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) in presenza di piano terapeutico previsto a livello RER			Flusso SivER			Sì/No		Sì		
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare			Flusso SivER			Sì/No		Sì		
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel PTR 173 (provincia)			Flusso SivER			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	5.4.1.2	Appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa							
Descrizione				Rendicontazione					
Verrà attuata formazione/informazione ai MMG e PLS sulle linee guida di Regionali , con particolare riferimento alle aree critiche della farmaceutica convenzionata. In modo analogo verra condotta attività di informazione/ formazione ai medici ospedalieri.			Data l' emergenza Covid l' attività si è necessariamente bloccata; sono state fatte alcune video conferenze su area distrettuale .						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)		Riferimento Normativo	DGR - 977/19				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenze incontri			Dipart. Farmac. Inter.		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	5.4.1.3	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici							
Descrizione				Rendicontazione					

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>5.4.1.3</b>	<b>Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici</b>						
contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una specifica attenzione deve essere riservata all'eccessivo ricorso ai fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico e, in particolare all'uso inappropriato di questi antibiotici in ambito territoriale per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni. Per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici risulta importante implementare nuove attività di antimicrobial stewardship e promuovere quelle già in essere al fine di favorire l'uso appropriato di questi farmaci e contenere la diffusione delle resistenze batteriche			Dati non ancora disponibili.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Consumo giornaliero di farmaci antibiotici per 1000 residenti (<16DDD /1000 residenti)			InSider	Numero <=		13,00		
Consumo giornaliero di fluorochinonoli in donne di età 20-59 anni (<1,4 DDD/1000 residenti)			SivER	Numero <=		1,40		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.4</b>	<b>Continuità Terapeutica tra Ospedale e Territorio - Miglioramento organizzativo</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.4</b>	<b>Continuità Terapeutica tra Ospedale e Territorio - Miglioramento organizzativo</b>			
<p>Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale dovrà adottare una strategia orientata a promuovere una migliore integrazione tra ospedale e territorio sia in ambito provinciale che di area vasta in un'ottica di rimodulazione, omogeneizzazione e potenziamento dell'offerta assistenziale, di specializzazione delle prestazioni e di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse.,con particolare riferimento</p> <p>a:</p> <p>attività strutturate volte all'uso appropriato dei farmaci secondo le linee di indirizzo/ raccomandazioni della CRF e della CF AVEN ;</p> <p>proseguimento e sviluppo di incontri con i clinici della rete ospedaliera provinciale e dei monitoraggi periodici su classi di farmaci ad alto impatto economico; interventi mirati a favorire la piena adesione da parte di tutti i medici alla prescrizione di farmaci per principio attivo e presenti nel Prontuario RER/ Aven ; altri interventi specifici rispetto all' uso dei biosimilari con i prescrittori delle aree cliniche di riferimento.</p> <p>Attività congiunte di presa in carico del paziente, sia in dimissione che dopo visita ambulatoriale presso tutti i punti di distribuzione diretta della provincia (Farmacie Ospedaliere e Polo Farmaceutico Unico), al fine di migliorare la qualità della prestazione e rendere omogenei gli interventi;</p> <p>potenziamento della distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica , con particolare riferimento ad A.O.U. ; per il raggiungimento dell' obiettivo verrà predisposto dalla la Farmacia Ospedaliera di AOU un piano di miglioramento organizzativo interno e rispetto ai percorsi di dimissioni.</p>			<p>Nell' emrgeza Covid i Servizi Farmaceutici del Dipartimento si sono integrati nella fase H T , unificando le modalità organizzative delle dimissioni pazienti Covid da PS ed in particolare la Farmacia di AOU ha allestito nel laboratorio galenica tradizionale i kit di idrossiclorochina che venivano successivamente erogati dal POLO di Diretta, secondo il PROTOCOLLO INTERAZIENDALE DI GESTIONE TERRITORIALE DEI PAZIENTI COVID-19 (INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO) .</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.4</b>	<b>Continuità Terapeutica tra Ospedale e Territorio - Miglioramento organizzativo</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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali			Dip. Farm . Int./ flussi AFO/FED	Si/No		Si	Si	
Adesione al PTR			Dip. Farm . Int.	% >=		98,00%	99,80%	
Prescrizioni per principio attivo			Dip. Farm. Int.	% >=		96,00%	94,00%	
Aumento distribuzione diretta in dimissione A.O.U.			Dip. Farm. Int.	Euro >=		753.000,00	150.468,00	

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>5.4.1.5</b>	<b>Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci oncologici</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
A livello provinciale adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.								
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Rispetto delle raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; la scelta del trattamento dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità			Flusso SivER	Si/No		Si		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.6</b>	<b>Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Per l'anno 2020, viene definita per Azienda USL di Parma una previsione di spesa farmaceutica convenzionata netta - 0,6% rispetto al 2019 Per l'acquisto ospedaliero di farmaci si prevede +9.2% rispetto al 2019			Nel primo semestre 2020 si è registrata una riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta del 3,78% rispetto allo stesso periodo del 2019. La spesa per l'acquisto ospedaliero ha registrato un notevole decremento, rispetto le previsioni regionali					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Spesa farmaceutica convenzionata netta 2020 - variazione rispetto al 2019			specifico flusso di riferimento	% <=		-0,60%	-3,78%	
Acquisto ospedaliero di farmaci 2020- variazione rispetto al 2019			specifico flusso di riferimento	% >=		9,40%	3,70%	

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>5.4.1.7</b>	<b>Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: NAO</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
NAO: contenimento dell'incremento di spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti in tutte le indicazioni registrate, considerando anche il rapporto costo/opportunità.			I dati del flusso Insider non sono ancora disponibili.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) : 4,5 pazienti su 1000 residenti			Flusso Insider	Numero <=		4,50		

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.1.8		Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici (1/2)								
Descrizione					Rendicontazione						
Prosecuzione degli interventi a livello provinciale con i prescrittori atti a favorire l' impiego dei biosimilari nei pazienti naive e lo swith dei trattamenti in corso					I dati sul flusso Insider non sono ancora elaborati, si riportano i dati a disposizione, ricavati da una presentazione predisposta dalla regione , a seguito di specifica videoconferenza. Per il 2020 sono stati variati alcuni indicatori, rispetto alla DGR 977/19.						
Obiettivi Performance	2.2.2		Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)		Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Epoetine (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )					Flusso Insider		% >=		90,00%	95,00%	
Ormone della crescita (GH) (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )					Flusso Insider		% >=		50,00%	35,60%	
Infliximab (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )					Flusso Insider		% >=		100,00%	90,80%	
Etanercept (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)					Flusso Insider		% >=		60,00%	86,50%	
Adalimumab (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )					Flusso Insider		% >=		60,00%	76,50%	

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.1.9		Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici (2/2)								
Descrizione					Rendicontazione						
Prosecuzione degli interventi a livello provinciale con i prescrittori atti a favorire l' impiego dei biosimilari nei pazienti naive e lo swith dei trattamenti in corso					I dati sul flusso Insider non sono ancora elaborati, si riportano i dati a disposizione, ricavati da una presentazione predisposta dalla regione , a seguito di specifica videoconferenza. Per il 2020 sono stati variati alcuni indicatori, rispetto alla DGR 977/19. Il dato rituximab in ambito reumatologico non è disponibile.						
Obiettivi Performance	2.2.2		Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)		Riferimento Normativo	DGR - 977/19					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.9	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici (2/2)							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Follitropina alfa (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )				Flusso Insider	% >=		60,00%	50,00%	
Trastuzumab sottocute in ambito oncologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )				Flusso Insider	% <=		20,00%	46,30%	
Rituximab in ambito reumatologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )				Flusso Insider	% >=		90,00%		
Enoxaparina (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )				Flusso Insider	% >=		90,00%	99,40%	
Insulina lispro (ad azione rapida) (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )				Flusso Insider	% >=		80,00%	47,90%	
Rituximab sottocute in ambito oncologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )				Flusso Insider	% <=		20,00%	11,20%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.10	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Insuline basali							
Descrizione			Rendicontazione						
Aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio			Dato non ancora disponibile						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
L'impiego delle insuline meno costose dovrà raggiungere almeno il 85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.				Flusso Insider	% >=		85,00%		

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>5.4.1.11</b>	<b>Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci epatite C</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Per i farmaci antivirali per il trattamento dell'epatite C cronica la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale. Tenendo anche conto del miglior rapporto costo/opportunità Va considerato prioritario il tema della sostenibilità , alla luce della perdita di innovatività di questi farmaci e conseguente mancato finanziamento dei fondi innovativi non oncologici			I farmaci antivirali per il trattamento dell'epatite C erogati nel primo semestre 2020 rientravano nei criteri dell'innovatività pertanto la loro spesa paria € 725.187,57 è finanziata dal fondo degli innovativi non oncologici.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19				
<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>Perf. inter</b>
nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovranno avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale, tenendo anche conto del miglior rapporto costo/opportunità			Flusso Insider	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		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.12</b>	<b>Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: farmaci neurologici</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, sclerosi multipla e cefalea)			L' attività è stata portata avanti per quanto possibile, vista l' emergenza pandemia Covid.				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19			

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>5.4.1.12</b>	<b>Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: farmaci neurologici</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>Perf. inter</b>
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, sclerosi multipla e cefalea) utilizzando gli indicatori definiti nei documenti PTR n. 239 e 271 e loro aggiornamenti			Flusso Insider	Si/No		Si		

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>5.4.1.13</b>	<b>Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Aggiornamenti della procedura interaziendale gestione clinica dei farmaci ( I edizione 2019) in relazione alla recente Raccomandazione Ministeriale n 19, in collaborazione con U.O Governo Clinico Dovranno proseguire le attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e la realizzazione del nuovo progetto : " Forme farmaceutiche orali alterate : formazione/informazione agli operatori sanitari e valutazioni di potenziali interazioni con altri farmaci e/o alimenti nella popolazione anziana istituzionalizzata della regione Emilia Romagna ( SOFARE)			Causa emergenza covid non è stato possibile l'avvio del progetto.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019				
<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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali			Dipart. Farmac. Inter.	Si/No		Si		
Organizzazione audit			D.F.I./U.O. Governo Clinico	Si/No	Si	Si		

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>5.4.1.14</b>	<b>Adozione di strumenti di governo clinico</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	5.4.1.14	Adozione di strumenti di governo clinico						
Garantire adeguato trattamento farmacologico nella continuità assistenziale nella continuità ospedale/territorio attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della propria Area Vasta . E' in capo ai medici prescrittori la compilazione del -100% dei piani terapeutici regionali disponibili su SOLE, -registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA -data base regionale delle eccezioni prescrittive -corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale (DBO)			Sono stati prescritti e utilizzati i farmaci del Prontuario Terapeutico di Area Vasta, non solo in degenza, ma anche nella fase di continuità H T . Sono stati compilati al 100% i PT regionali presenti nel Portale Sole, i registri Aifa. Il data base regionale delle eccezioni prescrittive non è stato alimentato, verrà ripresa l'attività nel secondo semestre. Per la corretta compilazione del DBO vanno ancora perfezionati gli strumenti .					
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR - 977/19				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
PTR disponibili in SOLE per farmaci antivirali per l'epatite C: compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi (AUSL con 100% compilazione follow up chiusi mantenimento; Altre AUSL raggiungimento 100% follow up )			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	
Compilazione registri monitoraggio piattaforma AIFA, anche farmaci innovativi , inserimento dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	95,00%	
Compilazione data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	No	
Compilazione corretta DBO			SPECifico flusso INSIDER	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	5.4.1.15	Farmacovigilanza					
Descrizione			Rendicontazione				
Proseguire le attività di farmaco vigilanza e vaccino vigilanza applicando laprocedura operativa AIFA			Nel primo semestre 2020 sono state inserite 24 schede di ADR nella rete nazionale di farmacovigilanza.				
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR - 977/19			

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>5.4.1.15</b>	<b>Farmacovigilanza</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>Perf. inter</b>
Nr. Segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti				Flusso SIVER	Numero >=		50,00		

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.16</b>	<b>Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie Convenzionate</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Con riferimento al Documento Attuativo di dicembre 2019 , relativo alla DGR 329/2019, inerente il Protocollo d'intesa con le Farmacie convenzionate per il periodo 2019-2020, dovrà essere garantita la partecipazione dei professionisti individuati ai gruppi di lavoro regionali che avranno l'obiettivo di definire modalità tecniche e operative di realizzazione delle attività indicate nell'Intesa e realizzare gli specifici obiettivi fissati.			La partecipazione dei professionisti ai gruppi di lavoro è stata garantita sin dal 2019 e sono stati effettuati i corsi di formazione ai farmacisti convenzionati. Sono state inserite nuove molecole in DPC, secondo la lista unica regionale.						
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19					
<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>Perf. inter</b>
partecipazione dei professionisti individuati ai gruppi di lavoro regionali				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.17</b>	<b>Attuazione LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e i prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Provvedere all'istruttoria delle domande di concessione dei contributi regionali alle farmacie rurali alla relativa erogazione			Tale attività sarà svolta nel secondo semestre 2020						

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.17</b>	<b>Attuazione LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e i prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19					
<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>Perf. inter</b>
Effettiva liquidazione entro il 31/12/2020 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex art. 21 LR 2/2016				rilevazione regionale	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>5.4.1.18</b>	<b>Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale</b>							
<b>Descrizione</b>	Rendicontazione								

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>5.4.1.18</b>	<b>Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale</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 hanno provveduto alla trasmissione e diffusione della delibera regionale ed emanato delle proprie regolamentazioni. Gli avanzamenti degli indirizzi regionali sull'informazione scientifica prevedono l'applicazione dei principi di trasparenza e di tracciabilità anche alle altre figure professionali per il settore del farmaco, diverse dagli informatori, che accedono alle strutture del SSR, al settore dei dispositivi medici e in generale a qualsiasi ulteriore tipo di informazione scientifica nell'ambito del SSR. Le Aziende Sanitarie quindi dovranno aggiornare le disposizioni già emanate a livello locale, in accordo con gli avanzamenti regionali in materia condivisi con le associazioni di categoria, nonché mettere a punto misure di trasparenza volte a tracciare i contatti tra i professionisti e i soggetti incaricati dalle aziende farmaceutiche e dei dispositivi medici, quali ad esempio, l'istituzione di un registro che attesti l'accesso all'interno delle strutture SSR, l'interlocutore/i e la motivazione. Da novembre 2019 è stato attivato un gruppo di lavoro regionale per l'aggiornamento indicazioni regionali.</p>			Causa l'emergenza l'attività è stata sospesa.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18				
<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>Perf. inter</b>
Adozione strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica.			Atti Dipartimento Farmaceutico	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.19</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>L' impatto dell' emergenza Covid sui Servizi di Farmacia Ospedaliero è stato significativo , in quanto di supporto alle attività di assistenza Covid e tutte le altre attività correlate all' emrgenza . In sintesi</p> <p>1.riorganizzazione della logistica al fine di attuare: rilevazione dei fabbisogni “farmaci” per pazienti covid ,stoccaggio presso la farmacia ospedaliera dei farmaci covid e relativa distribuzione, redazione di un file “farmaci per COVID-19 OSP con aggiornamento giornaliero;.gestione richieste ad ulc urgenti e “da riservare”; attività correlate all' apertura nuovi reparti COVID ; gestione carenze farmaci covid ; 2 Monitoraggio terapie antivirali :</p> <p>evasione “ad hoc” delle richieste con verifica dell'adesione alle indicazioni dei protocolli RER 3</p> <p>Riorganizzazione percorsi interni : modulo prescrittivo in DIMISSIONE: terapia antivirale per covid 19 (secondo protocollo RER) riorganizzazione delle dimissioni: invio tramite mail del modulo ritiro da personale “pulito” del reparto predisposizione di kit f. antivirali per trasferimenti da A.O.U. nel weekend e per il PS. 4 Galenica: predisposizione di kit dei farmaci antivirali per dimissioni e consegne a domicilio; frazionamento in flaconi di soluzione idroalcolica 80% in tuniche. 5. Studi clinici : attività di supporto alle sperimentazioni/ usi compassionevoli attivati nell' ospedale. 6. Formazione informazione rivolta al personale sanitario in fase di apertura di nuovi reparti Covid. 7. Monitoraggi periodici spese Covid. 8. Gestione donazioni farmaci : creazione nuove anagrafiche e attività di rendicontazione.</p> <p>I servizi farmaceutici aziendali( territoriale e ospedaliere) sono stati impegnati nella rimodulazione delle distribuzioni dirette rispetto al tema della sicurezza degli utenti : secondo le linee di indirizzo RER , di concerto con i direttori di distretto sono stati attivati percorsi di distribuzione a domicilio dei farmaci con il supporto della Protezione Civile e Associazioni di volontariato. Nei punti di diretta, per categorie di pazienti " fragili" si è attivata la prenotazione telefonica e, in ogni caso sono state consegnate quantità di farmaci necessarie a comprire almeno due mesi di terapie. Sempre al fine di ridurre gli accessi , secondo quanto indicato da documenti RER le prescrizioni, in qualsiasi format, venivano inviate via mail , con successiva preparazione dei pacchetti personalizzati. E' stata attivata c/o la Farmacia di Vaio una linea telefonica dedicata all' utenza ai MMG , per rispondere ai bisogni emergenti.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>5.4.2</b>	<b>Governo dei dispositivi medici</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Si ritiene di inserire questo specifico settore al fine di dare la giusta valenza all'area dei Dispositivi Medici che interessano capillarmente numerosi processi sanitari e che sempre di più sono interessati da profonde innovazioni tecnologiche.		

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>5.4.2.1</b>	<b>Dispositivo Vigilanza</b>
------------------	----------------	------------------------------

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Al fine di migliorare la sensibilizzazione del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, per l'anno 2020 si rende obbligatorio a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici la partecipazione al FAD REGIONALE relativo alla Dispositivo Vigilanza, attivo da NOVEMBRE 2019 .	A gennaio 2020 è stata data informativa attraverso la Intranet aziendale dell'avvio della nuova edizione del corso FAD regionale sulla dispositivo-vigilanza e sulla corretta gestione dei dispositivi medici, che si concluderà il 31 dicembre. Al 30 giugno, vista l'emergenza Covid l'adesione del personale sanitario risulta minima (57 partecipanti)

<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimenti Normativo</b>	DGR 977/2019
------------------------------	-------	---	------------------------------	--------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Nr. operatori che hanno partecipato all'evento formativo Nr.totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici	Rilevazione aziendale	% >=		60,00%		

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>Alimentazione applicativo web-dedicato</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Adesione ai percorsi regionali di inserimento delle richieste ordinarie di Dispositivi Medici, Dispositivi Medici Diagnostici in Vitr , di nuovo inserimento nel repertorio di Area Vasta all'interno dell'applicativo regionale WEB dedicato; aderenza al percorso relativo la richiesta di nuovi DM (NPV-Nucleo Provinciale di Valutazione).	Il percorso relativo all'utilizzo dell'applicativo WEB regionale dedicato per le richieste di nuovi dispositivi medici e diagnostici in vitro finalizzato all'inserimento nel repertorio di Area Vasta è ormai consolidato. L'attività del Nucleo Provinciale di valutazione (NPV) in ordine alle richieste di nuovi dispositivi medici è altresì consolidata, così come quella della Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta (CDM Aven)

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>5.4.2.2</b>	<b>Alimentazione applicativo web-dedicato</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali				Dip. Farm. Inter.	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.3</b>	<b>Obiettivo di tracciabilità - alimentazione flusso DIME</b>							
<b>Descrizione</b>	È opportuno confermare anche per il 2020 l'obiettivo di copertura del 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'effettivo allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati nei conti economici stessi.		<b>Rendicontazione</b>	Dati regionali non ancora disponibili					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019					
<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>Perf. inter</b>
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico				Flusso Di.Me.	% >=		95,00%		
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico				Flusso Di.Me.	% >=		40,00%		

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>5.4.2.4</b>	<b>Obiettivi di spesa SSN dei dispositivi medici</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	5.4.2.4	Obiettivi di spesa SSN dei dispositivi medici						
La spesa fissata per il 2020 è ..... Miglioramento da parte dei i professionisti coinvolti dell' l' appropriatezza d' uso dei dm. e contenimento della spesa ; gli ambiti di osservazione sono : protesi d' anca, pacemaker e defibrillatori impiantabili		Dati regionali non ancora disponibili						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Variatione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, rispetto al 2019 (indicatore di osservazione)			flusso Di.me e SDO	Euro >=				
Variatione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, rispetto al 2019 (indicatore di osservazione)			flusso Di.me e SDO	Euro >=				
Variatione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, rispetto al 2019 (indicatore di osservazione)			flusso Di.me e SDO	Euro >=				

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	Obiettivi di spesa SSN dei dispositivi medici						
Descrizione	Partecipazione alle attività INTERCENT -ER nella definizione dei capitolati tecnici di gara o assicurando la presenza nelle Commissioni Giudicatrici di gara; collaborazione al fine di partecipare alle nuove strategie di approvvigionamento e garantire una più ampia adesione alle gare. Anche a livello di Area Vasta Emilia Nord sarà assicurato il contributo fattivo nelle procedure di gara e nelle Commissioni, Segreterie e gruppi di lavoro specifici dei dm.		Rendicontazione	Il Servizio Farmaceutico Ospedaliero ha partecipato, per quanto possibile data l' emergenza Covid, alla definizione di capitolati tecnici e alla presenza nelle Commissioni giudicatrici per quattro procedure di gara in ambito di Area Vasta				

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>5.4.2.5</b>	<b>Obiettivi di spesa SSN dei dispositivi medici</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali				DIP. FARM. INTER.	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>							
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>					
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.				Durante l'emergenza Covid-19 Il Servizio Farmaceutico Ospedaliero ha agito una profonda trasformazione, anche nell'area dm : 1. Gestione dei DPI che storicamente afferivano al Magazzino Economico: ricerca e reperimento dei DPI carenti, specie nel primo periodo dell'emergenza, distribuzione giornaliera alle UU.OO e distribuzioni frequenti e non programmate ai Servizi territoriali, anche di nuova istituzione ( es USCA ), erogazione di DPI su specifica richiesta alle CRA, distribuzione di mascherine chirurgiche a tutte le CRA e strutture socio sanitarie non convenzionate La responsabilità della gestione dei DPI è stata in capo al direttore del Servizio. 2. Gestione emergenza dispositivi medici, specie nell'area delle terapie intensive 3. Riorganizzazione logistica Magazzino Sanitario : a causa di una profonda crisi del Magazzino Centralizzato di Reggio Emilia il Servizio ha dovuto necessariamente ed in brevissimo tempo riprendere la gestione diretta di prodotti oggetto di centralizzazione, con rimodulazione dei percorsi di distribuzione e trasporti agli utilizzatori del territorio provinciale. 3. Organizzazione di trasporti straordinari di dispositivi medici o DPI . 4. Gestione nuovi flussi informativi : predisposizione di report settimanali specifici per Protezione Civile e per il Servizio Tecnologie della regione. 5. Monitoraggi periodici spese Covid . 6. Ricezione e tracciatura di tamponi e kit rapidi con consegna al Laboratorio Analisi di Vaio. 7 . Rendicontazione : creazione nuove anagrafiche dei dm e DPI specifiche in base alla provenienza: da acquisti regionali, da Protezione Civile, da diverse donazioni e successive attività informatiche di carico e scarico ai richiedenti.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	5.4.2.6	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>5.5</b>	<b><u>PATOLOGIE CRONICHE</u></b>
------------------------------------	------------	----------------------------------

<b>Settore</b>	<b>5.5.1</b>	<b><u>Nutrizione Artificiale</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Obiettivo prioritario per l'anno 2020 è l'integrazione organizzativa e assistenziale con il Centro di Nutrizione Artificiale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al fine di raggiungere un miglioramento della qualità complessiva dei servizi e delle azioni dirette alle persone.		

<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>5.5.1.1</b>	<b>Mantenimento giornate e livelli di spese</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Mantenimento dei livelli di spesa raggiunti nel 2019 compatibilmente con l'adeguamento alle nuove tariffe giornaliere/giorno di trattamento come da aggiudicazione della gara regionale.								
<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>Perf. inter</b>
Volumi economici di spesa inferiori o uguali alla spesa rilevata nel 2019			DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO	Euro <=		1.829.797,00		

<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 incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>5.5.1.2</b>	<b>Equipe interaziendale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Costituzione di una equipe interaziendale con AOU per la presa in carico congiunta di pazienti in dimissione da ricovero.			In attesa della costituzione della U.O.C. interaziendale AUSL-AOU					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>5.5.1.2</b>	<b>Equipe interaziendale</b>							
<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>Perf. inter</b>	
Costituzione equipe			atti direzione sanitaria	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>5.5.1.3</b>	<b>Semplificazione della procedura prescrittiva</b>							
<b>Descrizione</b>	Prescrizione diretta di prodotti specifici per il trattamento della disfagia da parte dei fisiatri responsabili della valutazione.		<b>Rendicontazione</b>	A seguito dell'emergenza COVID si sono interrotte le relazioni finalizzate a formalizzare il percorso prescrittivo.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	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>Perf. inter</b>	
Formalizzazione della procedura da parte della Direzione Sanitaria			documento in atti alla direzione sanitaria	Sì/No	Sì		No		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.5.1.4</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>5.5.1.4</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>E' stato predisposto il documento "Alimentazione e Nutrizione per l'anziano istituzionalizzato in corso di infezione SARS2COV19 " formalizzato presso la Direzione delle Attività Sanitarie e Sociali riguardante la nutrizione in periodo SARS2-COV19 nelle strutture per anziani.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>5.6</b>	<b>Sviluppo reti cliniche pediatriche</b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>5.6.1</b>	<b>Area Territoriale</b>
----------------	--------------	--------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.

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

<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>5.6.1.1</b>	<b>Profilo Pediatrico Distrettuale</b>
---	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.	

<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15
------------------------------	-------	--	------------------------------	------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Incontri distrettuali di UPCP/aziendali sul tema Profili Pediatrici	Verbali riunioni	Numero >=		1,00		

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

<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>5.6.1.2</b>	<b>Patologie croniche pediatriche</b>
---	----------------	---------------------------------------

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

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1		Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	5.6.1.2		<b>Patologie croniche pediatriche</b>								
<p>Applicazione del "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso od obeso" (DGR 780/2013), con attivazione dell'ambulatorio per il bambino sovrappeso od obeso. Si rimane in attesa delle valutazioni del consolidamento delle azioni da concordare con la Direzione alla luce del nuovo piano vaccinale.</p>					<p>Il progetto di riaprire l'ambulatorio del bambino obeso nei primi mesi del 2020 è stato rinviato causa l'emergenza Covid. L'idea era quella di ripartire richiamando i soggetti già esaminati in passato per effettuare il controllo a distanza di questi bambini, come indicato dalla Regione. Nell'ipotesi di riprendere il progetto nei prossimi mesi si è fatta richiesta alla Direzione di fornire il personale di branche specialistiche indispensabile all'attivazione dell'ambulatorio (si allega la richiesta per lo psicologo). Si sottolinea l'impossibilità di riaprire in assenza del personale necessario</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2		Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 780/2013					
<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>Perf. inter</b>	
Monitoraggio attività del percorso: n. bambini presi in carico presso ambulatoriale dell'obesità pediatrica					Verifica presso sedi ambulatoriali	Numero >=		100,00			

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1		Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	5.6.1.3		<b>Progetto "Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica" in collaborazione con Jefferson University</b>								
<b>Descrizione</b>					<b>Rendicontazione</b>						
<p>Nel 2016 è stato avviato il progetto Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica della AUSL di Parma, in collaborazione con la Jefferson University. A ciascun PLS, attraverso un accesso personalizzato, viene data la possibilità di consultare un report che evidenzia i pazienti che, data la compresenza di fattori critici, risultano essere a maggior rischio di ospedalizzazione. Verranno organizzati incontri per approfondire le modalità di consultazione e azioni correlate a tale progetto.</p>					A causa dell'emergenza sono state sospese le attività.						
<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	5.6.1.3	Progetto "Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica" in collaborazione con Jefferson University							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza report				Portale RIT	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.6.1.4	Lotta all'antibiotico resistenza							
Descrizione	Distribuire ai PLS i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica. Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (età < 14 anni, come rilevato tramite flusso SIVER) con l'obiettivo di ridurre il tasso di prescrizione di antibiotici e di aumentare il rapporto tra le prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato			Rendicontazione A causa dell'emergenza sono state sospese le attività di confronto sui Profili Pediatrici.					
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 977/19					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Nr. RAD distribuiti nell'anno a PLS con più 800 assistiti				specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		
Nr. RAD distribuiti nell'anno a PLS con meno di 800 assistiti				specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica .				SIVER	Numero <=		751,64		
Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato.				SIVER	Numero >=		1,50		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.6.1.5	Tempestività nella scelta del PLS alla nascita							
Descrizione				Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.1.5</b>	<b>Tempestività nella scelta del PLS alla nascita</b>						
Agevolare la possibilità di effettuare tempestivamente la scelta del PLS alla nascita analizzando in collaborazione con l'U.O. Salute Donna le situazioni che possono ritardare la procedura di assegnazione.			Sono state analizzate le modalità di assegnazione del PLS scelto e sono stati effettuati approfondimenti per evidenziare eventuali tecnicismi che esitano in ritardo di assegnazione. Sono stati sollecitati nei distretti momenti formativi per il personale di Sportello Unico, condivisi con i Referenti.					
<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>Perf. inter</b>
% di bambini per cui è stato scelto il PLS entro 2 gg dalla nascita			ARA-SDO	% >=	50,00%	50,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>5.6.1.6</b>	<b>Piano di Prevenzione vaccinale</b>					
<b>Descrizione</b>	L'offerta vaccinale prevista nel PNPV 2017-19 è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018. Sono state pertanto introdotte nel calendario vaccinale regionale nuove vaccinazioni per classe di età. Sono da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento delle coperture. Deve proseguire l'attività per la gestione degli inadempimenti e recuperi vaccinali. Vanno garantite le azioni necessarie al passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.		<b>Rendicontazione</b>				
			L'attività vaccinale nel primo semestre del 2020 ha subito un forte rallentamento a causa della Pandemia. Gli ambulatori delle Pediatrie di Comunità Distrettuali sono rimasti sempre aperti e attivi come indicato dalla Regione e dalla Direzione aziendale. In alcuni Distretti non è stato necessario procedere a riduzioni degli accessi, mentre per altri è stato necessario, al fine di non creare assembramenti e garantire il personale di supporto al Sisp nella gestione della pandemia. Sono state applicate le indicazioni fornite dalla Regione, sospendendo o rimandando alcune vaccinazioni. Le 10 vaccinazioni obbligatorie nella prima infanzia in alcuni casi hanno subito un posticipo solo per gli appuntamenti delle terze dosi a 11 mesi e una temporanea sospensione/rinvio delle chiamate dei 6 anni per la quarta dose. Anche la vaccinazione HPV ha visto una riduzione delle chiamate fino alla sospensione, soprattutto nel Distretto di Parma. L'attività ha risentito molto anche del mancato accesso dei genitori per il timore di possibile contagio				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>5.6.1.6</b>	<b>Piano di Prevenzione vaccinale</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>Perf. inter</b>
Copertura vaccinale per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24° mese)			Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		
Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze/i della coorte di nascita 2006			Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.1.7</b>	<b>Promozione dell'Allattamento - Pediatria di Comunità</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale)			L'indagine sull'allattamento si esegue da marzo a novembre di ogni anno; non viene prodotta rendicontazione semestrale da parte della regione. Gli ultimi dati disponibili sono relativi all'anno 2019. Rispetto al 2018 è migliorato l' allattamento completo a 3 mesi : 59,92% (56,14% nel 2018), l'allattamento completo a 5 mesi 38,67% (2018: 36,89%). Sono però aumentate le schede perse al 4,42% rispetto al 3,65% del 2018					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite.			FLUSSO AVR	% <=		10,00%		
% Allattamento completo a 3 mesi.			FLUSSO AVR	% >=		55,00%		
% Allattamento completo a 5 mesi.			FLUSSO AVR	% >=		40,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>5.6.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>			
		<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>	<p>PLS, MMG hanno ricevuto comunicazioni ed aggiornamenti attraverso i rispettivi Dipartimenti di riferimento .</p> <p>Sono proseguiti gli incontri delle Unità Pediatriche di Cure Primarie ed incontri di Nucleo anche attraverso la modalità video call.</p> <p>I PLS referenti di UPCP e i MMG Referenti di Nucleo/MMG in Staff vengono coinvolti per aggiornamenti nelle video call della Centrale di Coordinamento Emergenza CCEC. Per i pazienti con sintomatologia di sospetto Covid 19 è stato sospeso il percorso ambulatoriale; la gestione degli accessi è affidata ai triage all'ingresso delle strutture.</p> <p>I pazienti sintomatici non possono accedere agli ambulatori pediatrici presso le Case della Salute, la Casa della Salute del Bambino e dell'Adolescente.</p> <p>-Per i pazienti pediatrici con patologie inguaribili, con bisogni assistenziali complessi, in setting domiciliare di cura per gravissime limitazioni funzionali, in dipendenza vitale da presidi medici invasivi e non, è stato garantito il mantenimento della continuità delle cure da parte dei nodi territoriali ed ospedaliero della rete. --E' stato creato un gruppo di lavoro (Sanità Pubblica, PLS, Scuola) per l'applicazione delle "Indicazioni operative per la riapertura delle scuole e per la gestione dei casi e focolai di SARS-COV-2 dell'Emilia Romagna" (prot 0053252 del 10/09/20) ed è stata creata una casella di posta elettronica a disposizione dei referenti Covid delle scuole.</p> <p>Per quanto riguarda la Pediatria di Comunità: nel distretto di Parma è stato garantito un supporto al Sisp con 5 assistenti Sanitari fissi da inizio marzo; uno di questi è rimasto al sisp, 2 sono rientrati in PDC a metà giugno, 2 si sono trasferiti in altra azienda. Si è garantito un apporto saltuario di 4 medici . Al Distretto Sud Est 2 medici hanno collaborato con il SISP , 1 Infermiere ha lavorato a tempo pieno al Sisp ed ancora è presso quel servizio, altre tre As hanno collaborato. Nel Distretto VTC 2 AS hanno collaborato con il SISP. Nel Distretto di Fidenza la Coordinatrice ha impegnato il suo orario sul Sisp, altre Assistenti Sanitarie sono state in appoggio per inchieste e sorveglianze fino a giugno. In totale il Distretto ha fornito 3 unità. L'apporto che le Pediatrie hanno garantito al Sisp ha necessariamente comportato una rimodulazione delle attività in termine di riduzione di appuntamenti per attività vaccinale, unitamente all'applicazione delle indicazioni regionali e al rispetto del distanziamento. La riduzione delle prestazioni ha risentito molto anche del mancato accesso dei genitori per il timore di possibile contagio. Confronto tra primo semestre 2019 con analogo periodo 2018: vaccinazioni erogate: Parma -3888, Sud Est -1039, VTC -881, Fidenza -490.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	5.6.1.8	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>5.6.2</b>	<b>Area Ospedaliera</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nonostante le problematiche associate al costante turn over del personale e alla riduzione del personale medico, nel 2020 l'U.O. di Pediatria di Vaio si propone l'incremento degli standard qualitativi assistenziali, attraverso due obiettivi: da un lato lo sviluppo di percorsi assistenziali e di comunicazione e dall'altro il proseguimento dell'azione di miglioramento continuo delle skills individuali e di equipe, anche in un'ottica di integrazione con i reparti presso i quali si agisce come consulenti. Per portare a termine il primo scopo, si intende allocare tutte le prestazioni ambulatoriali nei nuovi locali della ala M dell'Ospedale a beneficio di utenti e operatori, modificare la lettera di dimissione del Nido secondo i criteri della delibera Num. 2050 del 18/11/2019 e implementare le informazioni già fornite alla dimissione per la prevenzione degli incidenti domestici di neonati ed infanti. Per completare il secondo obiettivo si proseguirà il programma di formazione per il personale medico ed infermieristico del proprio reparto, aperto anche ai reparti con i quali si interagisce quotidianamente.</p>		

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.2.1</b>	<b>Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - Formazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Formazione e sviluppo di competenze: -organizzazione di corsi di rianimazione neonatale e assistenza neonatale in urgenza -organizzazione di corsi PBLs pediatrici. -organizzazione di corsi per la sensibilizzazione alla terapia del dolore in età pediatrica.			L'emergenza per l'epidemia SARS COV 2 ha impedito lo svolgersi delle attività di formazione previste. Non sono stati svolti i corsi programmati tra marzo e giugno in aula. Tuttavia sono state svolte attività di formazione ed esercitazione con manichino, non accreditate come eventi formativi, svolti in reparto, sempre nel rispetto delle regole di prevenzione anti covid.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Accordo Stato Regioni 16.12.2010 punto 8. Linee guida SIN DGR 1423 del 02/10/2017 "Attuazione del piano soc. e sanit. 2017-2019 punto 31. Rianim. neonatale in sala parto e stabilizz. neonato. Linee guida SIMEUP Rianim. Ped. . L. 38/10				
<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>Perf. inter</b>
N. di corsi di rianimazione neonatale e pediatrici			U.O. Formazione	Numero >=	2,00	4,00	2,00	

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>5.6.2.2</b>	<b>Implementazione dei percorsi assistenziali nella nuova Ala corpo M e dell'appropriatezza delle informazioni alla dimissione ospedaliera</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>5.6.2.2</b>	<b>Implementazione dei percorsi assistenziali nella nuova Ala corpo M e dell'appropriatezza delle informazioni alla dimissione ospedaliera</b>						
1) Trasferire nei locali della nuova ala Ospedaliera , corpo M, le prestazioni ambulatoriali per fornire ambienti più confortevoli per utenti e operatori. 2)Fornire le informazioni/consigli appropriati sulla cura del neonato, utili per il rientro a domicilio, attraverso l'ampliamento della lettera di dimissione ospedaliera dei neonati del Nido, 3)Indicare informazioni facilmente comprensibili e utili alla prevenzione di danni accidentali domestici in età neonatale o infantile.			1)Nonostante la chiusura delle prestazioni ambulatoriali determinata dall'epidemia Sars COV 2, la ripresa delle stesse, seppur progressiva e ancora non del tutto completa, è avvenuta trasferendo le prestazioni nei locali del corpo M. 2) La lettera di dimissione dal Nido è stata parzialmente modificata, conformata alle direttive regionali del DRG 2050/19 3)Ai genitori dei nuovi nati, alla dimissione, è illustrata e consegnata una brochure per la prevenzione degli incidenti domestici					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DRG 2050 18.11.2019				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
numero di ambulatori pediatrici trasferiti nella nuova ala			reparto	Numero >=	50,00	100,00	50,00	
nuova lettera di dimissione			reparto	Sì/No		Sì	Sì	
brochure informative sugli incidenti domestici alla dimissione			reparto	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.2.3</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
<b>Descrizione</b>	Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.2.3</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>In collaborazione con il reparto di Ostetricia e Ginecologia di Vaio nella prima parte dell'emergenza sono state prese con successo misure per la prevenzione della trasmissione dell'epidemia in ambito neonatale e pediatrico proseguendo l'attività assistenziale. Si è verificato anche un parto di madre Sars Cov 2 positiva senza conseguenze per madre-bambino e operatori sanitari. Alcuni pediatri hanno inizialmente supportato con guardie mediche i reparti COVID. Alla chiusura del reparto per la trasformazione dell'Ospedale di Vaio in Ospedale COVID, i medici pediatri sono stati impiegati in convenzione per circa 3 mesi presso l'AOU di Parma, per supportare la Nursery dell'Ostetricia di Parma, alla quale sono stati indirizzati tutti i parti della provincia, mentre il personale infermieristico ed le ostetriche sono state impiegate nell'assistenza ai malati Sars COV 2 positivi a Vaio. Dal 15 giugno è quindi ripresa l'attività di assistenza neonatale al punto nascita a Vaio.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>5.7</b>	<b><u>Psicologia Clinica e di Comunità</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>5.7.1</b>	<b><u>Quadro Generale</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
Predisposizione UOS come previsto dalla delibera costitutiva della Psicologia Clinica e di Comunità . E' stato espletato il concorso per l'assunzione di psicologi a tempo indeterminato .		

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>5.7.1.1</b>	<b>Psicoterapia</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prosecuzione del gruppo di lavoro sulla psicoterapia.Valutazioni in merito alla somministrazione del CORE OM.			Si è proceduto con l'istituzione di gruppi di lavoro che si sono bloccati causa COVID.Il confronto è continuato in forma da remoto.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Regione	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	1.2	<b>Area dell'integrazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.1.2</b>	<b>Omogeneizzare le prestazioni erogate nei consultori</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prosecuzione del lavoro in riferimento alla depressione post partum e interventi previsti da parte degli psicologi in quest'area .			condivisione percorsi con gli psicologi dei consultori e ospedale					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Regione	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.1.3</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Progetto Servizio psicologico in Emergenza Covid-19 presso Ospedale Vaio Fidenza e Ospedale di Borgo Val di Taro. Attivata una linea telefonica rivolta ai familiari dei pazienti assistiti. Affiancati gli operatori sanitari - per situazioni particolarmente critiche (Pluri-Lutto, familiare rimasto solo e senza aiuti, etc.) Presenza di psicologi all'interno del Reparto a bassa intensità CP-COVID-19. Gestione i pazienti deceduti e organizzazione della restituzione degli effetti personali. Contatto telefonico con i familiari del parente deceduto, sostegno ai pazienti durante il ricovero, ai familiari durante il ricovero. Contatto telefonico con i familiari del parente deceduto. Dati delle prestazioni effettuate inviati in Regione e caricati in Agenda creata per dati COVID 19</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Area</b>	<b>6</b>	<b><u>AREA TRASVERSALE DI GOVERNANCE AZIENDALE</u></b>
-------------	----------	--

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>6.1</b>	<b><u>Piattaforme logistiche ed informatiche – ICT</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>6.1.1</b>	<b><u>Obiettivi 2020</u></b>
----------------	--------------	------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le azioni di sviluppo e consolidamento in ambito hardware e software del sistema informatico aziendale a carico del servizio RIT per l'anno 2020 saranno orientate al raggiungimento di obiettivi atti a garantire continuità operativa in relazione allo svolgimento di servizi di supporto tecnico-informatico alle linee di attività aziendali e in linea con gli obiettivi definiti nei piani programmatici regionali, di area vasta e provinciali ed in particolare con quanto definito nel documento "Obiettivi di mandato della Direzione generale", nel Piano delle performance 2018-2020 e nel Piano triennale degli investimenti

<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>6.1.1.1</b>	<b>Azioni di sviluppo</b>
------------------	----------------	---------------------------

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Le azioni di sviluppo del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci dedicate nella sezione tecnologie informatiche .	Sono state utilizzate le risorse coerentemente al piano ed a quanto concordato negli incontri sul Piano degli investimenti. E' da considerare che le spese aggiuntive legate alla gestione informatizzata delle attività correlate alla pandemia COVID non erano state preventivate.

<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>	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 2.3 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale
------------------------------	--------------	---	------------------------------	---

<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>Perf. inter</b>
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite i seguenti indice: importo spese sostenute/importo spese presenti nelle voci sopra indicate del Piano triennale degli investimenti	Piano degli investimenti e Registro fatture passive	% >=	50,00%	100,00%	40,00%	

<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>6.1.1.2</b>	<b>Azioni di consolidamento</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>6.1.1.2</b>	<b>Azioni di consolidamento</b>						
Le azioni di consolidamento del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci nella sezione tecnologie informatiche con particolare riferimento alla voce 2013/20-3			Si sta partecipando alla rendicontazione del piano degli investimenti.					
<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>	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 1.1 Obiettivi di mandato della Direzione generale				
<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>Perf. inter</b>
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite il seguente indice: importo spese sostenute/importo spese presenti nelle voci sopra indicate del Piano triennale degli investimenti			Piano degli investimenti e Registro fatture passive	% >=	50,00%	100,00%	98,00%	
Proseguimento della pianificazione delle azioni relative alle misure sicurezza AGID			Documento pianificazione	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.1.3</b>	<b>Information Communication Technology (ICT)</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE con il pieno supporto della società LEPIDA sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati ed affiancamento. Realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativo-contabile (GAAC), assicurare collaborazione e supporto . FSE: Le Aziende entro il 31/12/2020 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							
<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>	DGR 977/19			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.3	Information Communication Technology (ICT)							
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE			specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%			
% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale(per FSE)			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	40,00%		
% di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP			specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.4	Information Communication Technology (ICT)							
Descrizione			Rendicontazione						
Dematerializzazione delle prescrizioni: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento. Software unico dei comitati etici: Le aziende dovranno utilizzare la piattaforma applicativa software e i servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca.Cartella clinica unica regionale informatizzata del DAISM-DP: nel 2020 sarà avviato l'utilizzo della procedura per l'acquisizione del sw unico regionale per la gestione dei DSM-DP. Le aziende dovranno garantire la partecipazione alle attività richieste con DPG/2017/12828			Si è proceduto nel perseguimento degli obiettivi di diffusione dell'uso prescrizione dematerializzata, adozione sw unico DSM.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 977/19					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.4	Information Communication Technology (ICT)							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate			specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	90,00%	
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-Software unico dei comitati etici			specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	
partecipazione del Dipartimento di Salute Mentale alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale- cartella clinica unica			specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%	95,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.5	Information Communication Technology (ICT)							
Descrizione				Rendicontazione					
Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi: Le aziende dovranno utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla DG Cura della persona, salute e welfare suddivisi in servizi dell'anagrafe strutture; servizi di decodifica. Software unico per sistema trasfusionale: Le aziende dovranno implementare secondo quanto definito nel progetto esecutivo della piattaforma applicativa sw. Nuovo sistema informativo unitario servizi sociali (SIUSS nazionale): Le aziende dovranno trasmettere ad INPS le prestazioni erogate alle persone con disabilità e non autosufficienti e le rispettive valutazioni secondo quanto previsto dalla normativa. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: Le aziende dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 18/04/2012.			Si è proceduto nel perseguimento degli obiettivi di utilizzo dell'uso dei servizi esposti dall DG Cura della persona.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo	DGR 977/19				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.5	Information Communication Technology (ICT)						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
% servizi interrogati/servizi resi disponibili - DG Cura della persona			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	90,00%	
Corretto utilizzo del SNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di PS			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	0,00%	
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di Ricovero Ospedaliero			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	70,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.6	Sistema Informativo - Interconnessione dei flussi informativi						
Descrizione			Rendicontazione					
Le aziende sono chiamate a partecipare al progetto di interconnessione delle banche dati, basate sull'identificazione del paziente, garantendo il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente, la soddisfazione delle azioni richieste da NSIS e l'adeguamento dei tracciati record dei flussi interessati.			la gestione dei percorsi è in corso di riprogettazione con finanziamento specifico.					
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/19				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.6	Sistema Informativo - Interconnessione dei flussi informativi						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
N. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGE			specifico flusso di riferimento	% <=		1,00%	0,80%	
Adesione alle azioni richieste da NSIS			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	90,00%	
Rispetto scadenze invio flussi (n. scadenze rispettate per flusso)			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	100,00%	
Rispetto scadenze adeguamento flussi			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	95,00%	
Incidenza variazione dei dati (media annuale)			specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%	19,00%	
Completezza dei dati nel mese di competenza			specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%	86,00%	
ridefinizione strumento informatico per la gestione percorsi			collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.7	Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata						
Descrizione			Rendicontazione					
Soddisfazione adempimenti LEA C.14, C.15: Spesa farmaceutica. Con l'obiettivo di adottare strumenti, tipici del controllo di gestione, per la rendicontazione economica integrata delle forme di assistenza sanitaria e sociale sono richieste, alle Aziende Sanitarie: soddisfazione adempimenti LEA C. 14, C.15 e l'impegno nell'inviare, nei tempi, i flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.			Si è proceduto nel perseguimento degli obiettivi					
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/19				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.1.7</b>	<b>Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata</b>						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Rispetto dei tempi d'invio delle relazioni mensili (n. relazioni mensili inviate entro i termini)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	80,00%	
Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs. prezzo flusso traccia			specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		
Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs. prezzo flusso traccia			specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		
Presenza prodotti nei flussi vs. flusso traccia			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	97,00%	
Rispetto dei tempi invio flussi FRNA - Invio flussi/dati entro i tempi			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	90,00%	
ridefinizione strumento informatico per la gestione percorsi (+ 5% rispetto al 2018)			collaudo sistemi informatici di riferimento	% >=				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.1.8</b>	<b>Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera</b>						
Descrizione			Rendicontazione					
Trasmettere i flussi dei registri operatori (sperimentale per una classe di interventi) e dell'attività radiologica (programmato ed eseguito). Rilevazione dei tempi di attesa: nell'ambito delle attività richieste alle Aziende ed oggetto di monitoraggio, prioritariamente vi sarà quanto definito dalla DGR 272/2017 per la soddisfazione dei tempi di attesa (prospettici) dei ricoveri programmati attraverso l'implementazione dei sistemi SIGLA 2.0.			Vi è integrazione dei data repository.					
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/19				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
utilizzo integrazione data repository con AOUPR			estensione sistemi informatici di riferimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.1.9</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - FSE</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
FSE: Le Aziende entro il 31/12/2020 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.			L'implementazione dello standard CDA2 è in corso ma ha subito un forte rallentamento causa impegno dei fornitori coinvolti nella gestione della pandemia.					
<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>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Nr. referti digitalizzati in CDA2 o in altro formato /ricette ambulatoriali comma 5, ovvero ricette rosse e dematerializzate			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	0,00%	
Nr.referti digitalizzati in CDA2 per il 2020 ( gen-dic) calcolato per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione/insieme dei referti prodotti prodotti dall'azienda per 2020 calcolato solo per soggetti con consenso all'alimentazione			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.1.10</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - Prescrizioni dematerializzate</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prescrizioni dematerializzate: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministrativo per la corretta presa in carico ed erogazione.			Si stanno facendo campagne di sensibilizzazione soprattutto per la corretta presa in carico ed erogazione.					
<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>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate.			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	98,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.1.11</b>	<b>Information Communication Technology (ICT)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi: si dovranno utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla DG Cura della persona, salute e welfare suddivisi in servizi dell'anagrafe strutture; servizi di decodifica. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: si dovrà garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 12/ aprile 2012								
<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>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% servizi interrogati/servizi resi disponibili			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	94,00%	
Nr. Certificati INPS prodotti per evento di PS			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	0,00%	
Nr. Certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di ricovero ospedaliero			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	70,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.1.12</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>6.1.1.12</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>L'intero processo di gestione delle prenotazioni e restituzione esiti degli esami relati all'infezione da COVID19 è stato informatizzato da 0, compendendo anche la raccolta delle attività COVID-relate di nuove erogatori di prestazioni come le USCA e delle attività di monitoraggio svolte dagli MMG. Sono stati profusi molti sforzi per soddisfare i debiti informativi creati dalla Regione.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>6.2</b>	<b><u>Il Sistema Informativo</u></b>
------------------------------------	------------	--------------------------------------

<b>Settore</b>	<b>6.2.1</b>	<b><u>Obiettivi 2020</u></b>
----------------	--------------	------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Come declinato nella DGR 977/19, negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contribuito al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. Nel 2019 gli obiettivi sono stati rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione), obiettivi che si ritiene di potere reiterare sull'anno 2020 visti i percorsi virtuosi di approfondimento e perfezionamento intrapresi, anche attraverso momenti analitici e formativi in sede di Tavolo Regionale di Coordinamento Tecnico sulla Statistica ed i Sistemi Informativi Sanitari e Sociali. Per il raggiungimento degli obiettivi riportati il Dipartimento si è dotato di una Risorsa professionale con il precipuo compito del coordinamento dei flussi aziendali presidiando la qualità del dato e il recepimento delle innovazioni evolutive riguardanti i debiti informativi verso la Regione.

<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 incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.2.1.1</b>	<b>Sistema Informativo - Diffusione utilizzo ReportER Home</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.2.1.1</b>	<b>Sistema Informativo - Diffusione utilizzo ReportER Home</b>						
<p>Nel corso degli ultimi anni sono stati implementati dal Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie Regionale sistemi di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA) e di rendicontazione (InSider ) che costituiscono le architravi per l'analisi e la reportistica dei dati sanitari regionali. Attingendo dalle banche dati aziendali, dopo un processo di validazione della congruenza e consistenza dei dati, i suddetti sistemi sono in grado di dare rappresentazione razionale del patrimonio informativo Sanitario Regionale. Il Dipartimento Valutazione e Controllo anche nel corso del 2020 si prefiggerà l'obiettivo di diffondere la conoscenza e l'utilizzo delle potenzialità dei sistemi di analisi e reportistica regionali accessibili tramite l'interfaccia ReportER Home sia attraverso opera di sensibilizzazione alla cultura del dato sia mediante il supporto all'utilizzo alle diverse Funzioni Aziendali; a tal riguardo si evidenzia come nel corso dell'anno 2020 l'accesso ai Dashboard e ai Cruscotti di InSider si baserà su un sistema di profilatura associata alle Utenze Individuali a seconda delle necessità e non più tramite credenziali uniche aziendali.</p>			<p>Al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali", tenutosi a Bologna il 18 novembre 2019, il Dott. Claudio Voci, Responsabile del Data Warehouse e Business Intelligence in ambito sanitario, socio sanitario e sociale, ci ha comunicato l'avviamento dal 1/1/2020 della nuova modalità di accesso al portale InSiDER con credenziali personali e non più con le classiche credenziali aziendali. La scelta è stata dettata sia da ragioni di sicurezza degli accessi sia da ragioni di ottimizzazione nella profilatura per l'utilizzo del portale da parte dell'Utenza. Dal 1/3/2020 InSiDER non è più raggiungibile tramite le credenziali aziendali e ma solo con le proprie credenziali e con la profilatura di accesso adeguata. A tal fine è stata inviata una mail alla Direzione Aziendale e ai Direttori delle Articolazioni Aziendali con una griglia contenente tutti i moduli di cui consta InSiDER, chiedendo di evidenziare Utente per Utente i moduli cui dovrà avere accesso. E' stato inviato alla Regione l'elenco dei nominativi per la profilatura INSIDER con le seguenti tipologie di profilatura: SISTEMI INFORMATIVI, TERRITORIALE, GENERICO, OAS/OIV, OSPEDALIERO. Il processo di profilatura è andato a buon fine; ad oggi tutti gli utenti aziendali individuati hanno accesso al portale INSIDER con le credenziali personali rilasciate.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DPG/2018/13923 del 21/08/2018				
<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>Perf. inter</b>
Promozione utilizzo sistema ReportER Home			Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	
Profilatura individuale accesso InSider			Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.2.1.2</b>	<b>Sistema Informativo - Coordinamento e presidio flussi informativi</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.2.1.2</b>	<b>Sistema Informativo - Coordinamento e presidio flussi informativi</b>						
<p>Nel corso dell'anno 2019 la partecipazione al Tavolo Regionale di Coordinamento Tecnico sulla Statistica ed i Sistemi Informativi Sanitari e Sociali ha costituito un momento sostanziale per l'avvio del presidio aziendale dei flussi informativi. Sono stati riportate in Azienda, alle Funzioni preposte, le priorità e le necessità espresse dai Sistemi Informativi Regionali in termini di tempestività degli invii e di correttezza di alimentazione dei flussi. A partire dal primo novembre 2019 al Dipartimento è stata assegnata una Risorsa professionale che dovrebbe permettere di portare a compimento la presa in carico della funzione di coordinamento dei flussi informativi regionali. Le innovazioni e le evolutive che emergono dal Tavolo richiedono una attenta e pertinente interazione con i Sistemi Informativi Aziendali e con le Funzioni Aziendali interessate.</p>			<p>Partecipazione al Workshop Regionale "Analisi dei flussi SDO 2019 e studi sulla qualità dei flussi" tenutosi il 18 febbraio 2020. Partecipazione a tutti gli incontri on line con il Tavolo relativi all'emergenza covid, contribuendo alla verifica dei dashboard creati appositamente per il monitoraggio COVID, alla rendicontazione puntuale dei dati relativi ai ricoveri e ai decessi COVID nelle strutture Aziendali e Private Accreditate in ambito AUSL di Parma. L'attività di coordinamento dei flussi ha evidenziato risentito degli effetti della pandemia COVID che ha posto sotto stress il sistema focalizzando le risorse e le energie nella gestione informativa dell'emergenza. Non di meno, sono stati garantiti i controlli sulla qualità dei dati inviati alla Regione e, in collaborazione con il RIT, sono state risolte alcune criticità emerse nel primo semestre (ad esempio, il mancato invio delle prestazioni agli assistiti dializzati a causa di un malfunzionamento del nuovo gestionale).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DPG/2018/13923 del 21/08/2018				
<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>Perf. inter</b>
Partecipazione al Tavolo Regionale di Coordinamento Tecnico sulla Statistica ed i Sistemi Informativi Sanitari e Sociali			Dip. Val. Cont	Sì/No	Sì	Sì	Sì	
Relazione sul coordinamento dei flussi informativi e sull'adeguamento alle evolutive emergenti dal Tavolo Regionale			Dip. Val. Cont	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.3</b>	<b>Sistema Informativo - DB oncologico (1)</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>6.2.1.3</b>	<b>Sistema Informativo - DB oncologico (1)</b>						
<p>Anche nel 2020 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche, tra cui il DBO. Nel corso dell'anno 2019 sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici del flusso in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri organizzati dai Sistemi Informativi Regionali, momenti in cui si è analizzato l'andamento degli indicatori anche attraverso strumenti come la nuova Reportistica Predefinita.</p>			<p>La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Per quanto concerne il DB Oncologico, gli obiettivi assegnati sono diretti alla compilazione corretta delle codifiche e al linkage con i flussi SDO e ASA; sebbene i numeri complessivi dei tumori registrati per l'AUSL di Parma siano piuttosto esigui gli indicatori all'ultima rilevazione non erano entro gli standard attesi. Si è provveduto a favorire la diffusione del paradigma Regionale di monitoraggio degli indicatori e sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici dei Flussi in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri ad hoc organizzati dai Sistemi Informativi Regionali che hanno illustrato la nuova Reportistica Predefinita per il DB Oncologico. Nella seconda parte dell'anno verranno pianificati e condotti confronti con il Coordinatore della Rete locale delle Cure palliative della provincia di Parma Prof. Vittorio Franciosi, con il quale sono stati già stati intrapresi dei confronti sull'argomento. Ad oggi non sono disponibili i dati del linkage tra flusso DBO e flusso SDO e ASA (i dati saranno disponibili in fase di rendicontazione annuale).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Linkage flusso SDO e ASA			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		
Riduzione della codifica "non noto": Tutti i tumori: istotipo			specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%	22,90%	
Riduzione della codifica "non noto": Tutti i tumori stadio			specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%	12,90%	
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: estrogeni			specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%	8,30%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.4</b>	<b>Sistema Informativo - DB oncologico (2)</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>6.2.1.4</b>	<b>Sistema Informativo - DB oncologico (2)</b>						
<p>Anche nel 2020 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche, tra cui il DBO. Nel corso dell'anno 2019 sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici del flusso in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri organizzati dai Sistemi Informativi Regionali, momenti in cui si è analizzato l'andamento degli indicatori anche attraverso strumenti come la nuova Reportistica Predefinita.</p>			<p>La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Per quanto concerne il DB Oncologico, gli obiettivi assegnati sono diretti alla compilazione corretta delle codifiche e al linkage con i flussi SDO e ASA; sebbene i numeri complessivi dei tumori registrati per l'AUSL di Parma siano piuttosto esigui gli indicatori all'ultima rilevazione non erano entro gli standard attesi. Si è provveduto a favorire la diffusione del paradigma Regionale di monitoraggio degli indicatori e sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici dei Flussi in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri ad hoc organizzati dai Sistemi Informativi Regionali che hanno illustrato la nuova Reportistica Predefinita per il DB Oncologico. Il valore del primo indicatore sotto riportato sarà disponibile in fase di rendicontazione annuale.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: progesterone			specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%		
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: Ki67			specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	16,70%	
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: HER2-ich			specifico flusso di riferimento	% <=		30,00%	16,70%	
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: HER2-ish			specifico flusso di riferimento	% <=		40,00%	25,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.5</b>	<b>Sistema Informativo DB Clinici - PS</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>6.2.1.5</b>	<b>Sistema Informativo DB Clinici - PS</b>						
<p>Il miglioramento e completezza dei flussi che riguardano i DB Clinici (RERAI, RERIC e REAL) e del flusso PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.) rimangono obiettivi rilevanti anche per l'anno 2020.</p>			<p>La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). I DB Clinici (RERAI: Data Base clinico Regionale di Aritmologia Interventistica, RERIC: Data Base clinico Regionale degli interventi di Cardiocirurgia, REAL: Data Base clinico Regionale delle Angioplastiche Coronariche) mostrano un grado di linkage con il flusso SDO piuttosto basso ed una certa variabilità dei dati periodici; il focus deve rivolgersi nella consapevolezza che l'indicatore è estremamente sfidante rispetto ai dati storici, andranno messe in campo le azioni di sensibilizzazione con i Referenti Clinici dei Gestionali. Relativamente agli scarti e alle segnalazioni delle schede PS l'AUSL di Parma parte da una buona situazione, non di meno si presterà particolare attenzione agli scarti e alle segnalazioni con i codici riportati (P210, P356, P211). I dati solitamente sono disponibili a fine anno.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Linkage flusso SDO con congruenza all'intervento			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
% Scarti delle schede con P210, P356			specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		
% Segnalazione delle schede con P211			specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.6</b>	<b>Sistema Informativo - SDO - DSA</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>6.2.1.6</b>	<b>Sistema Informativo - SDO - DSA</b>						
I flussi SSCL, SICHER sono strettamente collegati al flusso SDO, la loro lettura congiunta permette di verificare la copertura sia delle Check list sia delle infezioni del sito chirurgico ed è particolarmente rilevante per la verifica della qualità dei dati in termini di accuratezza e completezza. Rimane l'impegno per la trasmissione del flusso DSA nei modi e nei tempi prestabiliti.			La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Gli indicatori che riguardano il flusso SDO sono già all'attenzione dei Referenti Aziendali. Infine, relativamente al nuovo flusso DSA verranno recepite e diffuse con celerità le indicazioni per l'avvio del flusso. Per quanto riguarda la trasmissione del DSA nei tempi programmati, nella seconda parte dell'anno si procederà ad un confronto con il RIT aziendale. I dati solitamente sono disponibili a fine anno.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Codifica codice di reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Ricoveri programmati con data di prenotazione=data di ammissione (segnalazione0159 campo B018)			specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		
DSA Trasmissione del flusso nei tempi programmati			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.7</b>	<b>Flussi informativi: tempestività e aggiornamento</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Nell'invio dei flussi informativi oltre alla correttezza del dato viene in considerazione la tempestività nell'invio alla Regione, ovvero l'invio del dato entro il periodo di pertinenza. La situazione dell'AUSL di Parma è da considerarsi nel complesso soddisfacente, si rileva però come nell'anno 2018 come il flusso SDO e quello ADI fossero leggermente al di sotto dello standard (80%). L'attività di coordinamento dei flussi e il monitoraggio degli stessi di concerto con il Sistema Informativo Aziendale dovrebbe garantire il superamento dello standard per tutti i flussi.			L'attività di controllo è proseguita con l'integrazione del RIT ma, causa emergenza COVID, tale attività non si è ancora conclusa. I dati solitamente sono disponibili sul portale regionale a fine anno. Per la seconda parte dell'anno, stiamo valutando la possibilità di valerci di un cruscotto per il monitoraggio della qualità dell'invio dei flussi di debito regionale sia in termini di accuratezza che di tempestività dell'invio dei medesimi.				

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.7</b>	<b>Flussi informativi: tempestività e aggiornamento</b>						
<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>Perf. inter</b>
Raggiungimento dello standard di riferimento			SIVER	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Durante il periodo di emergenza legata alla diffusione dell'infezione COVID/19 sono stati elaborati e aggiornati, con cadenze differenti legate alle esigenze del momento, gli elenchi dei quarantenati a domicilio e dei positivi di tutti i Comuni della provincia di Parma. Tali elenchi "grezzi" venivano forniti dal Dipartimento di Sanità Pubblica e, una volta elaborati, venivano inviati al Dipartimento stesso per l'invio ai Sindaci dei vari Comuni ed al Prefetto di Parma. Inoltre, si è agito in stretta collaborazione con la RER per la predisposizione di cruscotti per il monitoraggio degli eventi COVID ed il monitoraggio tempestivo degli eventi. Infine è stata svolta attività di analisi e supporto alla Direzione ospedaliera per la bonifica dei dati dei ricoveri COVID negli ospedali aziendali.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>6.3</b>	<b><u>Monitoraggio della mobilità passiva</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>6.3.1</b>	<b><u>Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria</u></b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

La mobilità sanitaria attiva e passiva infraregionale deve essere monitorata attentamente, in rapporto alle strutture di erogazione della rete provinciale. L'offerta di ricovero in ambito provinciale è completa e ben articolata, ma sussiste comunque la libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino. Anche i fenomeni di fidelizzazione ai Professionisti che si muovono verso strutture extra provinciali ed extraregionali possono configurare flussi non prevedibili di utenti e modalità di orientamento della domanda che non tengono conto delle possibilità quali-quantitative esistenti in ambito provinciale. Anche condizioni di elevata attrattività, per strutture di alta qualità, possono generare lunghe liste d'attesa, con effetto paradosso di aumento non giustificato della mobilità passiva, per ridotto utilizzo di strutture che hanno livelli qualitativi tecnicamente adeguati, ma non percepiti come tali.

<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 incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.3.1.1</b>	<b>Nuovo processo di gestione della mobilità</b>
--	----------------	--

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

Rimodulazione delle attività tecnico-amministrative per la gestione della mobilità sanitaria e reingegnerizzazione del processo attraverso l'introduzione di strumenti informatici volti a garantire migliore tracciabilità ed oggettività ed a facilitare il rispetto delle scadenze nell'invio del flusso.

Nei primi mesi dell'anno è stato introdotto l'utilizzo di programmi informatici specifici per la mobilità attiva e passiva, con i quali vengono prodotti i file di interscambio e analizzati i file di contestazione e controdeduzione. Gli scambi informativi nel 2020 sono cominciati soltanto con il semestre e sono ancora in corso, la parte relativa alle contestazioni è stata avviata da pochi giorni e si concluderà alla fine di settembre.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.2</b>	<b>Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi</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>Perf. inter</b>
Implementazione software specifico	RIT	Sì/No		Sì	Sì	
Rispetto tempi invio flusso	SISEPS - Piattaforma Mobilità	Sì/No		Sì	Sì	
Rispetto tempi per la gestione delle Contestazioni previsti dalla Circolare Regionale 10/2002	ftps.regione.emilia-romagna.it	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>6.3.1.2</b>	<b>Monitoraggio della mobilità sanitaria</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Valutazione periodica dell'andamento della mobilità, a confronto con la produzione delle strutture ospedaliere della rete pubblica e privata accreditata provinciale, ai fini di evidenziazione precoce di variazioni meritevoli di azioni correttive.			Sono stati prodotte varie tipologie di report a questo scopo sottoposti all'attenzione della direzione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa 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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Atti Dipartimento Valutazione e Controllo	Si/No	Si	Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.1.3</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			Anche il Settore Mobilità ha dato il suo contributo nelle fasi di gestione della emergenza COVID fornendo sempre gli elementi richiesti a supporto delle decisioni della Direzione. In particolare sono state sviluppate reportistiche specifiche per il monitoraggio dell'attività svolta da Azienda Ospedaliero Universitaria nell'ambito dell'Accordo di Fornitura che desse evidenza dello scenario creatosi durante l'emergenza COVID, rispetto alla casistica trattata ed alla riorganizzazione dei reparti, mettendo in evidenza gli scostamenti rispetto all'anno precedente. E' anche stata fatta una reportistica che evidenzia la proiezione ad anno sulla produzione del privato accreditato rispetto ai tetti concordati per il 2020					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.3.1.3	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>6.4</b>	<b><u>ACCREDITAMENTO E QUALITA'</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>6.4.1</b>	<b><u>Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento</u></b>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'anno 2019 è stato necessario per definire alimentare la cultura aziendale atta a rendere attivo il metodo gestionale fondato sul sistema qualità. E' a partire dal 2020 che il progetto vedrà una sua concretizzazione attraverso la definizione di strategie che troveranno successivamente la loro operatività in programmi puntuali e ben definiti. La Direzione Strategica ritiene necessario definire obiettivi specifici riguardo: 1) l'assicurazione che il SGQ sia coerente, ben gestito, adeguato in seguito ad ogni cambiamento organizzativo, approvato e migliorato su base continua; 2) venga garantita la disponibilità di tutta la documentazione di supporto necessaria per lo svolgimento delle attività all'interno dell'organizzazione; 3) sia assicurato che gli auditor sul sistema qualità, che dovranno operare verifiche sul sistema, siano adeguatamente formati; 4) vengano pianificati e assicurati lo svolgimento degli audit di sistema.; 5) attività di supervisione per la gestione delle azioni preventive e correttive.; 6) programmazione, verifica e controllo dei progetti di miglioramento.

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>6.4.1.1</b>	<b><u>Supporto alla attività di formazione della rete interna della qualità</u></b>			
------------------	----------------	---	--	--	--

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

la rete di facilitatori del sistema qualità rappresenta una risorsa dell'organizzazione, capace di catalizzare le iniziative intraprese in un'ottica di miglioramento continuo ed il cui campo di azione agisce almeno a tre livelli: di U.O, di Dipartimento e Direzionale. nell'ambito del processo esercita funzioni di collegamento con l'Ufficio Qualità aziendale. questa la premessa necessaria a definire tra gli obiettivi strategici dell'Ufficio la collaborazione alla formazione di professionisti, facilitatori per l'appunto, con l'obiettivo di linguaggi e riferimenti comuni, costruire conoscenze relative al sistema di valutazione della qualità così da poterle applicare all'interno dei setting specifici. Il piano formativo prevede che i professionisti acquisiscano competenze che permettano loro di identificare i significati organizzativi, i percorsi, gli oggetti ed i campi di interesse collegati alla gestione della qualità dell'organizzazione.

Con il Riesame della Direzione di livello dipartimentale e aziendale, è emersa la necessità di definire e formalizzare la rete qualità interna. A tal proposito nel mese di gennaio 2020, sono stati calendarizzati incontri con i Direttori e Coordinatori dei Dipartimenti di Area ospedaliera e territoriale, per condividere i vantaggi del lavorare insieme come rete, pur mantenendo ferma la responsabilità della Direzione riguardo al funzionamento dei propri processi interni. Il mandato fornito ai Dipartimenti è stato quello di individuare e formalizzare una rete di professionisti al proprio interno, caratterizzata da competenze differenziate di alta qualità, così da rispondere pienamente e concretamente alle esigenze di trasformazione e cambiamento.

<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1943/2017
------------------------------	-------	---	------------------------------	---------------

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>6.4.1.1</b>	<b>Supporto alla attività di formazione della rete interna della qualità</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>Perf. inter</b>
Realizzazione di almeno tre moduli formativi per la strutturazione della rete qualità sia in ambito ospedaliero che territoriale			Formalizzazione delle lettere di incarico per la rete in ambito ospedaliero e territoriale	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.4.1.2</b>	<b>Attività di verifica dei Dipartimenti Aziendali Ospedalieri e Territoriali</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Il controllo di processo è essenziale per assicurare uno svolgimento del lavoro efficace, per verificare la corretta applicazione dei requisiti di riferimento e per garantire il miglioramento continuo delle attività svolte.</p> <p>Tra gli strumenti utilizzati per compiere questi controlli sui processi l'audit di sistema., che si integra a fine anno con il riesame della direzione.</p> <p>l'audit è teso ad ottenere elementi probativi da valutare con obiettività per determinare in quale misura i criteri di riferimento siano stati rispettati. Una verifica periodica interna è estremamente utile per: ottenere evidenze oggettive (fatti supportati da dati attendibili) relative al sistema, al processo, all'area oggetto dell'audit e per determinare la misura in cui il sistema, il processo, l'area oggetto dell'audit soddisfano alcuni criteri specificati.</p> <p>L'attività di verifica è fondamentale nell'applicazione del sistema qualità è verrà effettuata attraverso una pianificazione annuale degli audit nei dipartimenti ospedalieri e territoriali</p>			<p>A seguito dell'epidemia di COVID-19 sono stati riesaminati i processi e messo in atto un "piano di emergenza" il cui l'obiettivo è quello di ridurre al minimo per i professionisti le situazioni potenzialmente soggette a rischio contagio. Ai fini di garantire il mantenimento e la verifica di applicazione del SQ, si è scelto di procedere con una combinazione di valutazioni remote e documentali a seconda del tipo di verifica e dell'impatto sull'attività lavorativa dei Servizi. Pertanto, l'ufficio qualità provvederà a contattare le Articolazioni per concordare alternative adeguate agli audit in loco programmati.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.4.1.2</b>	<b>Attività di verifica dei Dipartimenti Aziendali Ospedalieri e Territoriali</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>Perf. inter</b>
N. audit effettuati			Atti Ufficio Qualità	Numero >=		9,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.3</b>	<b>Attività di consulenza e affiancamento all'accreditamento istituzionale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attività di consulenza e supporto alle Strutture che si trovano in fase di preparazione all'Accreditamento Istituzionale. Nello specifico il 2020 vede coinvolto il Centro PMA due I Livello - dell'Ospedale di Fidenza.			E' stata predisposta la documentazione, verificato quanto prodotto dai professionisti ed effettuato un primo audit di verifica. Per la programmazione di un secondo audit si attendono indicazioni sulle scelte direzionali riguardanti il futuro sviluppo del Centro PMA, pertanto si procederà, con una combinazione di valutazioni remote e documentali per la verifica dello stato dell'arte del Centro in questione.					
<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>Perf. inter</b>
Audit interno rivolto al Centro PMA (entro febbraio 2020)			Verbali di audit	Sì/No	Sì		Sì	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.4</b>	<b>Attività informativa/formativa sul tema di lavorare per obiettivi e della valutazione strategica: area amministrativa</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.4</b>	<b>Attività informativa/formativa sul tema di lavorare per obiettivi e della valutazione strategica: area amministrativa</b>						
<p>Ogni volta che occorre apportare dei cambiamenti al Sistema Qualità scaturiti da: un reclamo del cliente, da un feedback negativo, da una criticità evidenziata in un prodotto/Servizio, da un giudizio negativo derivante dal personale interno, dai risultati delle verifiche ispettive interne, dagli output del riesame della Direzione, ecc.) è necessario pianificare le attività in maniera controllata e sistemica oltre che puramente operativa. Questo significa: 1) identificare chiaramente la modifica da apportare; 2) chiarire bene lo scopo del cambiamento; 3) stabilire cosa debba essere fatto e perché; 4) ipotizzare quali potrebbero essere le eventuali conseguenze positive (opportunità da cogliere) e negative (rischi da evitare o da mitigare); 5) decidere come garantire il mantenimento dell'integrità del sistema (ad esempio decidendo se occorra una nuova procedura o rivederne una già esistente, mantenere nuove registrazioni, fare nuovi interventi formativi, riesaminare alcuni obiettivi, istituire nuovi processi di controllo, ecc.); 6) pianificare quali risorse saranno necessarie (tempo, strumenti, persone, ecc). Per supportare e coinvolgere i professionisti in questo percorso sono stati ipotizzati momenti informativi/formativo allo scopo di supportarli nel processo di pianificazione dei cambiamenti, al fine di acquisire un atteggiamento proattivo nei confronti della gestione del cambiamento.</p>			<p>L'Ufficio Qualità partecipa alla Rete di Coordinamento di prossima istituzione alla realizzazione del processo di unificazione aziendale. La rete avrà tra le sue funzioni quella di guidare i gruppi di lavoro dedicati alla realizzazione degli obiettivi declinati nelle sette Aree di Lavoro, alla creazione di un piano strategico finalizzato al raggiungimento degli obiettivi; alla pianificazione delle risorse necessarie; all'identificazione di strumenti/strategie per la definizione dei processi di integrazione e alla verifica e monitoraggio dell'andamento delle attività. Le funzioni della Rete di Coordinamento sono ascrivibili all'attività di formazione sul campo, in temi di analisi dei processi e definizione e verifica degli obiettivi.</p>					
<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>Perf. inter</b>
Realizzazione di un progetto formativo sul tema della pianificazione, controllo, verifica e miglioramento, rivolto all'area amministrativa interaziendale.			Realizzazione progetto formativo	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.5</b>	<b>Valutazione al grado di aderenza dei PDTA aziendali</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>6.4.1.5</b>	<b>Valutazione al grado di aderenza dei PDTA aziendali</b>						
L'accreditamento istituzionale, con il suo corredo di requisiti di gestione e di natura tecnico professionale, fornisce un modello utile per sostenere buone pratiche di tenuta "in controllo" di processi organizzativi, diagnostici e assistenziali, con ricadute rilevanti sulla qualità della assistenza ai pazienti. La definizione e l'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) rappresenta una occasione per le strutture e gli operatori della sanità per dimostrare la capacità di organizzare le propria attività coerentemente ai principi di conformità, appropriatezza, efficacia della cura e della assistenza. Il modello di accreditamento, essendo sistemico nell'approccio alla organizzazione e specifico ed aggiornabile nei contenuti, fornisce una cornice di riferimento utile a sostenere tali nuove modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, per tale ragione, l'Ufficio Qualità, previo puntuale censimento dei PDTA aziendali, si impegnerà nell'attività di valutazione metodologica dei PDTA per i soli aspetti relati al sistema qualità			Verifica attraverso la check list regionale "Guida per i valutatori alla verifica dei Percorsi iagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle visite di accreditamento" di due PDTA: 1) Ictus cerebrale ischemico; 2) Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Interaziendale per il Trattamento delle Neoplasie Testa-Collo					
<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>Perf. inter</b>
Verifica PDTA con check list regionale e verbale conseguente			Verbale di audit	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.4.1.6</b>	<b>Supporto alla'attività di gestione del Riesame della Direzione.</b>						
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.4.1.6</b>	<b>Supporto alla attività di gestione del Riesame della Direzione.</b>						
<p>Il Riesame della Direzione è lo strumento per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutare l'adeguatezza dell'organizzazione in rapporto alle politiche aziendali e alle prestazioni erogate, attraverso l'analisi di opportuni indicatori</li> <li>- evidenziare le problematiche legate ad aspetti generali di organizzazione, tecnologia e clinica –assistenziale, attraverso l'analisi dei risultati dell'audit interno</li> <li>- definire la messa a punto di piani di miglioramento, volti a correggere, oppure a prevenire le problematiche emerse</li> <li>- definire le modifiche e i cambiamenti alla politica, agli obiettivi e al Manuale della Qualità. Il Riesame del SGQ avviene a due livelli:</li> </ul> <p>? Aziendale: la Direzione Generale riesamina l'organizzazione nel suo complesso, valuta il raggiungimento degli obiettivi generali e di Dipartimento, definisce i nuovi indirizzi, gli obiettivi e gli indicatori e stabilisce le responsabilità per la loro attuazione.</p> <p>? Dipartimento/UU.OO/Servizi: il Direttore di Dipartimento riesamina l'organizzazione dell'UO, valuta il raggiungimento degli obiettivi fissati per la propria area e pianifica le azioni di miglioramento, coerentemente con la scheda di budget.</p>			<p>Nel gennaio 2020 la Direzione è stata supportata nella predisposizione e verifica del Riesame della Direzione (2019). L'Ufficio sta raccogliendo e verificando il materiale necessario all'elaborazione del Riesame della Direzione previsto per dicembre 2020.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Predisposizione per la Direzione Strategica della documentazione derivante dai dati e dai riesami dipartimentali			Elaborazione scheda di riesame dalla Direzione	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.7</b>	<b>Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento</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>6.4.1.7</b>	<b>Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento</b>						
Implementazione nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento DGR 1943/17, misurando il grado di adesione nei processi direzionali agli stessi requisiti. Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei criteri di accreditamento svolta tramite i valutatori appartenenti alle Strutture sanitarie			L'attività di verifica esterna ed interna è stata momentaneamente sospesa. Le Aziende sono in attesa di indicazioni regionali per conoscere le nuove modalità di visita, in grado di garantire efficienza, qualità e sicurezza.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convocati			specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			Dato il carattere di imprevedibilità della crisi pandemica dei mesi scorsi, l'Ufficio Qualità così come tutte le Articolazioni aziendali, hanno dovuto ridefinire i propri processi. Dall'analisi delle criticità e dei cambiamenti necessari è stato elaborato un piano che ha consentito di portare avanti l'attività lavorativa agendo su diversi livelli. Dal punto di vista della pianificazione e messe in atto delle azioni conseguenti, sono stati elaborati dei Piani Attività: Ospedaliero; Territoriale (DCP e DAISM - DP), accomunati per quanto di pertinenza da obiettivi trasversali e soprattutto ragionati per rispondere al mandato della Direzione. I Piani Attività così rappresentati sono stati posti all'attenzione dei Direttori di Distretto e di Dipartimento. Altro livello di azione, quello di supporto alla Direzione su alcuni progetti aziendali di particolare impatto strategico, tra questi il principale quello della partecipazione alla Rete di Corrodinamento nel processo di unificazione aziendale AUSL e AOU di Parma. L'Ufficio inoltre ha collaborato al supporto di alcune attività per il DSP e per il Medico Competente, nell'organizzazione e esecuzione di alcune attività.				
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.4.1.8	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>6.5</b>	<b><u>Governo Clinico</u></b>
------------------------------------	------------	-------------------------------

<b>Settore</b>	<b>6.5.1</b>	<b><u>Governo Clinico Ospedale Territorio</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Manutenzione e consolidamento della rete del governo clinico. Percorsi di facilitazione e training degli operatori nei confronti delle metodologie di lavoro del Governo Clinico in tema di valorizzazione del modello dipartimentale, di organizzazione delle attività sanitarie, attraverso la diffusione di modalità di riconoscimento dell'autonomia e di strumenti per l'esercizio della relativa responsabilità.</p>		

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>6.5.1.1</b>	<b>Mappatura e revisione PDTA Aziendali ed Interaziendali</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'adozione e l'applicazione degli strumenti del governo clinico rappresentano i requisiti centrali dell'agire professionale. Le azioni previste attendono la evidenza documentale e sostanziale dei momenti fondamentali su cui fonda il continuo esercizio di Governo Clinico. Obiettivo principale è la revisione dei PDTA aziendali che necessitano di aggiornamento con verifica della corrispondenza dei requisiti rispetto ad apposita check list			E' stato realizzato il censimento dei PDTA aziendali ed interaziendali e si è proceduto alla loro diffusione tramite il sito intranet dedicato appositamente realizzato. E' iniziata la revisione e l'aggiornamento dei documenti di più vecchia realizzazione nonché l'implementazione di PDTA non ancora presenti ma ritenuti strategici dalla Direzione Aziendale. L'UO Governo clinico ha realizzato una bozza della Procedura per la Definizione e la Gestione dei PDTA che è all'attenzione dell'Ufficio Qualità Aziendale per la verifica dei requisiti di qualità. Non sono stati realizzati Audit Clinici.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<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>Perf. inter</b>
Completamento del censimento dei PDTA Aziendali ed Interaziendali			Atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si		
Redazione Procedura specifica per revisione PDTA			Atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si		
Attuazione di audit clinici in relazione alle criticità riscontrate			Atti Direzione Sanitaria	Numero >=			2,00	

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>6.5.1.2</b>	<b>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

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>6.5.1.2</b>	<b>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza</b>						
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. Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica. Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi			A fine 2019 entrambi gli obiettivi, procedure sorvegliate e consumo di prodotti idroalcolici, erano stati raggiunti; non è presente il dato riferito al I semestre 2020 che sarà disponibile entro la fine 2020. A febbraio 2020 è stato redatto il report annuale sul consumo di prodotti idroalcolici riferito all'anno 2019. L'analisi della Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico per la nostra Azienda, riferita al 2019, ha visto la chiusura delle schede Sicher del II semestre 2019 entro il 30.06.2020 con il risultato del 86,1% delle procedure sorvegliate.					
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento I semestre dell'anno)			specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.00 giornate in regime di degenza ordinario (20 litri per 1.000 giornate di degenza)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		
Predisposizione di un report annuale di ausl su consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
(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%		

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>6.5.1.3</b>	<b>Gestione del Rischio infettivo</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

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>6.5.1.3</b>	<b>Gestione del Rischio infettivo</b>						
Governo dell'attività di gestione del rischio infettivo a livello ospedaliero e territoriale con particolare riferimento a predisposizione di corsi formativi, predisposizione del Piano Programma del Rischio Infettivo e della Procedura per il corretto uso degli antibiotici			Nel I semestre 2020 sono stati realizzati 2 incontri del Nucleo Strategico Aziendale, 3 incontri del Gruppo ICA e 2 incontri del Gruppo BUA; è stata realizzata e completata la prima edizione del corso formativo per referenti del rischio infettivo e realizzata a metà la seconda edizione (che verrà completata nel mese di settembre 2020). Erano stati programmati 4 eventi formativi per il Neoassunto che non si sono potuti realizzare per le restrizioni legate al Covid. E' stato realizzato in bozza il Piano Programma per il Rischio Infettivo, non ancora definitivo. E' in corso di realizzazione la Procedura per il corretto uso degli antibiotici, non ancora conclusa.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 318/2013				
<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>Perf. inter</b>
Partecipazione agli organismi preposti alle attività di gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e corretto uso degli antibiotici			Atti Direzione Sanitaria	% >=		100,00%		
Realizzazione di corsi formativi per il neoassunto in tema di rischio infettivo			Atti Servizio Formazione	Numero >=		4,00		
Predisposizione del piano programma per la gestione del rischio infettivo come parte del PPSC			Atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si		
Predisposizione della Procedura Interaziendale per il corretto uso degli antibiotici			Atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si		

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>6.5.1.4</b>	<b>Raccomandazioni per la prevenzione eventi sentinella</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			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.5.1.4</b>	<b>Raccomandazioni per la prevenzione eventi sentinella</b>						
<p>Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico e con l'obiettivo di "aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi" il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella. Risultano ad oggi pubblicate dal Ministero della Salute (sezione del sito dedicata a qualità e sicurezza delle cure) diciassette Raccomandazioni.</p> <p>L'Agenas, in collaborazione con il Ministero della Salute, ha sviluppato un sistema dinamico di monitoraggio dell'applicazione di tali raccomandazioni che si propone di fornire supporto alle Regioni e Province Autonome nell'osservazione costante dello stato di implementazione di ciascuna di esse da parte delle aziende/strutture sanitarie del rispettivo territorio di riferimento. Il sistema è inoltre finalizzato a supportare le organizzazioni sanitarie e i professionisti nell'applicazione delle raccomandazioni e a rilevare i determinanti organizzativi e socio-comportamentali che ne influenzano la compliance.</p>			<p>La compilazione delle check list relative a ciascuna Raccomandazione Ministeriale avviene nel mese di dicembre.</p> <p>Sono in corso di revisione ed aggiornamento alcune delle Procedure/Istruzioni Operative sia Aziendali che Interaziendali</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	<a href="http://raccomandazioni.agenas.it/">http://raccomandazioni.agenas.it/</a> Ministero della Salute				
<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>Perf. inter</b>
Tempestiva compilazione delle check list relative a ciascuna raccomandazione;			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Revisione ed aggiornamento delle Procedure/Istruzioni Operative da allegare come evidenza			specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00		

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>6.5.1.5</b>	<b>Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari</b>					
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>						

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>6.5.1.5</b>	<b>Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari</b>							
Recepimento delle Linee di Indirizzo emanate dalla Regione sulla buona pratica degli accessi vascolari			Le Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari sono state emanate dalla RER con Determinazione del 23 aprile 2020. Considerata la situazione sanitaria emergenziale in atto non si è ancora proceduto ad aggiornare i Documenti aziendali sul tema						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>
Aggiornamento della procedura aziendale secondo le linee di indirizzo regionali				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.5.1.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>							
<b>Descrizione</b>	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.5.1.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Come Gestione del Rischio infettivo sono state redatte le seguenti Procedure/Istruzioni Operative: "Infezione da nuovo coronavirus (COVID-19): Aggiornamento al 24.02.2020 – Circolare Ministeriale 0005443-22/02/2020", "Gestione domiciliare di caso sospetto o positivo", "Indicazioni per la sanificazione e disinfezione dei locali di isolamento e degli ambienti sanitari a rischio", "Trattamento di emodialisi presso i CAL territoriali di paziente COVID-19 positivo accertato o sospetto, in isolamento domiciliare", "ISTRUZIONE OPERATIVA Le misure IGIENICO AMBIENTALI per mitigare il rischio di contagio nell'ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE durante la FASE 2 della pandemia COVID-19", "Caso sospetto di COVID-19 in isolamento domiciliare: prelievo, raccolta e trasporto dei campioni biologici".</p> <p>L'UO Governo Clinico ha dato inoltre supporto alla Direzione Aziendale nella gestione dell'Emergenza Covid sia nella realizzazione di documenti che nella gestione di alcuni aspetti specifici. Documenti: "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV): PRIME INDICAZIONI" e successive integrazioni ed aggiornamenti fino alla versione ultima del 24.02.2020 e gli estratti per MMG, PLS, MCA e per PS e PPIO; partecipazione all'Unità di Crisi Interaziendale; "Indicazioni in caso di Eventuale accesso diretto di utenti presso Pronto Soccorso Fidenza – Punto di Primo Intervento Borgotaro"; "Istruzione Operativa "Indicazioni operative per la sorveglianza ed il monitoraggio delle strutture residenziali per anziani e/o persone con disabilità"; "PROTOCOLLO DI GESTIONE TERRITORIALE DEI PAZIENTI COVID-19 (INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)"; diffusione di normative e protocolli regionali e nazionali; Istruzioni operative per gestione prelievi sierologia covid+ al test rapido; Definizione percorso per esecuzione test rapidi per i DCP e per gli Istituti Penitenziari; "I.O. Gestione pz area bianca con sintomi COVID-1"; "IO INTERVENTI IN EMERGENZA"; gestione come Referente Aziendale dell'indagine di siero-prevalenza sul SARS-CoV-2 condotta dal Ministero della salute e dall'ISTAT - Decreto Legge 10 maggio 2020 n.30.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>6.5.2</b>	<b>Gestione del Rischio e Medicina Legale</b>			
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale			
<p>Nel 2020 dovrà proseguire l'impegno delle aziende sanitarie sul tema della sicurezza delle cure, anche consolidando il rapporto con il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente - Osservatorio regionale per la sicurezza delle cure. Dovranno essere garantiti gli obblighi connessi alla applicazione della legge 8 marzo 2017, n. 24, nello specifico elaborando e pubblicando sul sito aziendale la relazione annuale consuntiva rispetto agli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure ed alle correlate azioni di miglioramento. Dovrà continuare, in particolare, ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella (tramite SIMES Ministero della Salute) e quello relativo agli Incident Reporting.</p>					
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>6.5.2.1</b>	<b>Sicurezza delle cure</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>Nel 2020 dovrà continuare il lavoro dell'Azienda connesso alla formazione e sensibilizzazione degli operatori sul tema della Sicurezza delle cure, monitorando il flusso informativo degli eventi sentinella e degli Incident reporting. Proseguirà la formazione in tema di Sicurezza delle cure, anche attraverso il consolidamento della rete dei Referenti. Dovrà inoltre essere redatto il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure relativamente al triennio 2020-2022. Proseguono le attività legate al progetto near-miss ostetrici in sinergia con i referenti del progetto.</p>			<p>È stato completato il primo degli eventi formativi dedicati al tema degli incident reporting e si è programmata, nell'ultimo trimestre, la prosecuzione della formazione, interrotta a causa della emergenza COVID-19, attraverso ulteriori quattro edizioni. È stata inviata a tutti i direttori di Struttura Complessa la richiesta di nomina, da parte degli stessi, di un referente per la Rete della Sicurezza delle Cure (l'elenco è in corso di ampliamento). E' in atto l'aggiornamento del Piano Programma triennale per la Sicurezza delle Cure, documento che, quest'anno, deve anche comprendere una specifica componente, relativa alla voce "Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio (in relazione alla epidemia COVID-19)". Rispetto al progetto ViSiTARE, condizionato dalla situazione emergenziale prevedendo attività operative da svolgersi direttamente presso le strutture sanitarie, non sono state ancora definite, in ambito regionale, specifiche tematiche.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<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	6.5.2.1	Sicurezza delle cure						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Strutture segnalanti (incident reporting) 2020 - strutture segnalanti 2018			SISEPS	Numero >=		3,00		
Numero di visite per la sicurezza (strumento VI.SI.TA.RE)			UOC Gestione Rischio e Medicina Legale	Numero >=		1,00		
Numero di eventi formativi in tema di sicurezza delle cure alle unità operative ad a Referenti della Rete			UOC Gestione Rischio e Medicina Legale	Numero >=		4,00		
Realizzazione del Piano Programma per la Sicurezza delle Cure 2020-2022			UOC Gestione Rischio e Medicina Legale	Si/No		Si		
N. di SEA effettuati/ N. near miss ostetrici			UOC Ostetricia e Ginecologia	% >=		100,00%		
Pubblicazione sul sito internet aziendale della relazione annuale consuntiva sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure			UOC Gestione Rischio e Medicina Legale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	6.5.2.2	Sicurezza in sala operatoria						
Descrizione			Rendicontazione					
Nel 2020 dovrà proseguire l'attività di implementazione e miglioramento della Sicurezza in sala operatoria. Continuerà l'attività di osservazione della corretta compilazione della check list di sala operatoria.			<p>La RER non ha ancora diffuso i dati relativi agli indicatori 1 e 2. Riguardo il percorso "OssERvare" lo stesso è stato inevitabilmente interrotto a seguito dell'emergenza da COVID-19 (dapprima in relazione alla temporanea cessazione dell'ordinaria attività chirurgica, quindi per la codificata esclusione, dalla sala operatoria, di qualsiasi operatore non indispensabile allo svolgimento dell'intervento). Al proposito La RER ha espresso (con comunicato del 9/03/2020), l'intenzione di riformulare l'obiettivo al termine dell'emergenza, ma nessuna indicazione è al momento pervenuta. Nei primi due mesi dell'anno 2020 (prima dell'emergenza) erano state comunque eseguite, presso l'Ospedale di Fidenza-Vaio, 10 osservazioni .</p>					
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	6.5.2.2	Sicurezza in sala operatoria						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Effettuazione check list di sala operatoria: Copertura SDO su procedure AHRQ4			SISEPS	% >=		90,00%		
Effettuazione check list di sala operatoria: Linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4			SISEPS	% >=		85,00%		
Osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare)			UOC Gestione del Rischio e Medicina Legale	Numero >=		75,00	10,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	6.5.2.3	Sicurezza in ambito assistenziale						
Descrizione			Rendicontazione					
Nel 2020 dovrà continuare l'impegno dell'Azienda in tema della sicurezza delle cure in ambito assistenziale, con particolare riferimento all'evento caduta ed alle lesioni da pressione.			Il numero elevato di cadute in ospedale, confermato da costanti segnalazioni anche durante le fasi I e II della pandemia (qualcuna esitata in evento sentinella), ha consigliato la programmazione di un apposito evento formativo, previsto per l'ottobre 2020. Dai dati emersi attraverso l'analisi di tali segnalazioni, osservando i fattori di rischio, sono state peraltro adeguate le regole per l'accesso dei visitatori ai reparti di degenza, di base maggiormente restrittive in rapporto alla 'emergenza COVID-19, ma con deroghe più flessibili per specifiche e documentate necessità di assistenza a pazienti ad elevato rischio di caduta .					
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 977/19				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2020/operatori che hanno partecipato nel 2019 (aumento rispetto al 2019)			SC Formazione	% >=		30,00%		
Estendere auditing, tra pari, sull'adesione linee di indirizzo reg.cadute / procedura az. ad altre 4 U.O. (a scelta in base alle priorità di intervento-miglioram.) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2020			Servizio Infermieristico e Tecnico	Numero >=		4,00		
Numero di operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota che hanno seguito il corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione			SC Formazione	% >=		75,00%		

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>6.5.2.4</b>	<b>Programma regionale gestione diretta dei sinistri</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Adeguare le procedure interne di gestione sinistri alle nuove indicazioni regionali .</p> <p>Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (presenza della valutazione medico legale, determinazione CSV). Il valore atteso finale (40%) fa riferimento alla media regionale al 31/12/2018, ultimo dato disponibile.</p> <p>Corretta alimentazione del data base "gestione dei sinistri" che costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri.</p> <p>Aggiornamento e implementazione piano smaltimento casi pendenti: entro il 31/07/2020 invio alla Regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale, con evidenza di quelli silenti , di quelli per i quali è tuttora in corso un vertenza giudiziale, e dei quelli attivi non giudiziali smaltiti nell'anno 2019 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2019</p>			<p>È stata modificata la procedura per la gestione dei sinistri, conformandola in accordo alle indicazioni regionali, giusta deliberazione n. 177 del 12.03.2020.</p> <p>Al 22/07/2020 (data di estrazione dei dati da parte della RER) risulta che sia stato presentato al CVS il 36,4% dei sinistri aperti dall'inizio dell'anno, di poco inferiori rispetto alla media regionale (40%).</p> <p>E' stato aggiornato il piano di smaltimento sinistri assicurativi degli anni precedenti, come comunicato con nota prot. n. 46885 del 05.08.2020.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<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>Perf. inter</b>
Presentazione alla regione delle nuove procedure interne di gestione del sinistro, adeguate ai nuovi indirizzi applicativi forniti dalla Regione (entro 45gg Data di emanazione nuovi indirizzi)			Ufficio contenzioso per le assicurazioni e la responsabilità professionale	Si/No		Si		
Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione CVS entro 31/12 (>= media regionale)			SISEPS	% >=				
Grado di completezza del database regionale (%dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)			SISEPS	% >=		100,00%		
Entro il 31/07/2020, invio alla Regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale			Ufficio contenzioso per le assicurazioni e la responsabilità professionale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.5.2.5</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>È stata svolta attività di consulenza medico-legale in tema di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione delle salme/cadaveri (tamponi su salme; osservazione, trasporto e deposito delle salme/cadaveri), in collaborazione con la Medicina Legale del SIP;</li> <li>- certificazione di malattia/infortunio in soggetti con sospetto di infezione, in quarantena, in isolamento fiduciario e in soggetti "maggiormente esposti a rischio";</li> <li>- analisi dei profili di responsabilità sanitaria nell'ambito della riorganizzazione del personale sanitario a seguito della conversione a COVID Hospital delle strutture ospedaliere del Presidio;</li> <li>- analisi dei profili di responsabilità nell'ambito delle scelte di cura in un regime a risorse limitate;</li> <li>- in formazione e consenso nella sorveglianza (tamponi e test sierologici) del personale sanitario e non;</li> <li>- sperimentazione ed uso compassionevole di farmaci.</li> </ul>				
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>6.6</b>	<b><u>Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>6.6.1</b>	<b><u>Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale</u></b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2020 sono:

- la partecipazione al processo di riordino dei Comitati Etici,
- supporto al Piano Sociale e Sanitario
- Partecipazione ai progetti di innovazione sociale,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,

<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>6.6.1.1</b>	<b>Medicina di Genere (Scheda 9): adozione da parte delle aziende dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>Affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, si rende necessario procedere attraverso diverse azioni. Fondamentale è l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc. Per il 2020 si prevede di attivare almeno 1 iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con partecipazione di operatori compresi i medici convenzionati.</p>			<p>L'Azienda ha partecipato alla organizzazione di un laboratorio formativo "Prevenzione e salute riproduttiva in una prospettiva di genere" che si è svolto presso la Regione Emilia Romagna il 10/02 al quale hanno partecipato diversi professionisti provenienti da tutta la Regione. Alcuni operatori dell'azienda hanno partecipato ad un secondo Laboratorio svolto in modalità webinar dal titolo "Patologia epatica in una prospettiva di genere" che si è svolto in data 18/06/2020. E' stato organizzato il consueto evento interaziendale dal titolo " LA MEDICINA DELLE DIFFERENZE. Stereotipi di genere ed equità" la cui data si doveva svolgere il 18/03/20. A seguito del lockdown l'incontro formativo è stato rinviato a data da destinarsi</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.1.1</b>	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.6.1.1</b>	<b>Medicina di Genere (Scheda 9): adozione da parte delle aziende dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare</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>Perf. inter</b>
Evidenza evento formativo interaziendale			Atti U.O. formazione	Si/No		Si	Si	
Partecipazione di professionisti aziendali ad almeno due Laboratori regionali sulla Medicina di genere			Evidenze documentali	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.6.1.2</b>	<b>Riordino dei Comitati Etici e rilancio del sistema di ricerca e innovazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La segreteria locale per la provincia di Parma del CE di Aven dovrà collaborare all'attivazione e corretta alimentazione della piattaforma informatica regionale SIRER secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale. L'Azienda dovrà assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali che saranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento per il governo del sistema della ricerca approvato con DGR n.910/2019 anche al fine di adottare modalità omogenee a livello regionale relativamente agli adempimenti previsti dalla suddetta delibera .			La segreteria locale per la provincia di Parma del CE di AVEN ha assicurato la collaborazione per la corretta alimentazione della piattaforma SIRER secondo i tempi e modi definiti a livello regionale. E' stato rispettato il cronoprogramma di attivazione e implementazione di SIRER come stabilito con nota prot 7940 del 06/02/2020 dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, con il supporto degli amministratori aziendali allo scopo nominati : dal 1° di marzo la piattaforma SIRER è stata utilizzata da tutti i proponenti studi interni alle Aziende/IRCSS del SSR (compreso il personale universitarioconvenzionato) dal1° dimaggio l'utilizzo della piattaforma è statoesteso anche a tutti i promotori esterni e la personale universitario non convenzionato con l'Azienda. Il17 gennaio è stata assicurata la presenza di rappresentanti della Direzione Aziendale all'incontro presso l'ASSR propedeutico all'avvio operaivo della piattaforma SIRER ; il17 aprile è stata assicurata la partecipazione all' incontro via web di amministratori aziendali sul modulo ACM di SIRER.					
<b>Obiettivi Performance</b>	3.1.1	Attività di ricerca	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 ; DGR 910/2019				
<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>Perf. inter</b>
Assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di attivazione della piattaforma			SIRER	Si/No		Si		
Assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento regionale			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>6.6.1.3</b>	<b>Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Dopo l'attivazione nel 2019 del Piano interaziendale per l'Equità, il 2020 vedrà la messa a regime dello strumento, l'utilizzo degli strumenti Equity assesment la diffusione della cultura dell'Equità attraverso specifici momenti formativi.			Nel primo semestre 2020 sono proseguiti gli incontri per l'applicazione dell'HEA al tema dimissioni difficili. E' stata organizzata una visita al Punto Unico Dimissioni presso l'Ospedale di Parma e sono stati organizzati un incontro con i Comitati Consultivi Misti dei 4 Distretti e con la Direzione del Dipartimento Cure Primarie di Parma. A seguito delle misure di sicurezza definite per Covid 19 si sono sospesi gli incontri del gruppo di lavoro in attesa di ri -calendarizzare nel mese di Settembre 2020. In collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna si sta organizzando un e-Lab (autunno) per le Aziende sanitarie dei territori di Piacenza e Parma finalizzato a fare il punto sulle azioni messe in campo dalle Aziende nel corso degli anni e coinvolgere i professionisti nella riflessione sugli sviluppi per i prossimi anni. Si sono svolti due incontri di preparazione, uno in presenza ed uno in modalità online con i referenti della Regione Emilia – Romagna. Il Board Interaziendale non si è ancora riunito a causa del rinnovo della Direzione Aziendale e delle misure messe in atto per fronteggiare Covid 19					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Convocazione di almeno 2 board aziendali per la gestione del Piano			Evidenze Documentali	Si/No		Si	No	
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità e Diversità			Evidenze Documentali	Si/No		Si	Si	
Utilizzare strumenti di equity assesment su almeno 2 percorsi diagnostico terapeutici aziendali e/o interaziendali			Evidenze Documentali	Si/No		Si		
Organizzazione evento formativo AVEN per diffusione cultura equità			Evidenze Documentali	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.6.1.4</b>	<b>Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)</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>6.6.1.4</b>	<b>Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)</b>							
<p>Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003) traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità: politiche e programmi intersettoriali, assunzione di un approccio intercategoriale e non targettizzante, assunzione di pratiche "empowering", lavoro di rete, promozione di comportamenti pro-attivi. Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere:</p> <p>a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso;</p> <p>b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/ istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari). Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata</p>			<p>La situazione emergenziale ha di fatto bloccato tutte le attività previste e programmate che verranno parzialmente ricalendarizzate nel secondo semestre dell'anno.</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>
Partecipazione professionisti di almeno un Distretto al percorso Community Lab				Evidenze Documentali	Si/No		Si	No	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.6.1.5</b>	<b>Sviluppo del Progetto ACTIVAGE</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.6.1.5</b>	<b>Sviluppo del Progetto ACTIVAGE</b>						
L'Azienda sta sviluppando con altri partner (LEPIDA, Università degli Studi di Parma, CNR_ISTE di Pisa, AURORADOMUS, WIND TRE e IBM) il progetto ActiveAge nato nell'ambito del Programma Quadro HORIZON 2020, sul tema "IoT-01-2016 Large Scale IoT Pilots: Pilot 1 - Smart living environments for ageing well" ( vd link <a href="https://www.ausl.pr.it/azienda/actimage_progetto_emilia_romagna/actimage_progetto_emilia_romagna.aspx">https://www.ausl.pr.it/azienda/actimage_progetto_emilia_romagna/actimage_progetto_emilia_romagna.aspx</a> ) . Il Progetto, che terminerà a giugno 2020, prevede lo sviluppo di reportistica derivante sia dall'analisi dei dati rilevati dagli IoT installati presso il domicilio degli users che dall'analisi di scale di valutazione e diari somministrati agli user partecipanti al progetto .La reportistica resa disponibile sul FSE degli users e sulla Cartella Sole dei MMG, è finalizzata a rillevare il mantenimento dello stato di salute degli user coinvolti o eventuali segnali di attenzione che potranno supportare lo stesso MMG sulle decisioni di cura . Per sviluppare in particolare quest'aspetto, sono in programma incontri con i MMG per la condivisione della reportistica prodotta .			L'attività di sviluppo della reportistica derivante sia dall'analisi dei dati rilevati dagli IOT installati presso il domicilio degli users arruolati che dall'analisi di scale di valutazione e diari somministrati a tutti gli users partecipanti al progetto ha subito un rallentamento a causa dell'emergenza COVID tanto che il coordinatore Europeo di Porgetto ha chiesto ed ottenuto dalla Comunità Europea il posticipo della fine progetto a settembre 2020, programmando un evento finale di restituzione dei risultati del progetto ad Ottobre 2020. Entro fine giugno sono stati disinstallati la maggior parte degli IOT presenti al domicilio degli users, operazione che sarà completata nella prima decade di luglio. Il partner Lepida ha reso disponibili a giugno le interfacce del Fascicolo Sanitario Elettronico relative alla misure raccolte nel corso del progetto: gli incontri con i MMG per la condivisione della reportistica sono stati programmati a partire da luglio. Sono state programmate a partire da luglio le analisi statistiche dei dati raccolti per la valutazione degli endpoint di progetto.					
<b>Obiettivi Performance</b>	3.1.1	Attività di ricerca	<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>Perf. inter</b>
Incontri con i MMG all'interno dei Nuclei di Cure Primarie per condivisione reportistica e interfacce (G.U.I) Sole e FSE.			direzione aziendale	Numero >=	2,00		0,00	
Realizzazione di report di esito per la valutazione degli endpoint di progetto			direzione aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.6.1.6</b>	<b>Health Literacy (Scheda 27)</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>6.6.1.6</b>	<b>Health Literacy (Scheda 27)</b>						
L'health literacy rappresenta il grado della capacità degli individui di avere accesso comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo perché non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti ad interrompere per fare domande mentre i professionisti sanitari utilizzano termini scientifici parlano rapidamente ed interrompono il paziente. Possedere una buona health literacy è premessa di un dialogo costruttivo tra professionisti sanitari e persone. Diventa importante investire sulla formazione dei professionisti, produrre e rivedere materiale informativo in modalità partecipata con pazienti e caregiver e favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie.			In un contesto fortemente limitato dall'emergenza Covid-19 nel primo semestre è stato reso disponibile a tutti i dipendenti un corso FAD sull'Health literacy a cui hanno partecipato fin'ora n. 26 dipendenti. Il Corso sarà fruibile anche nel secondo semestre; non è stato invece possibile realizzare le altre attività programmate.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Promuovere tra i dipendenti (Intranet) la possibilità di partecipare al percorso regionale in FAD sull' health literacy			Evidenza documentale	Si/No		Si	Si	
Partecipazione di almeno 30 professionisti al percorso regionale FAD sull'health literacy.			specifico flusso di riferimento	Numero >=	15,00	30,00	0,00	
Produrre almeno 1 materiale informativo in modo partecipato con pazienti e care giver			specifico flusso di riferimento	Si/No	Si	Si	No	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>6.6.1.7</b>	<b>Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)</b>					
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	6.6.1.7	<b>Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)</b>						
<p>La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multi-professionale. Le azioni da sviluppare mirano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alla formazione-intervento nell'ambito del networking (cura della rete) e knotworking (cura del nodo) in quanto processi basilari per l'integrazione utilizzando "l'approccio dialogico" finlandese nell'ambito del Programma adolescenza;</li> <li>- all'accompagnamento alla sperimentazione di alleanze tra università e servizi nella prospettiva di riconoscere il territorio come luogo della formazione "situata" sul lavoro in equipe multi-professionali;</li> <li>- alla diffusione di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del Community Lab e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione tra servizi e professionisti.</li> </ul>			<p>La situazione emergenziale ha di fatto bloccato tutte le attività previste e programmate che verranno parzialmente ricalendarizzate nel secondo semestre dell'anno.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Partecipazione di almeno un'azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del programma adolescenza in accordo con gli enti locali			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	6.6.1.8	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>6.6.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì		

<b>Area</b>	<b>7</b>	<b><u>IL SISTEMA AZIENDA</u></b>
-------------	----------	----------------------------------

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.1</b>	<b><u>LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>7.1.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Gli obiettivi definiti trovano naturalmente radicamento in percorsi a suo tempo avviati e conferma nelle linee regionali di programmazione e che per diverse aree rappresentano lo sviluppo nell'anno 2020 di quelle dettate negli obiettivi di mandato e che comunque prevedono attuazione in un arco temporale superiore all'annualità.

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

I temi principali considerati sono:- Integrazioni in area tecnica e amministrativo/gestionale con l'Azienda Ospedaliero Universitaria e relazioni organizzative con le aree distrettuali

- Mantenimento dei tempi di pagamento dei fornitori entro i 60 gg
- Sviluppo della dematerializzazione dei processi amministrativo-contabili e revisioni organizzative connesse
- Realizzazione di tutte le attività propedeutiche all'avvio del nuovo sistema informatico GAAC
- Sviluppo del sistema di Internal

Auditing

- Integrità e

Trasparenza

- GDPR - Regolamento UE n. 2016/679 in materia di

Privacy

- Attivazione del sistema di incassi definito PagoPA

<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>7.1.1.1</b>	<b>Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria</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>7.1.1.1</b>	<b>Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria</b>						
I servizi tecnici ed amministrativi integrati tra le due aziende provinciali nel corso dell'anno 2020 dovranno consolidare l'organizzazione e la razionalizzazione dei processi di lavoro, avendo come riferimenti principali la standardizzazione su base interaziendale laddove possibile, attesa la diversità strutturale delle due aziende, e l'efficienza complessiva di sistema. Inoltre occorrerà formalizzare l'integrazione dei servizi ICT e valutare ulteriori forme di integrazione/collaborazione.			L'emergenza legata alla Pandemia COVID-19 non ha permesso di sviluppare ulteriormente le attività ordinarie in merito all'integrazione dei processi ed alla standardizzazione degli stessi. Tuttavia, la necessità di dare risposte in tempi brevi alle emergenze che si sono succedute nel tempo, hanno permesso di elaborare strategie congiunte con particolare riferimento alla gestione degli acquisti ed alla rendicontazione degli stessi in ambito regionale. Inoltre, il supporto informatico al Dipartimento di Sanità Pubblica, impegnato in modo straordinario, è risultato fondamentale, garantendo percorsi integrati fra i diversi sistemi. Pur nella diversità delle situazioni, si può ritenere raggiunto l'obiettivo intermedio di cui all'indicatore semestrale, stante l'elaborazione della reportistica prima indicata.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza attività svolta			Report dedicati	Sì/No	Sì	Sì	Sì	
Delibera di integrazione servizi ICT			Approvazione delibere	Sì/No	No	Sì	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.1.1.2</b>	<b>Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza</b>					
<b>Descrizione</b>	Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.1.1.2</b>	<b>Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza</b>						
<p>Le normative in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (legge n. 190/2012 anticorruzione nella pubblica amministrazione, decreti legislativi n. 33/2013 e n. 97/2016 sulla Trasparenza, DPR n. 62/2013 di approvazione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici le più importanti) hanno visto impegnata l'Azienda dal 2013, mediante l'attività di promozione e coordinamento del Responsabile unico aziendale. Negli anni, l'adozione dei Piani per la prevenzione della corruzione e dei Programmi per la Trasparenza sono stati oggetto di impegno per le varie unità organizzative aziendali ed oggetto di diffusione sul sito web aziendale, agli stakeholder aziendali, agli organismi di verifica e controllo, alle Strutture, Servizi, dipendenti e collaboratori. Dall'anno 2017 si è elaborato un unico documento di Piano, integrato interaziendale con efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma (AUSL e AOU), anche in relazione all'avvenuta integrazione delle aree tecnico amministrative. In approvazione l'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2020/2022 che conferma l'impostazione interaziendale e l'integrazione con la materia della Trasparenza.</p> <p>Gli obiettivi generali e prioritari per l'anno 2020: (SEGUE)</p>			<p>Le attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono state pianificate in analogia alle scorse annualità, assumendo come documento complessivo di indirizzo e operatività l'aggiornamento del Piano interaziendale, ora per il periodo 2020/2022. Il documento di Piano si presenta completo di aggiornamento normativo, mantiene e aggiorna i sistemi in atto di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, riporta le principali attività svolte lo scorso anno e prospetta l'evoluzione e lo sviluppo, anche in ragione del PNA di fine 2019. Il Piano, per utilità operativa da parte delle varie unità organizzative delle due Aziende, comprende numerosi allegati che approfondiscono e descrivono una serie di temi, ma soprattutto le tabelle analitiche sulle misure specifiche di prevenzione della corruzione e sugli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza. Il nuovo Piano prevede, come misura principale, l'aggiornamento della mappatura di processi e procedimenti, con un diverso metodo di analisi e valutazione dei rischi. Il coordinamento del sistema è affidato al RPCT interaziendale, il quale, oltre ad effettuare i monitoraggi possibili, svolge anche funzioni di consulenza nelle materie considerate alle unità organizzative. Da tenere presente che il primo semestre di quest'anno, in ragione dell'emergenza epidemiologica, ha visto di fatto la sospensione di molte delle attività ordinarie, anche le amministrative, compreso l'impegno su adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione a carico di varie unità organizzative.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	<b>Riferimento Normativo</b>	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013 DGR n. 977/2019				
<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>Perf. inter</b>

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.1.1.3</b>	<b>Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.1.1.3</b>	<b>Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza</b>			
<p>1) Il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) è tenuto ad elaborare la proposta di Piano per la prevenzione della corruzione 2020/2022 entro il 31 gennaio, comprensivo della materia della Trasparenza, ed in forma integrata tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria; il nuovo Piano conterrà i necessari riferimenti all'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'Autorità nazionale con deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019</p> <p>2) Il Responsabile è tenuto a svolgere le attività di impulso e coordinamento del sistema e dei monitoraggi, secondo le previsioni normative e le indicazioni contenute nel Piano</p> <p>3) Il Responsabile è tenuto all'elaborazione della Relazione annuale prevista dalla legge n. 190/2012 e alle attività prodromiche all'attestazione dell'OIV degli adempimenti in tema di Trasparenza (pubblicazione entro il 31 gennaio)</p> <p>4) Incontri di informazione e diffusione dei contenuti del Piano anticorruzione e delle normative di riferimento</p> <p>5) Tutti gli obiettivi e le azioni previste nel Piano anticorruzione costituiscono parte integrante del presente Piano Azioni e, più in generale, del Piano Performance, a carico delle rispettive Strutture, Servizi, Uffici, dirigenti ed operatori cui sono riferiti</p> <p>6) Tutti i dirigenti ed operatori dell'Azienda sono tenuti a collaborare col Responsabile aziendale</p> <p>7) Tutte le articolazioni aziendali indicate nel Piano sono tenute ad adempiere agli obblighi di pubblicazione secondo le competenze e le modalità previste nella tabella analitica inserita nel Piano stesso</p> <p>8) Tutte le articolazioni sono tenute a trattare le istanze di accesso civico generalizzato, secondo le indicazioni del regolamento specifico contenuto in allegato nel Piano per la prevenzione della corruzione</p> <p>9) Proseguimento diffusione del Codice di Comportamento approvato nel maggio 2018 da parte delle unità organizzative, e suo monitoraggio da parte dell'Ufficio di Disciplina</p> <p>10) Prosecuzione dell'attuazione del Progetto di rafforzamento dei controlli su alcuni processi individuati in area trasparenza e anticorruzione, in collaborazione tra ufficio RPCT e Servizio Internal</p>			<p>Le principali attività rese hanno riguardato quanto segue. Predisposizione ed approvazione, da parte dei due vertici aziendali, dell'aggiornamento del Piano interaziendale integrato 2020/2022, su proposta del RPCT. La predisposizione e pubblicazione della Relazione annuale da parte del RPCT. Il monitoraggio generale delle sezioni web "Amministrazione Trasparente" relative agli obblighi di pubblicazione. Gestione del percorso di verifica degli obblighi di pubblicazione su scheda ANAC di competenza dell'OIV unico regionale entro il 30 giugno, con pubblicazione delle griglie di rilevazione entro il 31 luglio (con esito positivo). gestione della piattaforma informatica per le segnalazioni. Incontro generale con i servizi delle due aziende di illustrazione del Piano e dei vari temi in materia, valido quale incontro formativo, tenuto dal RPCT. Monitoraggio della gestione, da parte delle unità organizzative come da regolamento interaziendale allegato al Piano, degli accessi civici generalizzati.</p>		

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.4		Area dell'Anticorruzione e della trasparenza			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>		7.1.1.3		<b>Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza</b>									
Auditing		11) Prosecuzione attività di acquisizione modulistica su conflitti di interessi mediante la piattaforma GRU da parte del Dipartimento Risorse Umane, anche secondo le indicazioni regionali.											
<b>Obiettivi Performance</b>		2.4.2		Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione		<b>Riferimento Normativo</b>		Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013 DGR n. 977/2019					
<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>Perf. inter</b>	
Piano e documenti specifici allegati allo stesso, documenti di monitoraggio, note varie RPCT, Relazione annuale RPCT, relazioni delle unità organizzative						EVIDENZA DOCUMENTALE		Sì/No	Sì	Sì	Sì		

<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>		7.1.1.4		<b>Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</b>							
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>							
Consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). Le aziende sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.				Nonostante il periodo emergenziale, è stata consolidata regolarmente la riduzione dei tempi di pagamento ai fornitori. Inoltre, è proseguito l'invio regolare delle tabelle trimestrali.							
<b>Obiettivi Performance</b>				<b>Riferimento Normativo</b>		DGR 977/2019 e 2339/2019					

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)							
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.1.1.4</b>	<b>Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</b>					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Indice di tempestività dei pagamenti	Specifico flusso di riferimento	Numero <=	0,00	0,00	0,00		
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	Specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.1.1.5</b>	<b>Le buone pratiche amministrativo contabili</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>Compilare accuratamente gli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario).</p> <p>Assicurare, nel corso del 2020, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali .</p> <p>Garantire l'alimentazione della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra RER e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.</p>			<p>L'attività di rendicontazione è stata svolta regolarmente, nonostante il periodo emergenziale. E' stato fatto uno sforzo straordinario di monitoraggio, tenuto conto del variare delle disposizioni regionali in merito alla gestione patrimoniale ed economica in tale frangente. I documenti di bilancio sono stati redatti nei termini previsti.</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>	DGR 977/2019 e 2339/2019	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.1.1.5</b>	<b>Le buone pratiche amministrativo contabili</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>Perf. inter</b>
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio			Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite			Specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.1.1.6</b>	<b>Sviluppo della funzione di Internal Auditing</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel corso del 2019 è stata avviata l'attuazione del Piano Triennale interaziendale di Audit, deliberato al termine dell'anno 2018; si è inoltre partecipato alle iniziative formative organizzate dalla Regione. Nell'anno 2020 il servizio dovrà proseguire nell'attuazione del programma contenuto nel Piano Triennale, nella partecipazione alle iniziative formative regionali e avviare le attività anche di carattere organizzativo indicate tempo per tempo dalla Regione.			Il periodo emergenziale ha necessariamente interrotto alcune attività legate all'esecuzione del Piano Triennale interaziendale di Audit. Si verificherà nel 2° semestre la possibilità di ripresa dello stesso, in funzione della situazione complessiva della pandemia, stante la necessità di garantire l'attività ordinaria e straordinarie dei Servizi, secondo schemi e procedure di natura emergenziale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019 e 2339/2019				
<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>Perf. inter</b>
Predisposizione Piano attività			Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	No	
Attività svolta			Report di audit	Sì/No	No	Sì	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.1.1.7</b>	<b>Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2019 alcune aziende hanno avviato l'utilizzo del nuovo sistema gestionale; l'azienda Usl di Parma, il cui avvio è previsto successivamente al 2020, dovrà attivarsi anzitutto per garantire l'allineamento delle proprie anagrafiche alle nuove anagrafiche centralizzate del GAAC. Inoltre occorrerà assicurare la collaborazione dei referenti GAAC e dei loro collaboratori nelle attività necessarie all'avvio per tutte le aziende e all'implementazione complessiva del nuovo sistema; è poi necessario assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale dei Dati".			L'attività è stata svolta regolarmente per quanto riguarda la nostra Azienda. Le prestazioni risentono tuttavia dei ritardi registrati a livello regionale in merito alle attività propedeutiche all'attivazione. Tutte le richieste regionali di allineamento delle anagrafiche sono state soddisfatte, anche se le richieste sono state ridotte in funzione del periodo emergenziale.					
<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>	DGR 977/2019 e 2339/2019				
<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>Perf. inter</b>
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC			Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	
Alimentazione modulo "Gestione dati regionali"-Piattaforma degli scambi tra aziende sanitarie e flussi regionali e ministeriali			Specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.8</b>	<b>Fatturazione elettronica</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Le aziende, in continuità con gli anni precedenti, devono garantire il controllo dell'indicazione degli AIC e al corrispondente quantitativo sulle fatture di fornitura di farmaci. Inoltre dovranno assicurare il rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa in tema di contenuto delle fatture elettroniche relative alla fornitura di dispositivi medici.			L'attività è stata svolta regolarmente, tenuto conto delle necessarie modifiche connesse alla pandemia COVID-19. E' stato garantito il rispetto della vigente normativa in merito al contenuto delle fatture elettroniche relative alla fornitura di dispositivi medici.				

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.8</b>	<b>Fatturazione elettronica</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019 e 2339/2019				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza controlli effettuati			Report specifico	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.9</b>	<b>Partecipazione al percorso di miglioramento del sistema di Qualità Aziendale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
I servizi tecnici ed amministrativi dovranno continuare il percorso di sostegno alla Direzione Aziendale nel progressivo consolidamento del Ciclo della Qualità aziendale, secondo le coordinate che verranno fissate anche a seguito della visita di accreditamento di dicembre 2018 e del successivo audit del dicembre 2019.			Le indicazioni emerse nel corso dell'audit del dicembre 2019 sono in corso di applicazione, anche se si è registrato un ritardo dovuto alle modifiche intercorse a seguito dell'emergere della pandemia: sono state attivate in via d'urgenza procedure emergenziali e quindi non è sempre stato possibile adeguare le stesse alle relative indicazioni.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1943/2017				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza attività svolta			Report dedicati	Sì/No	No	Sì	No	

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	1.1	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.10</b>	<b>Mantenimento tempistica degli addebiti per mancate disdette</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel corso dell'anno 2019 l'azienda ha raggiunto l'obiettivo target di invio delle sanzioni per mancata presentazione alle prestazioni specialistiche cittadini entro 180 gg. Nel corso del 2020 questo obiettivo deve essere mantenuto.			A seguito dell'emergere della Pandemia, è stato necessario interrompere buona parte delle prestazioni specialistiche e la Regione ha dato indicazioni in merito alla sospensione dell'applicazione delle sanzioni per mancata presentazione alle stesse. Stante la situazione emergenziale che si sta protrando anche nel 2° semestre, difficilmente l'obiettivo potrà essere attuato nel corso del corrente anno.					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.10</b>	<b>Mantenimento tempistica degli addebiti per mancate disdette</b>							
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 377/2016					
<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>Perf. inter</b>
Invio nota di contestazione entro 180 gg dalla mancata presentazione				Report di attività	Numero <=	180,00	180,00	0,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.11</b>	<b>Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali</b>							
<b>Descrizione</b>	Il regolamento europeo 679/2016 ha introdotto rilevanti novità in tema di Privacy; l'azienda dovrà proseguire il percorso di progressivo allineamento alla nuova disciplina, adjuvata in questo senso dall'adozione a fine 2019 del manuale aziendale in tema di protezione dei dati personali. L'azienda dovrà relazionarsi sia con il livello regionale sia con quello di Area Vasta, nell'ambito degli specifici tavoli e gruppi di lavoro.		<b>Rendicontazione</b>	L'Azienda sta proseguendo il percorso di progressivo allineamento alla nuova disciplina in tema di Privacy. Tuttavia, la corrente fase emergenziale, ha causato un rallentamento delle procedure e l'interruzione della formazione, anche a livello regionale. Se la situazione migliorerà, nel 2° semestre si cercherà di recuperare l'attività non erogata.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/2019 e 2339/2019					
<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>Perf. inter</b>
N. incontro formativi ed informativi ai soggetti designati				Specifico flusso di riferimento	Numero >=	1,00	2,00	0,00	
Aggiornamento del registro delle attività del trattamento e recepimento indicazioni regionali in tema di sw unico di gestione				Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale				Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.12</b>	<b>Avvio del sistema di riscossione degli incassi aziendali denominato PagoPA</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>7.1.1.12</b>	<b>Avvio del sistema di riscossione degli incassi aziendali denominato PagoPA</b>						
L'azienda dovrà avviare nel corso del 2020, e secondo le scadenze previste dalla normativa, tutte le azioni per rendere operativo il nuovo sistema di riscossione dei proventi aziendali.			Sono state rispettate tutte le scadenze previste dalla normativa per rendere operativo il nuovo sistema di riscossione dei proventi aziendali PagoPa. Nel 2° semestre verrà sottoscritto il contratto per la fornitura delle nuove macchine riscuotitrici da installare nelle nostre strutture, secondo le indicazioni regionali.					
<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>Perf. inter</b>
Avvio operativo del sistema PagoPA			Flusso informativo 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>7.1.1.13</b>	<b>Mobilità Internazionale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende sanitarie nel corso del 2020 sono tenute a mettere in atto tutte le attività necessarie per l'utilizzo a regime dell'applicativo RINA sviluppato per EESSI. Il raggiungimento dell'obiettivo, già indicato per l'anno 2019, è condizionato dalla effettiva funzionalità del sistema informatico, ancora non disponibile.			L'attività è ancora in fase di stallo, stante l'indisponibilità della funzionalità del sistema informatico connesse all'applicativo RINA sviluppato per EESSI. Se nel 2° semestre lo stesso sarà disponibile, si procederà con lo svolgimento delle attività previste.					
<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>	DGR 977/19 e DGR 2339/2019				
<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>Perf. inter</b>
Tempestività nella gestione delle fatture emesse e ricevute e qualità dei dati forniti			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.14</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>L'attività messa in atto aziendali per fronteggiare la pandemia Covid-19 è stata consistente ed ha coinvolti tutti i Servizi aziendali. Le azioni messe in atto sono state tempestive ed hanno permesso una rimodulazione caratterizzata da un'ampia flessibilità. E' stata svolta regolarmente anche la rendicontazione prevista a livello regionale, garantendo il rispetto delle tempistiche fissate.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.2</b>	<b><u>Le strategie di integrazione in Area Vasta</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>7.2.1</b>	<b><u>Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse</u></b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'Area vasta sempre conferma la sua caratteristica di momento di sintesi e di confronto fondamentale tra le aziende per innumerevoli tematiche, sia sanitarie che tecnico-amministrative. Con particolare riferimento a queste ultime le tematiche sono di seguito evidenziate.

Obiettivo							
<b>Obiettivo</b>	<b>7.2.1.1</b>	<b>Ambiti ed azioni di Area Vasta per l'integrazione di risorse e servizi in funzione del miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza di produzione</b>					
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>					
L'attività di Aven, in un percorso di continuità, si concentrerà soprattutto nell'area degli acquisti, con riferimento sia alle procedure di gara sia all'interpretazione ed attuazione dei dettati normativi e delle indicazioni fornite tempo per tempo da ANAC. Continuerà poi l'attività dei gruppi di lavoro, nell'ambito dei quali in particolare si riavvieranno i confronti sulla privacy, sulle cure primarie e sul personale convenzionato, oltre ad affrontare le tematiche che le novità normative o le valutazioni delle aziende suggeriranno di affrontare. Verrà poi avviato il percorso per la definizione del fabbisogno organizzativo e tecnologico per la gestione del magazzino farmaceutico interaziendale, il cui contratto di gestione attuale si avvia alla conclusione.		L'attività ha inevitabilmente risentito della situazione emergenziale collegata alla Pandemia Covid-19. Particolarmente complessa e consistente è stata l'attività svolta per l'acquisizione di beni e servizi, nonché lo svolgimento di lavori per garantire la rimodulazione delle attività sanitarie con modalità completamente diverse. Le prestazioni erogate sono risultate comunque efficaci e il coordinamento in ambito Aven ha permesso di fronteggiare adeguatamente la situazione.					
<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>Perf. inter</b>
Relazioni sull'attività svolta, documenti redatti in forma congiunta		Verbali gruppi di lavoro, report direzione operativa AVEN	Si/No	Si	Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.2.1.2</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.3</b>	<b><u>I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>7.3.1</b>	<b>Obiettivi trasversali del Dipartimento Valutazione e Controllo</b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

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

La mission del Dipartimento è quella di assicurare una univoca lettura dei bisogni espressi dalla popolazione di riferimento tradotta in una pianificazione ed una programmazione coerente e sostenibile in relazione agli indirizzi delle Istituzioni Locali ed alle scelte Regionali. Contribuisce a garantire prestazioni sempre più adeguate alla tutela della salute dei cittadini, assicurando che l'erogazione avvenga nel rispetto dei principi di buona amministrazione: efficienza, efficacia, economicità, equità, etica e legalità, nell'ottica del Sistema di Gestione della Qualità.

L'assetto organizzativo del Dipartimento nel 2020 sarà arricchito da due settori di grande rilevanza per il supporto trasversale al sistema azienda nel suo complesso, il Settore Qualità e Accreditamento, precedentemente collocato in Staff alla Direzione Sanitaria, ed il Settore Sistema Informativo, Flussi Sanitari e Statistica (che comprende anche la mobilità sanitaria), struttura di nuova istituzione le cui funzioni, precedentemente collocate nell'ambito del servizio Risorse Informatiche e Telematiche e, per quanto riguarda la mobilità in Direzione Sanitaria, viene più opportunamente inserita nel Dipartimento Valutazione e Controllo, al fine di rendere maggiormente fruibili e coordinati i vari flussi.

Nel processo complessivo di integrazioni con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, si proseguirà nella integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo in un ottica di coordinando sempre maggiore.

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

<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.3.1.1</b>	<b>Integrazione funzione di Programmazione e Controllo AUSL-AOU di Parma</b>
---	----------------	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Consolidamento del processo di integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, a partire dalla omogeneizzazione degli strumenti di programmazione e delle schede di budget con particolare riferimento ai Dipartimenti Interaziendali (nello specifico il Dipartimento di Emergenza-Urgenza).	Il processo di integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo è proseguito con regolarità attraverso un confronto sistematico per la condivisione dei contenuti dei documenti di programmazione aziendale redatti nel rispetto delle scadenze definite (Relazione DG allegata al bilancio con la rendicontazione degli obiettivi della delibera di programmazione annuale, in scadenza al 30 aprile, e Relazione sulla performance in scadenza al 30 giugno). Nella negoziazione di Budget con il Dipartimento Interaziendale di Emergenza-Urgenza (primo passaggio il 17/12/19 in AOU e il 12/02/20 in AUSL) sono stati definiti obiettivi comuni per tutte le UU.OO definiti in maniera omogenea nelle schede di budget in aggiunta agli obiettivi specifici per le singole Unità operative.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	7.3.1.1	<b>Integrazione funzione di Programmazione e Controllo AUSL-AOU di Parma</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	<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>Perf. inter</b>
Evidenza Incontri			Atti Dipartimento Valutazione e Controllo	Si/No	Si	Si	Si	
Evidenza Scheda di Budget DEU			Masterbudget	Si/No	Si	Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	7.3.1.2	<b>Ciclo della Performance ed Armonizzazione dei Documenti di Programmazione Aziendali</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Miglioramento del ciclo della performance con particolare riferimento alla fase del riesame della Direzione. Sviluppo dell'utilizzo del software "G-Zoom" per tutti gli strumenti di programmazione aziendale. Introduzione nel Piano Azioni della tracciatura degli obiettivi incentivati (Dirigenza e Comparto) per migliorare il collegamento tra performance organizzativa e individuale. Sperimentazione della compilazione del Piano Azioni direttamente su GZoom da parte di alcuni referenti, con gestione distribuita, personalizzazione delle stampe e rappresentazione grafica degli indicatori mediante gauges.			E' stata formalizzata la procedura aziendale relativa al Riesame della Direzione ed il 22/01/20 si è tenuto un incontro specifico. La Direzione Aziendale ha analizzato i documenti di riesame prodotti dai Dipartimenti focalizzando i punti strategici tradotti negli obiettivi di budget con integrazione delle proposte contenute nelle schede predisposte dai Direttori di dipartimento e negoziate successivamente negli incontri. Anche nel Piano delle Azioni è stata data evidenza dello stato degli obiettivi se incentivati per la Dirigenza, il Comparto o per entrambi. A causa di problemi di gestione del software è stata sospesa la compilazione del Piano azioni direttamente su G-Zoom da parte di un gruppo di elementi sperimentatori. E' stata realizzata la rappresentazione grafica degli indicatori mediante gauges.				
<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>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.2</b>	<b>Ciclo della Performance ed Armonizzazione dei Documenti di Programmazione Aziendali</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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Piano Azioni			Atti Direzione Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	
Compilatori in forma distribuita			Atti Direzione Aziendale	Numero >=		4,00		
Evidenza procedura riesame			Atti Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.3.1.3</b>	<b>Miglioramento Processo di budget</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Revisione della Procedura del Regolamento di budget alla luce dei cambiamenti organizzativi intercorsi che hanno comportato una redistribuzione delle responsabilità di gestione di alcune funzioni trasversali.			E' stata effettuata la revisione della procedura del Regolamento di Budget con l'inserimento del riesame tra le fasi del processo e la ridefinizione di alcuni budget trasversali in coerenza alla redistribuzione delle responsabilità di gestione dei processi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	Delibera OIV 5/2017				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza Procedura del Regolamento di Budget aggiornata			Atti Dipartimento	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.4</b>	<b>Sviluppo competenze e formazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.4</b>	<b>Sviluppo competenze e formazione</b>						
<p>Nel corso del 2020 proseguirà l'attività di formazione in collaborazione con l'Università Cattolica di Milano - "Strategia aziendale e strumenti del controllo direzionale: un'analisi critica" - che si tradurrà in due momenti formativi, pianificati per fine maggio e per fine novembre 2020, nel corso dei quali verranno illustrati e valutati gli step finali del percorso degli otto gruppi di lavoro.</p> <p>In continuità con l'attività formativa svolta nel 2019, saranno coinvolte figure di profilo sanitario ed amministrativo di tutta l'organizzazione aziendale.</p> <p>Inoltre si svolgeranno eventi formativi mirati all'apprendimento delle funzioni e degli strumenti base del linguaggio SQL e dei relativi database utilizzati dai sistemi MUSA e Targit e dal CDW aziendale.</p>			<p>A causa della emergenza COVID che ha visto la sospensione degli eventi formativi in presenza la pianificazione prevista non ha avuto corso.</p>					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza eventi			Atti DVC	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.1	<b>Area della ricerca e della didattica</b>		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.3.1.5</b>	<b>Progetto Regionale Risk-ER e supporto a progetti di ricerca</b>					
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	7.3.1.5	<b>Progetto Regionale Risk-ER e supporto a progetti di ricerca</b>							
<p>Coordinamento del Progetto Regionale Risk-ER; supporto alla diffusione dei Report ai Dipartimenti Cure Primarie e nelle Case della salute al fine di promuovere la presa in carico dei pazienti a rischio alto e molto alto di ospedalizzazione e lo sviluppo di interventi di medicina di iniziativa.</p> <p>L'Azienda collabora con importanti Istituti Universitari e con la ASR su progetti di ricerca volti a qualificare complessivamente il sistema azienda. Il Dipartimento Valutazione e Controllo assicura supporto metodologico ed operativo fornendo ai vari attori i dataset richiesti e compiendo elaborazioni ad hoc nei diversi ambiti in cui si svolge la ricerca.</p>			<p>Il coordinamento del Progetto Regionale Risk-ER procede con regolarità ed i report vengono diffusi non appena messi a disposizione dalla RER.</p> <p>E' in corso un progetto di ricerca in collaborazione con CERISMAS sul tema della fragilità dell'anziano ed è in corso di approfondimento la valutazione del set di indicatori individuati per la valutazione del contesto.</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>	3.1.1	Attività di ricerca	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>	
Evidenza Report monitoraggio Risk-Er			Atti DVC	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	7.3.1.6	<b>Interscambiabilità e continuità di servizio</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Organizzazione del lavoro coerente con le funzioni proprie de Dipartimento e disponibilità alla flessibilità oraria, in modo da garantire continuità nelle attività e presenza in servizio distribuita in tutto l'arco della settimana, nel rispetto delle indicazioni aziendali in materia di gestione dell'orario di lavoro.</p>			<p>E' stata sempre garantita la continuità di tutte le funzioni proprie del Dipartimento grazie alla flessibilità oraria del personale assegnato che ha assicurato la presenza in servizio, distribuita anche nei pomeriggi, in tutto l'arco della settimana. Anche nel periodo di lockdown in cui è stato concesso lo smart working a turno è sempre stata garantita la presenza in servizio.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	<b>Riferimento Normativo</b>					

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>7.3.1.6</b>	<b>Interscambiabilità e continuità di servizio</b>						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Rispetto continuità presenza			Portale GRU	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.7</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<p><b>Rendicontazione</b></p> <p>Anche il Dipartimento Valutazione e Controllo ha dato il suo contributo nelle fasi di gestione della emergenza COVID fornendo sempre gli elementi richiesti a supporto delle decisioni della Direzione.</p> <p>In particolare è stato sviluppato ed implementato il report di monitoraggio dell'attività delle USCA (Unità Speciali di Continuità assistenziale), per rispondere anche al debito informativo con la RER e l'Ordine dei Medici di Parma, prodotto settimanalmente in una prima fase e attualmente a cadenza quindicinale.</p> <p>E' stato anche sviluppato una reportistica ad hoc per il monitoraggio dei ricoveri per COVID in tutte le strutture della rete ospedaliera provinciale; il lavoro è in progress e si avvale della interazione con le funzioni aziendali preposte all'invio e al controllo delle SDO. Inoltre, di concerto con la Direzione Aziendale e il Dipartimento di Sanità Pubblica si è provveduto alla restituzione di elenchi mirati di assistiti a Sindaci e Prefetto per una presa in carico delle possibili situazioni di fragilità sociale dei cittadini in quarantena.</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	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>7.3.2</b>	<b>Obiettivi specifici di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>L'organizzazione aziendale vede, oltre alla funzione di Controllo di Gestione centrale, riferimento per l'intera Azienda, un'attività decentrata radicata presso ogni area distrettuale, a supporto delle strutture di rispettivo riferimento cui appartengono e dipendono, e di interfaccia con il Servizio aziendale. Il Dipartimento Valutazione e Controllo ha, da alcuni anni, ampliato lo spettro delle competenze acquisendo la parte amministrativo-contabile del processo di acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate, che nel 2020 si amplieranno ulteriormente con la acquisizione del coordinamento dei Flussi Informativi Regionali, nell'ambito del Tavolo Tecnico sulla statistica ed i Sistemi Informativi sanitari e Sociali, della gestione della mobilità sanitaria, e del coordinamento del sistema della Qualità e Accreditamento Aziendale, i cui obiettivi di sviluppo sono trattati nei settori specifici di afferenza.</p> <p>Proseguirà altresì il consolidamento della funzione strutturata di programmazione e controllo aziendale, con il coinvolgimento non solo di professionisti di area amministrativa, da sempre impegnati nel controllo di gestione a livello aziendale e distrettuale, ma anche professionisti di area sanitaria con lo scopo di sviluppare una sinergia di competenze orientata sempre più a perseguire il collegamento tra programmazione, gestione economica e valutazione delle performance.</p>		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.3.2.1</b>	<b>Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2020 le aziende dovranno assicurare la collaborazione per l'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC, assicurando la partecipazione dei collaboratori al tavolo GAAC ed ai gruppi di lavoro, e l'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC			E' stata garantita la partecipazione attiva agli incontri (in videoconferenza a causa emergenza COVID-19) del tavolo GAAC, e la prosecuzione dell'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC, continuando la bonifica sull'esistente. E' proseguito il processo di allineamento del piano dei FP aziendali al piano dei FP GAAC.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC			Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	7.3.2.2	<b>Cruscotto Case della Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Dopo che nel corso dell'anno 2019 il "Cruscotto Multidimensionale" delle Case della Salute è stato riprogettato, sviluppato e testato, anche attraverso la sua illustrazione dalla Direzione Aziendale e Distrettuale-DCP, nell'anno 2020 ci si prefigge di renderlo stabile e fruibile rafforzando la banca dati da cui attinge e affinando il sistema degli indicatori per una sua piena fruibilità.			Nel corso del 2020 si è proceduto con l'alimentazione del database, implementandolo con i dati dei periodi precedenti. Nel contempo sono stati effettuati test di verifica sulla completezza dei dati, degli indicatori e sulla loro correttezza, al fine di garantire la corretta visualizzazione sul sistema di reportistica dinamica TARGIT, all'interno del quale è presente il Cruscotto. Per facilitare la visualizzazione dei contenuti agli utenti, è stata modificata la navigazione, creando due homepage intermedie del cruscotto che indirizzano ai dati relativi ai differenti anni presi in considerazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2128/16; DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Implementazione della banca dati (CDW) del Cruscotto delle Case della Salute			Dip. Val. Cont.	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	7.3.2.3	<b>Sistema Informativo Controllo di Gestione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Anche nel corso dell'anno 2020 sarà posta particolare attenzione all'attività di adeguamento dei software Musa e Targit, con particolare attenzione al recepimento degli aggiornamenti che riguardano i numerosi flussi informativi trattati.			Sia il sistema Musa sia il sistema TARGIT sono costantemente aggiornati, garantendo la completezza e la correttezza dei dati dei vari cubi e report contenuti in essi. Nel corso del primo semestre 2020 sono stati fatti interventi di ottimizzazione di TARGIT, eliminando elementi che appesantivano la navigazione, ed è stata fatta un'opera di pulizia dei cubi in MUSA, eliminando quelli obsoleti e non più utilizzati.					
<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>Perf. inter</b>
Adeguamento dei software in uso alle specifiche evolutive dei flussi informativi			Sistema Informativo del Dipartimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.3.2.4</b>	<b>Reportistica dinamica Targit</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2020 proseguirà la manutenzione dei report dinamici già presenti da tempo come magazzino contabilità analitica ospedale personale. Verranno sviluppati gli argomenti Case della Salute e Cure Intermedie. Particolare attenzione sarà dedicata allo sviluppo della nuova reportistica sulla Mobilità. Si terranno, come di consueto, incontri dedicati con gli operatori che utilizzano Targit per illustrare le modifiche di volta in volta attuate.			Tutti i report dinamici presenti in TARGIT sono costantemente aggiornati ed ottimizzati, al fine di garantire agli utenti una veloce navigazione e l'accesso ai dati richiesti nel modo più rapido ed intuitivo possibile. A tal fine è stata messa in opera, ed è tutt'ora in corso, la revisione di ogni singolo report al fine di alleggerire graficamente il layout, portando così ad una più veloce navigazione da browser. Il Cruscotto Case della Salute è in costante aggiornamento (vedi Obiettivo 2). Il report delle Cure Intermedie è attivo, anche se in fase di ottimizzazione, mentre il report sulla Mobilità è attualmente in fase di progettazione. Sono stati svolti momenti di formazione individuale sull'utilizzo di Targit.					
<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>Perf. inter</b>
Sviluppo, diffusione ed ottimizzazione del Cruscotto web			Targit	Sì/No		Sì	Sì	
Incontri dedicati con gli operatori			Targit	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.5</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.			Anche il Dipartimento Valutazione e Controllo ha dato il suo contributo nelle fasi di gestione della emergenza COVID fornendo sempre gli elementi richiesti a supporto delle decisioni della Direzione. In particolare è stato sviluppato ed implementato il report di monitoraggio dell'attività delle USCA (Unità Speciali di Continuità assistenziale), per rispondere anche al debito informativo con la RER e l'Ordine dei Medici di Parma, prodotto settimanalmente in una prima fase e attualmente a cadenza quindicinale. E' stato anche sviluppato un cruscotto per il monitoraggio dei ricoveri per COVID in tutte le strutture della rete ospedaliera provinciale che è ancora in fase di perfezionamento.				
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.3.2.5	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.4</b>	<b><u>LA FORMAZIONE</u></b>
------------------------------------	------------	-----------------------------

<b>Settore</b>	<b>7.4.1</b>	<b>Obiettivi generali e specifici</b>
----------------	--------------	---------------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo Generale dell'SC Formazione è la costruzione di un offerta formativa, rivolta ai professionisti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e dell'AUSL di Parma, adeguata rispondere ai bisogni di competenze delle diverse strutture aziendali, nonché ad accompagnare i percorsi di lavoro finalizzati al raggiungimento di alcuni obiettivi aziendali prioritari quali: l'umanizzazione delle cure, la rimodulazione delle strutture organizzative, il miglioramento delle esperienze di tirocinio, la sicurezza delle cure, il benessere organizzativo. Inoltre sarà prioritaria la semplificazione dei percorsi di accesso alla formazione e la costituzione di un sistema qualità coerente alla nuova struttura di provider unico.

<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>7.4.1.1</b>	<b>Consolidamento Sistema informativo a supporto del Provider</b>
------------------	----------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<p>Nel corso del 2020 è previsto lo sviluppo di nuove funzionalità del sistema informativo a supporto delle attività del Provider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statistiche per coordinatori e responsabili sulla formazione effettuata dai collaboratori</li> <li>- Prototipo Sperimentale del Dossier Formativo di Gruppo e del Dossier Formativo</li> </ul>	<p>Sia il prototipo sperimentale del Dossier formativo che le Statistiche per i coordinatori, sono stati studiati e analizzati dai referenti di GRU-Whrtime Modulo Formazione di tutte le Aziende sanitarie della RER, durante gli incontri del Tavolo ristretto regionale per l'implementazione del Modulo GRU-Formazione - rif. verbali Gruppo ristretto GRU-Modulo Formazione - e decisi con il referente della Ditta che ha in gestione lo sviluppo di GRU-Modulo Formazione. Dopo l'analisi effettuata al Tavolo ristretto, lo sviluppatore ha ricevuto il mandato di elaborare la proposta informatica e la successiva implementazione a sistema sia delle Statistiche che del Dossier formativo, compatibilmente con le risorse economiche messe a disposizione dalla Cabina di Regia regionale per la realizzazione di GRU WHRTIME nel suo complesso. Per quest'ultimo l'iter di realizzazione è più elaborato, in quanto è necessariamente vincolato allo sviluppo di GRU-Modulo Valutazione, non in capo a questo Settore.</p>

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.2</b>	<b>Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi</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>Perf. inter</b>
N. funzionalità sviluppate/N. funzionalità programmate*100	Sistema Informativo	% >=	50,00%	100,00%	75,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.2</b>	<b>Piani di sviluppo delle competenze per gli operatori della Settore Formazione e per i referenti della formazione</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La programmazione del Dossier Formativo (obiettivi ed eventi) del Settore Formazione e Sviluppo del Potenziale deve prevedere specifici piani di sviluppo delle competenze per gli operatori del settore e per i referenti della formazione delle articolazioni di entrambe le Aziende.</p> <p>Nel corso del 2020 si prevede la programmazione di almeno 2 giornate.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>Nel primo semestre del 2020 gli operatori della SC Formazione e Sviluppo del Potenziale hanno partecipato ai seguenti eventi formativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un operatore ha partecipato a n. 2 Webinar della Community of practice per esperti di formazione e sviluppo organizzativo ( Cerismas di Milano) che hanno riguardato la pianificazione formativa e l'uso delle mappe strategiche nella formazione e ad una giornata formativa dedicata ai componenti dell'ORFoCS sulla valutazione dell'apprendimento nella formazione ECM;</li> <li>- tre operatori hanno partecipato al Corso FAD "Lavorare Smart-Corso Base", organizzato dall'AUSL di Bologna;</li> <li>- un operatore ha partecipato al Corso FAD "La gestione dei conflitti nelle organizzazioni", organizzato dall'AOU di Parma;</li> <li>- due operatori hanno partecipato an. 2 incontri del Corso FAD regionale "Sviluppo competenze di didattica full distance";</li> <li>- due operatori hanno frequentato il seminario "Internal Auditing: dalla narrazione delle esperienze agli apprendimenti per il cambiamento", organizzato dall'AOU di Parma;</li> <li>- un operatore ha frequentato n. 2 Corsi FAD organizzati dall'AUSL di Reggio Emilia, uno sulla Health Literacy e uno sulle indicazioni per la prevenzione COVID – 19;</li> <li>- un operatore ha frequentato un Corso FAD sugli Incarichi nel nuovo contratto di lavoro della Dirigenza.</li> </ul> <p>Sono in previsione nel secondo semestre del 2020 due incontri con i Referenti della Formazione.</p>					
<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>Perf. inter</b>
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate			Sistema Informativo Formazione	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.4.1.3</b>	<b>Formazione E-learning - Portale E-Learning Sanità Parma</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso del 2020 si intende proseguire con lo sviluppo della formazione e-learning erogata attraverso la piattaforma Foraven:</p> <p>1. Avviando un percorso di integrazione della piattaforma Foraven con quella regionale E.laber in modo da facilitare l'accessibilità e la fruibilità dei percorsi formativi e-learning</p> <p>2. Programmando, sviluppando e gestendo nuovi percorsi formativi e-learning</p>			<p>Nel primo semestre 2020 è stata aperta, sul portale regionale E-laber, una apposita sezione dedicata alle Aziende Sanitarie di Parma, e sulla quale è stato trasferito il corso sulla sicurezza dei lavoratori D.lgs. 81/08 (versione base); nel medesimo spazio sono in corso di attivazione altri due percorsi formativi; uno che riguarda le metodologie per la valutazione del personale e un altro richiesto dal U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale.</p> <p>Nel corso del primo semestre è stato inoltre prodotto e messo a disposizione il percorso elearning SARS-COV-2: cosa è e come utilizzare i Dispositivi di Protezione Individuale</p>					
<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>Perf. inter</b>
N. percorsi formativi e-learning realizzati/ N. percorsi formativi e-learning programmati			Piattaforma Foraven	% >=	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.4</b>	<b>Formazione specifica in medicina generale</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Favorire la realizzazione di percorsi formativi dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, individuare la rete dei tutor.</p>			<p>Il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere, è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017.</p> <p>La Rete dei Tutors per la formazione specifica in Medicina Generale era stata formalizzata con la Nota Prot. 0078627 del 22.11.2017 ma, a causa di cessazioni per pensionamenti, trasferimenti, ecc., si sta provvedendo ad un aggiornamento dei nominativi dei professionisti che possano svolgere tale ruolo.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19			

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.4</b>	<b>Formazione specifica in medicina generale</b>						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Documento di sintesi sulle azioni intraprese			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	
Relazione sul funzionamento della rete			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	No	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.5</b>	<b>La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi.</p> <p>Gli obiettivi per il 2020 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione</p>			<p>Il percorso formativo: "Lo sviluppo delle competenze degli infermieri del DAISMDP - Problem solving e Time management" si svolgerà dal 14 settembre 2020 al 20 novembre 2020.</p> <p>Nasce come conseguenza di un percorso dedicato alla definizione del profilo di competenze del DAISMDP.</p> <p>Valutazione di trasferibilità ex ante settembre 2020 - Valutazione di trasferibilità ex post giugno 2021</p> <p>Due interviste strutturate costruite ad hoc (Modello di riferimento Transfer of training, di Baldwin e Ford, 1988).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (5)				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo			specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00	1,00	
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative			specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00	0,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Rispetto alle attività necessarie per fronteggiare l'emergenza COVID 19 la SC Formazione ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prodotto e messo a disposizione dei professionisti delle due Aziende Sanitarie e poi di tutto il SSR il percorso formativo elearning "SARS-COV-2: cosa è e come utilizzare i Dispositivi di Protezione Individuale"</li> <li>- acquistato e messo a disposizione il sistema per la didattica didattica online Blackboard Collaborate attivando diverse aule virtuali e garantendo apposita formazione all'utilizzo</li> <li>- acquistato e messo a disposizione dei professionisti 150 webcam e 150 cuffie con microfono per aumentare il livello di accessibilità alla formazione elearning, ai sistemi di aule virtuali e di video conferencing</li> <li>- adottato un nuovo regolamento e predisposto l'apposita modulistica per mettere nelle condizioni i professionisti di fruire della formazione e-learning anche al di fuori dell'orario di servizio e/o dal posto di lavoro</li> <li>- supportato le articolazioni delle due aziende nella riprogettazione dei percorsi formativi programmati in modalità residenziale.</li> </ul>				
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.5</b>	<b><u>La comunicazione e il miglioramento dell'accesso</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>7.5.1</b>	<b><u>Informazione e comunicazione per la salute e l'accesso ai servizi</u></b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel 2020 si vuole rafforzare la comunicazione su piattaforme social e supporti video, ambiti già presidiati da alcuni anni ma sui quali occorre accelerare, nel quadro di maggior attenzione e dunque potenziamento di tutta la comunicazione on line aziendale. Impongono queste scelte due motivi principali: redincontabilità più precisa dei mezzi social e le caratteristiche dei consumi mediatici della popolazione di riferimento, sempre più trainati da social network e video. Dunque partiranno attività formative specifiche sui social media, non solo per gli operatori dell'ufficio e ma per tutta l'area della comunicazione aziendale (Urp inclusi), e si progetterà un'organizzazione più snella per la produzione video, sia sul piano amministrativo che operativo. Nella seconda parte dell'anno inizierà la progettazione del nuovo sito, posticipata per ragioni amministrative connesse alla scadenza contrattuale del sito AOU. Verrà realizzato un progetto aziendale pluriennale di miglioramento del servizio centralino telefonico, assegnato dalla Direzione quale esito delle attività 2018-19 del Coordinamento aziendale CCM. Su indicazione della Direzione aziendale proseguiranno le attività di collaborazione con l'Ufficio stampa e comunicazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria.

<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>7.5.1.1</b>	<b>Realizzazione di campagne informative</b>			
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
Assicurare la piena implementazione delle campagne informative regionali, ottimizzandone la diffusione nelle varie sedi sul territorio; realizzazione di campagne aziendali integrate, inter-aziendali o di Area Vasta: sono gli obiettivi che prevedono un costante miglioramento di modalità e contenuti degli strumenti della comunicazione aziendale, in ambito grafico-editoriale e acquistati sui media locali (cartacei, radio e tv)		Dalla fine di febbraio sono state organizzate campagna informative esclusivamente sull'emergenza da Covid-19, sia come Azienda (2 campagne aziendali) che collaborando all'implementate di quelle regionali. I prodotti informativi a supporto delle campagne, da fine febbraio in poi sono stati tutti utilizzati per informare sull'emergenza.			
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017 - DGR 977/2019	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	7.5.1.1	Realizzazione di campagne informative						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Campagne totali di comunicazione esterna realizzate			evidenze doc.li	Numero >=	10,00	20,00	5,00	
Prodotti grafico-editoriali cartacei realizzati			evidenze doc.li	Numero >=	30,00	70,00	8,00	
Prodotti "Informasalute" radio realizzati			evidenze doc.li	Numero >=	9,00	18,00	7,00	
Prodotti "Informasalute" tv realizzati			evidenze doc.li	Numero >=	14,00	28,00	14,00	
Prodotti "Informasalute" cartacei realizzati			evidenze doc.li	Numero >=	10,00	20,00	13,00	
Spettatori su emittente tv locale nel mese medio			Auditel	Numero >=	5.000,00	6.000,00	5.000,00	
Visualizzazioni versioni on line Informasalute su canali social aziendali			evidenze doc.li	Numero >=	10.000,00	11.000,00	10.000,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	7.5.1.2	Attività social media e produzioni video						
Descrizione			Rendicontazione					
Più followers e maggior incremento dell'engagement sono gli obiettivi dell'attività social aziendale, dove la presenza di contenuti video è considerata tra gli elementi trainanti. A supporto si progetteranno specifiche attività formative per tutta l'area comunicazione aziendale.			L'attività è stata totalmente assorbita anche in questo ambito dai temi dell'emergenza, da fine febbraio in poi. Significativo l'aumento dei followers sulla pagina FB aziendale, a dimostrazione dell'efficacia comunicativa e importanza di questo strumento.					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017 ; DGR 919/20018 ; D.Lgs.33/2013; DGR 977/2019				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.5.1.2</b>	<b>Attività social media e produzioni video</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>Perf. inter</b>
Numero di followers pagina FB			evidenze doc.li online su FB	Numero >=	10.000,00	11.500,00	14.000,00	
Numero di followers pagina Youtube			evidenze doc.li online su Youtube	Numero >=	800,00	1.200,00	450,00	
Video di varie lunghezze e formati diffusi sui social			evidenze doc.li online su FB e Youtube	Numero >=	20,00	42,00	20,00	
Ore formazione social media e video erogate			evidenze UO Formaz.	Numero >=	10,00	18,00	0,00	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.3</b>	<b>Eventi comunicativi aziendali</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>	Non è stato realizzato nessun evento comunicativo con valenza aziendale a causa dell'emergenza covid-19.				
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017; DGR 977/2019				
<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>Perf. inter</b>
Numero eventi organizzati			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	1,00	2,00	0,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>7.5.1.4</b>	<b>Sito Internet, servizi online e portale ER Salute</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	7.5.1.4	<b>Sito Internet, servizi online e portale ER Salute</b>						
Proseguimento delle azioni di miglioramento continuo del sito attuale, nei contenuti informativi e nella loro organizzazione grafico-editoriale, e della collaborazione editoriale con il portale del SSR. Si avvia la progettazione del nuovo sito Internet aziendale.			Gli strumenti di questo ambito sono stati utilizzati da fine febbraio esclusivamente per diffondere informazioni sull'emergenza, registrando sinificativi incrementi in quando particolarmente indicati alla diffusione efficace durante il lockdown ed oltre.					
<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>	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017; D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"; DGR 1423/2017; DGR 977/2019				
<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>Perf. inter</b>
Notizie pubblicate sito Internet aziendale			evidenze online	Numero >=	140,00	290,00	150,00	
Notizie pubblicate sul portale regionale SSR			evidenze on line	Numero >=	40,00	80,00	40,00	
Visitatori unici del sito Internet aziendale			Google analytics	Numero >=	450.000,00	500.000,00	480.000,00	
Progettazione nuovo sito			evidenze doc.li	Sì/No	No	Sì	No	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	7.5.1.5	<b>Relazioni con i cittadini e loro rappresentanti</b>						
<b>Descrizione</b>	Realizzazione del piano di attività annuali del Coordinamento aziendale URP, supporto alla programmazione annuale del coordinamento aziendale CCM. Miglioramento della sezione aziendale della banca dati del numero verde regionale, rilevazione chiamate II° livello. Miglioramento delle risposte alle richieste informative dal servizio on line "scrivici" del sito aziendale, contenendone il numero. Proseguimento predisposizione note riscontri interrogazioni.		<b>Rendicontazione</b>					
			Gli obiettivi sono stati raggiunti per le attività di informazione e relazione con i cittadini. Per motivi legati al Covid-19 non si sono realizzate le riunioni dei Coordinamenti URP e CCM, anche in coerenza con le indicazioni regionali.					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>7.5.1.5</b>	<b>Relazioni con i cittadini e loro rappresentanti</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017; D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"				
<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>Perf. inter</b>
Numero contenuto risposte servizio on line "scrivici"			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero <=	200,00	400,00	250,00	
Riunioni coordinamento aziendale URP			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	4,00	1,00	
Numero contenuto chiamate II° liv. del Num. Ver. regionale			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero <=	50,00	70,00	40,00	
Riunioni coordinamento aziendale CCM			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	3,00	0,00	
Numero note riscontri interrogazioni			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	15,00	25,00	13,00	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.6</b>	<b>Rapporti con i media</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento delle azioni per ottenere una sempre miglior presenza aziendale sui media. Prosecuzione del sistema aziendale di rilevazione statistica per la valutazione della qualità della presenza aziendale sui media. Estensione servizio di rassegna stampa quotidiana via e-mail.			L'attività di ufficio stampa da fine febbraio in poi è stata totalmente assorbita dall'emergenza, garantendo anche costante raccordo con Regione e Azienda Ospedaliero-Universitaria, nonché con le altre Istituzioni parmensi interessate (Prefettura, Provincia). E' stato dato costante supporto a numerosi Comuni parmensi anche nella comunicazione con le rispettive comunità di cittadini.					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.6</b>	<b>Rapporti con i media</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017; D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"				
<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>Perf. inter</b>
			evidenze online	Numero >=	85,00	130,00	70,00	
			evidenze doc.li	Numero >=	45,00	70,00	60,00	
			evidenze doc.li	Si/No	Si	Si	Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.7</b>	<b>Miglioramento dell'accesso ai servizi</b>						
<b>Descrizione</b>	Realizzazione del progetto aziendale pluriennale di miglioramento del servizio centralino telefonico, assegnato dalla Direzione, con tutte le attività connesse. Produzione materiale informativo con tecniche HL con il contributo di pazienti e familiari.		<b>Rendicontazione</b>	Le azioni previste dal progetto prevedevano tutte azioni di personale in presenza: per le norme anti-covid in vigore non sono state realizzate.				
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18, DGR 1423/2017; DGR 977/2019				
<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>Perf. inter</b>
			evidenze doc.li	Si/No	No	Si	No	
			Evidenze documentali	Si/No	Si	Si	No	
			evidenze doc.li	Numero >=	2,00	3,00	1,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>7.5.1.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Da prima della proclamazione dello stato d'emergenza è stato garantito pieno e tempestivo supporto alla Direzione e alle articolazioni aziendali e interaziendali per la gestione comunicativa esterna, ma anche interna, della pandemia. Per esempio, l'Azienda è stata l'unica in regione ad aver organizzato già nell'ultima settimana di febbraio una campagna per la popolazione, su mezzi propri ed esterni (es: all'interno dei bus urbani e non). La gestione comunicativa in emergenza è stata garantita oltre l'orario di lavoro, presidiando in modalità integrata con gli URP i canali aziendali di relazione e ascolto, on e off line, con media, cittadini e istituzioni.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>7.5.2</b>	<b>Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>La comunicazione interna è una risorsa cruciale per la governance aziendale. Supportare le articolazioni aziendali a un suo miglior utilizzo è tra le finalità 2020, abbinata al consolidamento dei buoni livelli qualitativi di produzione raggiunti. Occorre costruire, o co-costruire con un gruppo di lavoro aziendale interdisciplinare, un progetto di comunicazione interna utilizzando i social, strumento perno delle campagne informative interne.</p>		

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>7.5.2.1</b>	<b>Campagne di comunicazione interna</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Realizzazione di campagne integrate di comunicazione interna per promuovere la salute dei lavoratori, la tutela dei diritti e la qualità delle prestazioni, oltre che d'informazione su attività, disposizioni interne e sulla programmazione aziendale.			Sono state assicurate costanti azioni di diffusione di tutte le campagne e iniziative informative decise dalla Direzione e dai responsabili di personale/struttura per informare i dipendenti sulle norme di prevenzione da seguire e sugli adempimenti necessari sui temi dell'emergenza.					
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 830/2017; DGR 919/2018 -DGR 977/2019				
<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>Perf. inter</b>
Campagne realizzate			evidenze online	Numero >=	1,00	2,00	2,00	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>7.5.2.2</b>	<b>Intranet e altri strumenti</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo dell'Intranet aziendale quale strumento principale di comunicazione interna, attivando le sue funzionalità informative multimediali o social. Realizzazione grafico-editoriale di strumenti informativi cartacei e video, coinvolgimento dei dipendenti sulle piattaforme social dell'Azienda, a partire da quella già operativa su Facebook, tramite la diffusione di una policy interna aziendale.			L'Intranet si è rivelata un fondamentale strumento di comunicazione interna, per la diffusione delle informazioni soprattutto nel periodo di maggior adesione del personale alla modalità smart working. I prodotti informativi diffusi sono stati sia aziendali, dunque prodotti ad hoc, sia regionali, in entrambi i casi sempre legati all'emergenza da covid-19.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>7.5.2.2</b>	<b>Intranet e altri strumenti</b>						
<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>	DGR 830/2017; DGR 919/2018 - DGR 977/2019				
<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>Perf. inter</b>
			evidenze online	Numero >=	50,00	70,00	50,00	
			evidenze doc.li c/o Ufficio comunicazione	Numero >=	15,00	35,00	12,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.2.3</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.		<b>Rendicontazione</b>	Nella comunicazione è stato dato tempestivo e costante supporto alla Direzione e ai responsabili delle strutture per comunicare al personale indicazioni sanitarie di tutela, sugli adempimenti richiesti e gli aggiornamenti normativi. I principali strumenti sono stati la rete Intranet e la diffusione nelle sedi, anche grazie alla consueta e imprescindibile collaborazione con gli URP, di materiali informativi prodotti per personale.				
<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>Perf. inter</b>
			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.6</b>	<b><u>Le politiche del personale e sviluppo organizzativo</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>7.6.1</b>	<b><u>Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le direttrici sulle quali l'Azienda vuole impostare le azioni relative al personale sono principalmente quelle indicate come prioritarie dalle Linee di programmazione RER, determinate in gran parte dal quadro normativo nazionale, dalla contingenza economica e dall'impatto delle recenti manovre finanziarie. La necessità di controllo delle risorse induce, riguardo al personale, ad una attenta analisi dei fabbisogni, oltre ad una ineludibile redistribuzione e riqualificazione del personale – Pertanto :</p> <p>a) Politiche di governo degli organici coerenti con gli indirizzi regionali di programmazione annuale</p> <p>b) Applicazione degli accordi siglati tra Regione Emilia-Romagna e le OO:SS: confederali e di categoria, in merito alle "politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario</p> <p>c) Riduzione del precariato attraverso processi di stabilizzazione degli organici    d) Razionalizzazione e riprogettazione dell'organizzazione aziendale sia in ambito sanitario che amministrativo</p>		

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.6.1.1</b>	<b>Applicazione nuovi accordi collettivi nazionali di lavoro</b>						
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>						
Nel 2020 l'Azienda sarà chiamata a dare applicazione agli ACN per la disciplina del rapporto di lavoro con gli MMG - PLS e Specialisti Ambulatoriali la cui preintesa è stata firmata nel corso dell'anno 2019, relativamente agli istituti a contenuto economico e normativo con carattere vincolato ed automatico.		Nel primo semestre anno 2020 sono entrati in vigore i nuovi ACN per la medicina specialistica ambulatoriale, Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta. In osservanza delle disposizioni regionali in materia l'Azienda USL di Parma ha proceduto al calcolo e alla liquidazione degli arretrati contrattuali spettanti ai settori della Medicina Specialistica Ambulatoriale e Pediatria di Libera Scelta. Nel secondo semestre 2020 si procederà alla liquidazione delle competenze contrattuali al personale Medico di Medicina Generale						
<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>Perf. inter</b>
Calcolo e liquidazione degli arretrati contrattuali anni 2018/2019			Evidenza della procedura	Sì/No		Sì		
Applicazione dei nuovi istituti contrattuali con particolare riferimento alle nuove disposizioni in materia di attribuzione degli incarichi nell'area MMG			Evidenza della procedura	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.6.1.2</b>	<b>Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>In conformità a quanto disposto dall'art. 6 – comma 2 - del D.Lgs. n. 165/2001 (successivamente modificato dal D.Lgs. n. 75/2017), sulla base delle linee di indirizzo fissate con il DM 08/05/2018 e recepite dalla Regione Emilia-Romagna con propria Delibera n. 1412 del 03/09/2018, a decorrere dall'anno 2018 la copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende sanitarie è stata pianificata sulla base dell'approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che di fatto hanno portato al superamento degli annuali Piani aziendali di Assunzione, quale strumento di programmazione rivolto al reclutamento di personale da parte dagli Enti del SSR, al fine di far fronte alle diverse esigenze operative, in modo da assicurare il regolare svolgimento delle attività e garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In riferimento ai Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale (PTFP), le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015. ... (vedi testo DGR 977/19 Allegato B pag.56 di 72)</p>			<p>L'Azienda è chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica. La Regione alla fine del primo semestre, tuttavia, non aveva ancora dato indicazione in merito alla modalità di esecuzione dell'adempimento suddetto e, quindi, non è stato ancora possibile procedere per l'anno 2020. Le assunzioni cui si è proceduto nel frattempo hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Sulle medesime ha ovviamente inciso la necessità di reclutamento connesse con l'emergenza COVID in corso che hanno richiesto uno sforzo particolarmente intenso, anche per la necessità di procedere a forme di reclutamento "straordinarie" attraverso la stipula anche di contratti atipici per co.co.co, liberi professionisti e incarichi gratuiti. Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica. L'Azienda, già a far tempo dal 2018, ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, partecipando alle procedure concorsuali in forma aggregata per infermiere/fisioterapista/e ostetriche/ortottista banditi da altre Aziende e già conclusi nonché, nel 2019, a quelli di assistente amministrativo e collaboratore amministrativo area giuridica e collaboratore amministrativo - area economico-finanziaria, tecnico della prevenzione e tecnico della riabilitazione psichiatrica di cui è capofila l'Azienda USL di Parma, programmatore Cat. C e collaboratore tecnico informatico Cat. D, tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, ancora in corso di espletamento e che si concluderanno nel 2020, compatibilmente con l'emergenza COVID.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.2	Governo delle risorse umane	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.6.1.2</b>	<b>Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale</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>Perf. inter</b>
			Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFT), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	Si/No		Si		
			Attuazione e monitoraggio del Piano avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR	Si/No		Si		
			Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende, in particolare quelli riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione e Valutazione". Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli "Concorsi" e "Turni"	Si/No		Si		
			Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti	Si/No		Si		
			Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.6.1.3</b>	<b>Consolidamento nuovo software risorse umane e sviluppo della relativa reportistica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
			Trattasi di obiettivo strategico finalizzato a rendere assolutamente coerente l'operatività aziendale a quella decisa a livello regionale. L'attività consiste nel consolidamento delle varie funzionalità per la gestione delle risorse umane l'avvio della relativa reportistica, nonché avvio degli applicativi master previdenza, concorsi e valutazione					
			Anche nel corso del 2020 l'applicativo GRU per la gestione del personale dipendente è stato utilizzato, procedendo al consolidamento e all'ottimizzazione nell'utilizzo dei moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno, comprese le denunce periodiche. Parte del personale afferente il Dipartimento interaziendale risorse umane ha continuato la formazione "sul campo" a favore degli operatori individuati nei distretti cui fanno capo le funzionalità sopra descritte. Le implementazioni sono state gestite in collaborazione con "la cabina di regia" regionale, della quale fa parte anche collaboratore del Dipartimento. Le attività di avvio del modulo concorsi hanno subito un rallentamento dovuto all'emergenza sanitaria ma l'applicativo dovrebbe entrare definitivamente in uso nell'autunno. Non risulta ancora disponibile a livello regionale il modulo Business Intelligence quale cruscotto a disposizione delle direzioni strategiche con statistiche con costi e andamento gestione/assenze personale. Sono stati nel frattempo messi a disposizione del Controllo di gestione i flussi dedicati per alimentazione della contabilità analitica e quelli relativi FTE, ore lavorate e assenze.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	7.6.1.3	<b>Consolidamento nuovo software risorse umane e sviluppo della relativa reportistica</b>							
<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>Perf. inter</b>
Consolidamento della procedura GRU per applicativi presenze, giuridico,economico e formazione				Evidenza dalla procedura informatica	Si/No		Si		
Sviluppo della nuova reportistica relativa alla gestione delle risorse umane				Evidenza dalla procedura informatica	Si/No		Si		
Avvio della procedura GRU per applicativi concorsi e valutazione				Evidenza dalla procedura informatica	Si/No		Si		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	7.6.1.4	<b>Governo delle risorse umane: Costi del personale</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
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 del PTFP e degli Accordi sottoscritti			Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.						
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.2	Governo delle risorse umane	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<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>Perf. inter</b>
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 del PTFP e degli Accordi sottoscritti				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.1.5</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Il Dipartimento Risorse Umane e tutte le articolazioni che ne fanno parte hanno costantemente collaborato per garantire il necessario supporto nel periodo dell'emergenza COVID in relazione alle crescenti necessità assunzionali che venivano evidenziate dalle strutture sanitarie direttamente coinvolte, anche attraverso il reclutamento di figure atipiche (co.co.co, liberi professionisti, incarichi gratuiti) e la conseguente gestione economica e previdenziale. E' stato fornito supporto per l'avvio dello smart working "in forma semplificata" come previsto dalla decretazione d'emergenza. Si è provveduto alla sottoscrizione degli accordi attuativi dei verbali siglati in sede regionale per il riconoscimento della premialità COVID nei confronti dei dipendenti sia di area comparto che dirigenziale, nonché del premio governativo previsto dal D.L. 18/2020.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Settore	7.6.2	Revisione organizzazione aziendale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>L'Azienda è impegnata</p> <p>a:</p> <p>a) Razionalizzare e riprogettare l'organizzazione aziendale sia in ambito sanitario che amministrativo</p> <p>b) Attuare politiche di Integrazione tra aziende della Provincia di Parma e a livello di AVEN</p> <p>c) Potenziare e sviluppare il sistema di valutazione del personale individuale o di équipe, presupposto per rendere sempre più esplicito e per misurare il valore associato alle caratteristiche e competenze, ai comportamenti, all'agire legato al ruolo o alla posizione ricoperti e ai risultati ottenuti da professionisti e operatori. La valutazione si connota infatti come una caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro nel rispetto delle disposizioni normative, contrattuali e aziendali. Il percorso di sviluppo deve essere condiviso e portare ad una integrazione dei sistemi attualmente in essere nelle due aziende sanitarie pubbliche della Provincia di Parma.</p>		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
Obiettivo incentivante (dirigenza)	7.6.2.1	Attuazione del percorso di avvicinamento al sistema di valutazione integrata del personale			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	7.6.2.1	<b>Attuazione del percorso di avvicinamento al sistema di valutazione integrata del personale</b>			
<p>L'Azienda, insieme all'AOU di Parma, è chiamata a dare attuazione al piano di avvicinamento al sistema integrato e omogeneo di valutazione del personale come previsto dalla delibera 5/2017 dell'OIV-RER.</p> <p>Contenuti e tempistiche sono definite nel piano approvato con Delibera dell'AUSL n. 985 del 27/12/2018.</p> <p>Nel 2020 viene data applicazione all'introduzione della valutazione individuale annuale del contributo e delle competenze trasversali per tutti i dipendenti dell'Azienda.</p>			<p>L'Azienda, pur dovendo fronteggiare dell'emergenza COVID-19, ha proseguito, unitamente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il percorso per dare attuazione al Piano di avvicinamento al Sistema di valutazione integrata del personale.</p> <p>Con riferimento alla performance organizzativa e individuale, le Aziende hanno separatamente siglato con le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto un Accordo in ordine al sistema di incentivazione/retribuzione di risultato del personale che prevede per l'esercizio 2019 la valutazione individuale di risultato utilizzando la scheda del Contributo individuale. L'implementazione di tale valutazione era prevista per i primi mesi del 2020 quando è esplosa l'emergenza COVID. Si è quindi valutato di garantire l'implementazione entro l'anno 2020, evitando tuttavia il periodo estivo. L'attività è in corso.</p> <p>Come previsto dalle indicazioni dell'OIV-SSR, per il personale del Comparto, già a partire dall'esercizio 2019, la produttività collettiva è stata disposta per quote di incentivazione mensili, che rappresentano stati di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi aziendali, connessi al Piano delle Performance e agli strumenti di programmazione aziendale. A inizio 2020 Azienda e OO.SS. hanno convenuto di prorogare temporaneamente l'Accordo riferito al 2019 per quanto concerne gli obiettivi di performance organizzativa, le modalità e le tempistiche di erogazione delle quote economiche, che costituiscono quota parte del relativo fondo anno 2020.</p> <p>Tuttavia, il rischio sanitario connesso all'epidemia da COVID-19 ha implicato la progressiva e necessaria riconversione dell'attività e della programmazione aziendale, sanitaria e non, per fronteggiare l'emergenza, con l'inevitabile trasformazione delle routinarie prassi organizzative su cui poggia il sistema ordinario di monitoraggio degli obiettivi annuali di incentivazione per il personale del Comparto.</p> <p>E' stata pertanto determinata (con nota prot. n. 21151 del 31/3/2020) la sospensione delle attività di monitoraggio e validazione degli stati di avanzamento mensili del conseguimento degli obiettivi annuali di incentivazione per il personale del Comparto, anche in considerazione del carico del personale dipendente dell'Azienda impiegato, direttamente o indirettamente, nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19.</p> <p>Nella nota citata si è tuttavia confermato, condividendo lo spirito delle misure messe in campo dal Governo per il potenziamento del Sistema sanitario nazionale, il pagamento delle relative quote di incentivazione al personale interessato.</p> <p>Invece per la Dirigenza la produttività collettiva viene erogata solo a saldo in esito alla valutazione del processo di budget e del Piano Azioni.</p> <p>Sempre con riferimento al percorso di attuazione, è stata inoltre presentata alle OO.SS. della Dirigenza e del Comparto la scheda per la valutazione individuale delle competenze trasversali, la cui operatività in</p>		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.6.2.1</b>	<b>Attuazione del percorso di avvicinamento al sistema di valutazione integrata del personale</b>							
			considerazione dell'emergenza COVID-19 è prevista nel 2021.						
<b>Obiettivi Performance</b>	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	<b>Riferimento Normativo</b>	Delibera OIV-RER 5/2017					
<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>Perf. inter</b>

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.6.2.2</b>	<b>Accompagnamento dei percorsi di integrazione interaziendale e consolidamento organizzazione</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
L'azienda sarà impegnata nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione di sviluppo e di potenziamento delle politiche di integrazione a livello sovraaziendale riguardante anche funzioni sanitarie.			Il primo semestre è stato fortemente condizionato dall'emergenza COVID I e comunque il Dipartimento Risorse Umane ha fornito quando richiesto supporto alla Direzione Aziendale al fine di dar corso ai progetti di integrazione .						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	<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>Perf. inter</b>
Accompagnamento dei processi avviati				evidenza documentale	Sì/No		Sì		
Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione				evidenza documentale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	7.6.2.3	<b>Attivazione delle Agregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per la medicina specialistica ambulatoriale istituite con deliberazione 648/2019</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2020 dovrà essere data attuazione all'atto deliberativo 648/2019 di istituzione e regolamentazione delle Agregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per la medicina specialistica ambulatoriale.			Nel primo semestre 2020, anche in conseguenza dell'emergenza COVID non si è proceduto alla individuazione dei referenti AFT e dei responsabili di Branchia. Nomine necessarie alla attivazione delle AFT.					
<b>Obiettivi Performance</b>	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18 - DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Individuazione della terna di candidati all'incarico di Referente AFT mediante votazione da parte degli specialisti componenti le AFT.			evidenza documentale	Sì/No		Sì		
Nomina dei Referenti AFT e attribuzione degli obiettivi			evidenza documentale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	7.6.2.4	<b>Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.6.2.4</b>	<b>Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche</b>						
<p>In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso. Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 1594 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006 e seguenti, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.</p>			<p>Le direzioni delle S.C. che fanno parte del Dipartimento hanno continuato a partecipare attivamente alle riunioni convocate presso la Regione e, in periodo emergenziale, in videoconferenza, al fine di definire criteri omogenei di interpretazione normativa e contrattuale. Ha continuato anche ad essere assicurata la presenza di referente aziendale al tavolo di coordinamento GRU.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.2	Governo delle risorse umane	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei in ambito di politiche del personale. Per quanto riguarda la contrattazione integrativa proseguire nelle linee generali di indirizzo regionali.			Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		
Partecipazione alle attività dei Tavoli Regionali relativamente alle materie di interesse			Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	7.6.2.5	<b>Applicazione nuovi contratti nazionali di lavoro</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2020 l'Azienda sarà chiamata a dare applicazione al CCNL per l'Area della Dirigenza Sanitaria che riguarda il triennio 2016-2018, relativamente agli istituti a contenuto economico e normativo con carattere vincolato ed automatico. Nel corso del 2020 si procederà alla predisposizione di bozza di contratto sulla quale avviare la sessione di contrattazione integrativa.			Già in gennaio 2020 si è proceduto all'applicazione del CCNL sottoscritto il 19/12/2019, procedendo al pagamento degli arretrati previsti, nonché all'organizzazione di incontri aperti ai dipendenti per illustrare le principali novità intervenute anche grazie alla partecipazione di referente regionale. Nel corso dell'emergenza COVID l'attività di relazioni sindacali è continuata attraverso l'organizzazione di incontri in videoconferenza, completando la sottoscrizione degli accordi aziendali attuativi dei verbali regionali inerenti la pemialità riconosciuta ai dipendenti delle aziende sanitarie.					
<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>Perf. inter</b>
Predisposizione di bozza di contratto collettivo integrativo			evidenza documentale	Sì/No		Sì		

<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	7.6.2.6	<b>Governo delle risorse umane: Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.6.2.6</b>	<b>Governo delle risorse umane: Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.</b>				
Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.		<p>La sottoscrizione dei nuovi contratti collettivi nazionali sia dell'area della sanità ( 19.12.2019 ) che del personale del Comparto ( 21.05.2018 ) hanno delineato un nuovo quadro che pone al centro delle modalità relazionali tra Azienda e soggetti sindacali il dialogo costruttivo e la partecipazione consapevole . Tale sistema supporta il processo di valorizzazione del personale, intesa non solamente quale misura premiante per il contributo degli operatori al conseguimento di obiettivi di programmazione aziendale, ma anche come coinvolgimento attivo in progetti che conciliano il lavoro, come tempo e spazio, con forme di politiche di benessere che investono la vita complessiva del lavoratore. L'Azienda con atto n°991 del 27.12.2018 e con atto 117 del 20.02.2020 ha formalmente costituito l'istituto dell'Organismo Paritetico per l'innovazione sia del Comparto che dell'Area della Sanità . Tale strumento, parte integrante di un sistema partecipativo di relazioni sindacali, coinvolge gli attori aziendali e quelli sindacali su tutte le materie che hanno una dimensione progettuale - complessa e sperimentale di carattere organizzativo. L'Organismo Paritetico del Comparto contribuisce, in particolare, alla articolazione di una proposta di fattibilità di lavoro agile mentre l'Area della Dirigenza sta orientando proposte di salute e sicurezza sul lavoro e di piani di formazione. Il primo semestre è stato fortemente condizionato dall'emergenza COVID e comunque si è proceduto alla sottoscrizione di tutti gli accordi di finalizzazione ed utilizzo dei fondi contrattuali e inoltre si è provveduto alla sottoscrizione degli accordi attuativi dei verbali siglati in sede regionale per il riconoscimento della premialità COVID nei confronti dei dipendenti sia di area comparto che dirigenziale, nonché del premio governativo previsto dal D.L. 18/2020.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19			
<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>
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	
Istituzione organismi paritetici		evidenza documentale	Sì/No		Sì	
<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>7.6.2.7</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>7.6.2.7</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Il Dipartimento Risorse Umane e tutte le articolazioni che ne fanno parte hanno costantemente collaborato per garantire il necessario supporto nel periodo dell'emergenza COVID in relazione alle crescenti necessità assunzionali che venivano evidenziate dalle strutture sanitarie direttamente coinvolte, anche attraverso il reclutamento di figure atipiche (co.co.co, liberi professionisti, incarichi gratuiti) e la conseguente gestione economica e previdenziale. E' stato fornito supporto per l'avvio dello smart working "in forma semplificata" come previsto dalla decretazione d'urgenza. Si è provveduto alla sottoscrizione degli accordi attuativi dei verbali siglati in sede regionale per il riconoscimento della premialità COVID nei confronti dei dipendenti sia di area comparto che dirigenziale, nonché del premio governativo previsto dal D.L. 18/2020.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>7.6.3</b>	<b><u>Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il Comitato Unico di Garanzia è stato istituito con delibera del Direttore Generale del 21.07.2011 in adempimento alla L. n. 183/2010 e successiva Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione e del Ministro per le Pari Opportunità le Pubbliche Amministrazioni; tale organismo ha sostituito, unificandone le competenze, il Comitato per le Pari Opportunità ed il Comitato Paritetico sul fenomeno del mobbing.</p> <p>Il Comitato in continuità con gli anni precedenti nel 2020 sarà impegnato nella realizzazione di progettualità relative alla medicina di genere, iniziative formative in collaborazione con altri servizi aziendali, progettazione e realizzazione di azioni e interventi per il contrasto alla violenza sulle donne, diffusione del Codice di Condotta /Codice Etico in tema di benessere organizzativo per la prevenzione di tutte le forme di discriminazioni in ambito aziendale.</p>		

<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>7.6.3.1</b>	<b>Medicina di genere</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>In continuità con le azioni degli anni precedenti, verrà realizzata la settima edizione del convegno, in occasione della Festa della Donna, sul tema della salute delle differenze, con particolare riferimento alla differenza di genere; l'evento, a carattere divulgativo, è finalizzato a trasmettere conoscenze e sensibilità sulla tematica, per diffondere un approccio clinico ma anche relazionale, rispettoso e valorizzante delle differenze. Si intende inoltre costituire un gruppo di lavoro interaziendale, in sinergia con il CUG dell'A.OU e l'Assessorato alle Pari Opportunità del Comune di Parma, con l'obiettivo di migliorare l'attenzione sui temi inerenti le specificità di genere nelle attività rivolte sia ai professionisti che ai cittadini/pazienti.</p>			<p>È stata ideata ed organizzata l'ottava edizione del Convegno in tema di Medicina delle Differenze dal titolo "Stereotipi di genere ed equità"; l'evento, pianificato congiuntamente con il CUG dell'Azienda ospedaliero - Universitaria cittadina, era previsto per mercoledì 18/03/20 ma non è stato realizzato a causa dell'epidemia per Covid-19. In relazione alla eventuale fattibilità dell'evento, se ne auspica la realizzazione in occasione della Festa Internazionale della Donna - Anno 2021. È stato istituito il gruppo di lavoro interistituzionale per l'approfondimento delle tematiche afferenti alla medicina di genere, come richiesto con nota prot. n. 260522/2018 del 19/12/18 dall'Assessora alle Pari Opportunità del Comune di Parma. Il gruppo di lavoro si è riunito nelle seguenti date: 22/01/20, 05/02/20, 28/05/20, quest'ultima seduta in modalità di videoconferenza causa epidemia da Covid-19.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 213/2013 L. R. 91/2014				
<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>Perf. inter</b>
incontri Gruppo di lavoro			Firme presenza	Numero >=		3,00	3,00	
realizzazione convegno			ATTI UFFICIO COMUNICAZIONE	Sì/No	Sì		No	

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	1.2	<b>Area dell'integrazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.3.2</b>	<b>Contrasto alla violenza sulle donne</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In continuità con la collaborazione fornita alla DASS e al Programma Aziendale "Salute Donna" negli anni precedenti, in merito alla realizzazione del percorso formativo sul tema, all'attuazione del progetto di modernizzazione regionale, alla realizzazione delle iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, anche per l'anno 2020 proseguirà la partecipazione del CUG ai progetti di contrasto al fenomeno della violenza con particolare riferimento alla manutenzione della rete territoriale e al consolidamento e promozione del Centro Liberiamoci della Violenza, attraverso la programmazione di interventi formativi rivolti agli operatori.			Prosegue l'attività del Centro Aziendale LDV "Liberiamoci dalla violenza" con consulenze telefoniche in periodo di lockdown e, successivamente, di nuovo in presenza. Sempre alta è stata mantenuta l'attenzione nei confronti della violenza domestica sia con l'attività di ascolto e consulenza che attraverso l'attività dei consultori che hanno erogato tutte le prestazioni del percorso nascita, di assistenza alla gravida e alle donne anche durante il lockdown.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1677/2013 DGR N.172/2015				
<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>Perf. inter</b>
N. incontri partecipati/n. incontri organizzati			firme presenza depositate presso DASS	% >=	50,00%	95,00%	50,00%	

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>7.6.3.3</b>	<b>Codice etico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel corso dell'anno 2020, si proseguirà nell'attività di diffusione presso le articolazioni aziendali e i gruppi di lavoro, del Codice di Condotta/ Codice Etico volto a prevenire tutte le forme di discriminazioni in ambito all'Azienda, ad integrazione/sostituzione del Codice contro le molestie sessuali.			I contenuti del codice etico sono stati trattati nel corso di tutto l'anno 2019. Nel primo semestre dell'anno 2020, a causa dell'emergenza imposta dall'epidemia di Covid - 19, gli incontri sono stati sospesi; si auspica una ripresa dell'attività nel secondo semestre, con modalità appropriate.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 213/2013				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.6.3.3	Codice etico						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Incontri con articolazioni aziendali			Firme presenza	Numero >=		3,00	0,00	
Deliberazione aziendale			Deliberazione	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.6.3.4	Piano Azioni Positive						
Descrizione			Rendicontazione					
Formalizzazione del Piano triennale di Azioni Positive, in attuazione della L. n.125/1991 e D.lgs. 196/2000 ed avvio delle azioni inerenti gli obiettivi del Piano.			Il Piano triennale per le Azioni Positive 2018-2020 è stato approvato dalla Direzione Generale con nota del 22/08/18 ed è stato oggetto di presentazione e condivisione all'interno delle riunioni plenarie del CUG. Il Piano è stato inviato con nota Prot. n. 0021507 del 01/04/20, per il tramite della Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) quale parte integrante del Piano delle performance per il medesimo arco temporale. inoltre, il Piano è stato pubblicato sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente". In relazione alle attività previste dal Piano per il corrente anno, sono state sviluppate le seguenti nuove azioni: 1) collaborazione con il Comune di Parma nel fornire contributi scientifici divulgativi per il sito internet "PARMASALUTE", con particolare riguardo alla tematica della corretta alimentazione in epoca Covid -19, specifica per le fasce di età della popolazione; 2) partecipazione al gruppo di coordinamento del "Protocollo d'Intesa in materia di promozione della salute nella città", istituito dal Comune di Parma con nota prot. n. 39548/2020 del 27/02/20.					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	L. n.125/1991 e D.lgs. 196/2000.				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Deliberazione aziendale			atti direzione aziendale	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.6.3.5	Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance		2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>		<b>7.6.3.5</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>							
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>				<p>Alla luce della situazione epidemiologica attuale inerente l'epidemia da Covid-19, anche il CUG aziendale non ha svolto interamente le attività previste per il primo semestre dell'anno e, in particolare, non è stato possibile realizzare l'ottava edizione del Convegno annuale sulla Medicina delle Differenze, in occasione della Festa Internazionale della Donna 2020. I componenti del Comitato, soprattutto gli operatori appartenenti all'area sanitaria, sono stati generalmente reclutati per attività afferenti alla gestione dell'epidemia a livello provinciale; in tale contesto, la Presidente, in qualità di dirigente medico del Dipartimento di Sanità Pubblica, ha effettuato ed è tuttora impegnata in tali attività, coordinando il call center aziendale dei Medici in formazione per Medicina Generale e dei Medici del Punto Bianco aziendale.</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	Perf. inter	
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19				Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì		

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.7</b>	<b><u>Il SIT e la valorizzazione delle competenze</u></b>
------------------------------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>7.7.1</b>	<b><u>Sviluppo professionale e qualità delle cure</u></b>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le prospettive di lavoro del Servizio Infermieristico e Tecnico, per alcuni dei contenuti più significativi, sono indicate nel presente documento, ed attraversano ambiti di impegno diversi. Nel corso dell'anno particolare rilievo avrà l'attività volta allo sviluppo del sistema informatico/informativo degli ambulatori infermieristici della cronicità; più azioni saranno orientate al tema della sicurezza delle cure: sulle lesioni da pressione l'attività sarà rivolta ad allineare i documenti aziendali di riferimento con le recenti linee di indirizzo regionali conducendo, in parallelo, la necessaria azione di formazione del personale sanitario e di monitoraggio dell'adesione alle specifiche pratiche assistenziali; ancora, proseguirà il lavoro di predisposizione di documenti di riferimento e di formazione sulle pratiche assistenziali sicure per la riduzione del rischio infettivo nei Centri Dialisi aziendali. Si darà continuità al progetto della Cartella Clinica Elettronica - Sezione Infermieristica in termini, oltre che di progressiva adozione negli Ospedali, anche di arricchimento dello strumento con la predisposizione della lettera di dimissione infermieristica.

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>7.7.1.1</b>	<b>LETTERA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA - SEZIONE INFERMIERISTICA</b>			
------------------	----------------	---	--	--	--

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

Nell'ambito del percorso di sviluppo della CARTELLA CLINICA ELETTRONICA – SEZIONE INFERMIERISTICA (CCE – SI), l'azione è volta ad integrare nel documento una lettera di dimissione infermieristica informatizzata, capace di riassumere il percorso assistenziale erogato durante il ricovero ospedaliero e di fornire le informazioni necessarie a garantire la continuità assistenziale nel passaggio dai diversi setting di cura. I contenuti specifici della lettera di dimissione infermieristica riguarderanno: l'accertamento infermieristico dei bisogni assistenziali alla dimissione; una sintesi delle diagnosi infermieristiche gestite durante il ricovero; le prescrizioni infermieristiche da proseguire nel setting in cui il paziente viene trasferito; le schede tecniche dei dispositivi che vengono mantenuti alla dimissione; eventuali opuscoli informativi consegnati per la gestione delle principali procedure assistenziali

Il format informatizzato di lettera di dimissione è in corso di sperimentazione presso l'U.O. di Medicina dell'Ospedale di Fidenza per la successiva adozione in ambito di Stabilimento.

<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma
------------------------------	-------	---	------------------------------	---

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>7.7.1.1</b>	<b>LETTERA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA - SEZIONE INFERMIERISTICA</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>Perf. inter</b>
Realizzazione del format informatizzato di lettera di dimissione infermieristica			SIT Ospedale Fidenza	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.2</b>	<b>SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'obiettivo è rappresentato dallo sviluppo del sistema informativo/informatico degli Ambulatori infermieristici della cronicità - adeguamento dell'applicativo Arianna - al fine di migliorare da un lato l'appropriatezza e completezza dei dati funzionali alla realizzazione dell'attività assistenziale e dall'altro la rilevazione ai fini delle rendicontazioni aziendali.			L'emergenza sanitaria non ha consentito di portare a termine, nei tempi precedentemente programmati, l'adeguamento dell'applicativo Arianna.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/2018 - Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018				
<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>Perf. inter</b>
Adeguamento dell'applicativo Arianna ai fini dell'adozione quale sistema informatico/informativo unico negli Ambulatori infermieristici della cronicità			SIT aziendale	Sì/No	Sì		No	

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>7.7.1.3</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE</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			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.3</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE</b>						
L'azione proposta è volta a rispondere in maniera puntuale agli obiettivi indicati dalla programmazione sanitaria regionale 2018 in tema di prevenzione delle lesioni da pressione			E' stato realizzato l'audit T1 in coerenza con quanto indicato nelle linee di programmazione regionale. La procedura sulla prevenzione delle lesioni da pressione è stata aggiornata e sulla base delle indicazioni contenutevi, volte al miglioramento dell'attività di valutazione del rischio, sono stati adeguati anche alcuni contenuti dell'ADI WEB.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	#####				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione			Direzione SIT	Si/No		Si		
Verifica dell'adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale aggiornata (realizzazione audit T0 e T1 in almeno 4 UU.OO mediche e 2 chirurgiche)			Direzione SIT	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.4</b>	<b>STESURA DEL PIANO DELLE ATTIVITA' DEI SERVIZI INFERMIERISTICI E TECNICI DI DCP</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
I Servizi Infermieristici e Tecnici dei Dipartimenti di Cure Primarie proseguiranno le attività volte al miglioramento del Sistema di Gestione Qualità attraverso la strutturazione del "Piano delle Attività" dei Servizi afferenti. Il documento consentirà di definire: obiettivi, attività, responsabilità e risorse necessarie.			L'emergenza sanitaria non ha consentito di proseguire l'attività, iniziata a gennaio, della predisposizione del Piano delle Attività del SIT di DCP.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18 - DGR 977/19				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Predisposizione dei Piani delle Attività			Direzione SIT	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.5</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Realizzazione di modifiche organizzative e gestionali, negli ambiti ospedalieri, in tempi molto brevi e soggette a cambiamenti rapidi in relazione all'evolversi della situazione per dare risposte adeguate alle necessità di assistenza e cura delle persone malate (rimodulazione della rete ospedaliera con creazione di posti letto COVID di terapia intensiva, sub intensivi, per pazienti ad alto rischio e per pazienti a basso rischio) .</p> <p>dell'attività ambulatoriale con garanzia delle prestazioni urgenti e dell'attività domiciliare.</p> <p>Formazione degli operatori in particolare sull'utilizzo dei DPI e successivi aggiornamenti in ordine alle indicazioni e precisazioni che si sono succedute.</p> <p>per l'esecuzione dei tamponi in ambito territoriale e punti di pre triage negli Ospedali.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>7.7.2</b>	<b>Obiettivi legati alla produttività</b>		
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<p>Gli obiettivi sotto riportati riferiscono a vari ambiti aziendali e sono stati individuati come significativi come progetti di miglioramento della qualità delle attività possedendo, altresì, le caratteristiche per essere assunti a livello aziendale come obiettivi di performance organizzativa nell'ambito del dovuto adeguamento del sistema premiante ai contenuti del nuovo C.C.N.L. dell'Area Comparto.</p>				
<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>7.7.2.1</b>	<b>AREA DAISM-DP</b>		
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.2.1</b>	<b>AREA DAISM-DP</b>			
<p>VALUTAZIONE E FOLLOW UP NEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE Obiettivo generale: il miglioramento della raccolta di documentazione clinica finalizzata al monitoraggio e alla valutazione dei percorsi effettuati dai pazienti presso i servizi dipendenze patologiche. Il progetto prevede l'implementazione dell'utilizzo della scheda S24 "Valutazione e follow-up" presente all'interno del sistema informativo regionale (SistER) da parte delle equipe multiprofessionali dei servizi dipendenze patologiche. Ambiti:tutti i SerDP e Unità di Strada</p> <p>INTRODUZIONE DI UNA SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE NELL'AMBITO DEI SERVIZI OSPEDALIERI E DELLE RESIDENZE SANITARIE DEL DAI-SMDP</p> <p>Formazione del personale coinvolto all'utilizzo di una scala di valutazione del dolore e messa in uso dello strumento al fine di assicurare ai pazienti un trattamento del dolore che consenta il raggiungimento di una migliore qualità di vita possibile in relazione alla malattia presentata. Ambiti: RTI Santi - RTI S. Polo - RTE 1° Maggio - REMS - RTI Vaio - SPOI</p> <p>GESTIONE DEGLI EVENTI CRITICI IN SPDC. Implementazione dell'utilizzo della Broset Violence Checklist (BVC) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti nei pazienti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), al fine di migliorare la pratica assistenziale e ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione fisica Ambito: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura</p> <p>MODELLO DI CURA DELL'ESORDIO PSICOTICO</p> <p>Il modello di cura degli utenti in carico con diagnosi di "esordio psicotico" presuppone interventi integrati e precoci attraverso un approccio multiprofessionale e multidimensionale; esso, dunque, dovrà necessariamente prevedere la partecipazione e l'integrazione dei professionisti della salute mentale e dipendenze patologiche con qualifiche e/o competenze diverse che si faranno carico di valutazioni ed interventi concordati ed integrati. Ambiti: Centri di Salute Mentale e CAGE</p> <p>PERCORSO DI ACCOGLIENZA-VALUTAZIONE-DIAGNOSI IN NPIA</p> <p>Realizzazione di percorsi di accoglienza-valutazione-diagnosi a carattere multiprofessionale e multidimensionale, al fine di garantire</p>			<p>L'emergenza sanitaria ha reso necessario ridefinire le priorità operative nella quasi totalità dei Servizi distogliendo i professionisti dalle attività funzionali alla realizzazione dei percorsi di miglioramento proposti ed incidendo sul conseguimento dei valori precedentemente attesi.</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.2.1</b>	<b>AREA DAISM-DP</b>						
l'appropriatezza nell'attivazione dei progetti di intervento personalizzato integrati. Ambito: Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza territoriale Distretto Parma – Distretto Fidenza – Distretto Valli Taro/Ceno – Distretto Sud/Est								
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma				
<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>Perf. inter</b>
N. nuovi utenti con scheda S24 compilata entro 30gg dalla presa in carico/N. nuovi utenti target nel periodo di riferimento			Applicativo informatizzato SistER - documentazione sanitaria	% >=	70,00%	70,00%		
N. checklist di valutazione del dolore presenti nella documentazione sanitaria/N. totale dei pazienti dimessi			Documentazione sanitaria dei pazienti dimessi	% >=	80,00%	80,00%		
N. pazienti con BVC compilata / N. pazienti dimessi (calcolato su base mensile)			Documentazione clinica	% >=	85,00%	85,00%		
N. persone con diagnosi di esordio psicotico presi in carico in equipe multiprofessionale / N. persone con diagnosi di esordio psicotico in carico al Servizio (calcolato su base mensile)			Applicativo Efeso, Elea e documentazione sanitaria	% >=	75,00%	75,00%		
N. pazienti con documentata valutazione multiprofessionale / N. pazienti inseriti nel percorso di accoglienza-valutazione e diagnosi			sistema informativo ELEA	% >=	85,00%	85,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.2.2</b>	<b>AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE</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>7.7.2.2</b>	<b>AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE</b>			
<p>PERCORSO NASCITA E DIMISSIONE APPROPRIATA Nell'ambito del percorso integrato "Percorso Nascita e Dimissione Appropriata", volto a garantire la salute della mamma e del bambino attraverso una rete integrata di servizi, l'obiettivo del presente progetto è di incrementare il numero delle prime visite alle puerpere, che hanno aderito al percorso, entro 72 ore dalla dimissione. Ambiti: Consultori Distretti di Parma, Sud-Est, Fidenza e Valli Taro e Ceno.</p> <p>PERCORSI DI ADDESTRAMENTO AD ATTIVITA' RIABILITATIVE Incremento dei percorsi di addestramento attivati per pazienti con patologie cronico-degenerative, ortopediche e neurologiche, in situazioni di stabilizzazione o lenta progressione, (pazienti a bassa priorità) e dei loro familiari, volti allarealizzazione di attività riabilitative/ adeguamenti degli stili di vita a domicilio sulla base di contenuti personalizzati. Ambito: Medicina Riabilitativa Distretto di Fidenza.</p> <p>APPLICAZIONE DEL METODO OTAGO Potenziamento dell'offerta di adesione al percorso OTAGO nei pazienti con età superiore ai 65 anni che accedono ai Servizi di Medicina Riabilitativa ed hanno una storia di caduta con o senza esito. Ambito: Medicina Riabilitativa Distretti di Parma, Sud-Est.</p> <p>ATTIVITA' VACCINALE PEDIATRIA DI COMUNITA' Adozione di modalità organizzative volte alla garanzia di realizzazione del programma di sedute vaccinali, nell'ambito della Pediatria di Comunità, programmate per il 2020, al fine di garantire la copertura vaccinale dei nuovi nati, adolescenti e soggetti a rischio in età pediatrica secondo quanto previsto dal Calendario nazionale e dai calendari specifici per patologia. Ambito: Pediatria di Comunità Distretti di Parma, Sud-Est, Fidenza e Valli Taro e Ceno.</p>			<p>L'emergenza sanitaria ha reso necessario ridefinire le priorità operative nella quasi totalità dei Servizi distogliendo i professionisti dalle attività funzionali alla realizzazione dei percorsi di miglioramento proposti ed incidendo sul conseguimento dei valori precedentemente attesi.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	Delibera AUSL di Parma n. 186/2013; Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma; Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	7.7.2.2	AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Numero di prime visite effettuate dall'ostetrica incaricata entro 72 ore dalla dimissione ospedaliera / Numero di prime visite richieste attraverso comunicazione formale trasmessa dall'Ospedale al Consultorio di riferimento (calcolato su base mensile)		Documentazione Consultori		% >=	90,00%	90,00%		
N. di pazienti (o loro familiari) addestrati / N. di pazienti in carico suscettibili, per condizioni di patologia e/o supporto familiare, a realizzare in autonomia, attività riabilitative a domicilio. (calcolato su base mensile)		Documentazione sanitaria		% >=	90,00%	90,00%		
N. pazienti con età > 65 - <79 anni, eleggibili, a cui viene proposto il percorso / N. pazienti con età >65 - <79 anni eleggibili (calcolato su base mensile)		Documentazione sanitaria		% >=	85,00%	85,00%		
N. di sedute vaccinali realizzate, per ambiti temporali e di sede / N. sedute vaccinali calendarizzate, per ambiti temporali e di sede, nel documento di programmazione aziendale (calcolato su base mensile)		Applicativo ONIT		% >=	90,00%	90,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	7.7.2.3	AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE						
Descrizione	Rendicontazione							

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.2.3</b>	<b>AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE</b>						
<p>DIARIO GIORNALIERO AREA DISABILI Miglioramento nell'adozione, rispetto agli utenti in carico, del Diario giornaliero, documento che integra la cartella socio-sanitaria nel quale ogni operatore quotidianamente registra, segnala ed evidenzia le attività fatte, i bisogni rilevati o le segnalazioni di cambiamento della persona nell'ambito delle strutture dell'Area Disabili dei Distretti di Parma e di Fidenza</p> <p>PIANO ASSISTENZIALE INTEGRATO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI Incremento del numero dei pazienti nuovi giunti per i quali viene predisposto il Piano Assistenziale Integrato quale strumento per il miglioramento dei percorsi assistenziali e di presa in carico, multi professionali e multidimensionali. Ambito: Istituti Penitenziari di Parma</p> <p>PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE Ampliamento del numero di pazienti, in carico in contratto ADI con contributo infermieristico, con età &gt; 65 anni, fattore significativo per il possibile rischio di sviluppo di lesioni da pressione, per i quali è compilata la scala di Braden. Ambito: Assistenza infermieristica domiciliare Parma, Sud-Est, Fidenza, Valli Taro e Ceno; Hospice Borgotaro, Centro Cure Progressive Langhirano, UVG.</p>			L'emergenza sanitaria ha reso necessario ridefinire le priorità operative nella quasi totalità dei Servizi distogliendo i professionisti dalle attività funzionali alla realizzazione dei percorsi di miglioramento proposti ed incidendo sul conseguimento dei valori precedentemente attesi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma				
<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>Perf. inter</b>
N. cartelle socio sanitarie complete dei diari giornalieri / N. totale delle cartelle socio sanitarie degli utenti in carico (calcolato su base mensile)			Documentazione socio-sanitaria	% >=	98,00%	98,00%		
Numero di PAI presenti e compilati / Numero di "nuovi giunti" (nuovi ingressi) (calcolato su base mensile)			Documentazione sanitaria	% >=	80,00%	80,00%		
Ambito territoriale - N. pazienti con età > 65 anni con ADI attivata nel 2019 con scala di Braden presente nella documentazione sanitaria / N. pazienti con età > 65 anni presi in carico in ADI nel 2019 (calcolato su base mensile)			Documentazione ADI	% >=	85,00%	85,00%		

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>7.7.2.4</b>	<b>AREA OSPEDALIERA</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
CHECK LIST VERIFICHE AMBULANZE. Miglioramento delle modalità di verifica delle dotazioni di presidi ed attrezzature presenti sulle ambulanze dedicate ai trasporti sanitari interospedalieri degli Ospedali di Fidenza e Borgo Val di Taro attraverso la messa in uso di una specifica check list: incremento del numero di mezzi verificati. Ambito: Servizio Trasporto Infermi Ospedale di Borgotaro / Servizio Trasporto Infermi Ospedale di Fidenza CONSOLIDAMENTO DISTRIBUZIONE DIRETTA. Incremento dell'attività di distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica negli Ospedali di Fidenza e Borgo Val di Taro. PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE Ampliamento del numero di pazienti, in regime di ricovero, con età > 65 anni, fattore significativo per il possibile rischio di sviluppo di lesioni da pressione, per i quali è compilata la scala di Braden Ambito: reparti di degenza ospedalieri			L'emergenza sanitaria ha reso necessario ridefinire le priorità operative nella quasi totalità dei Servizi distogliendo i professionisti dalle attività funzionali alla realizzazione dei percorsi di miglioramento proposti ed incidendo sul conseguimento dei valori precedentemente attesi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma; Piano delle Azioni 2018, Area reti cliniche integrate e aree di integrazione Ospedale- territorio				
<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>Perf. inter</b>
Compilazione al termine di ogni trasporto della check list per singola ambulanza (calcolato su base mensile)			Documentazione di servizio	% >=	90,00%	90,00%		
N. pacchetti personalizzati/N. richieste di predisposizione pacchetti personalizzati (calcolato su base mensile)			Documentazione Servizio Farmaceutico	% >=	97,00%	97,00%		
Ambito ospedaliero - N. pazienti con età > 65 anni ricoverati con scala di Braden presente nella documentazione sanitaria / N. pazienti con età > 65 anni ricoverati (calcolato su base mensile)			Documentazione sanitaria	% >=	85,00%	85,00%		

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>7.7.2.5</b>	<b>CENTRI DIALISI AZIENDALI</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			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.2.5</b>	<b>CENTRI DIALISI AZIENDALI</b>						
<p>Nell'ambito delle attività complessive volte alla riduzione del rischio infettivo correlato all'assistenza nei Centri Dialisi l'obiettivo è rappresentato dall'introduzione di una scheda specifica di monitoraggio dei CVC e dal contestuale incremento nella compilazione delle check list già predisposte.</p>			<p>L'emergenza sanitaria ha reso necessario ridefinire le priorità operative nella quasi totalità dei Servizi distogliendo i professionisti dalle attività funzionali alla realizzazione dei percorsi di miglioramento proposti ed incidendo sul conseguimento dei valori precedentemente attesi.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	Dgr. 318/2013. "Linee di indirizzo alle A.S. per la gestione del rischio infettivo"				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Numero strumenti di verifica correttamente compilati presenti nella documentazione del Centro Dialisi/Numero strumenti di verifica da compilare secondo le indicazioni procedurali alle scadenze previste. (calcolato su base mensile)			Documentazione Centri Dialisi	% >=	95,00%	95,00%		

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>7.7.2.6</b>	<b>RADIODIAGNOSTICA</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nell'ambito dell'utilizzo dei sistemi informatici in Radiologia si possono verificare delle non conformità. Il progetto ha l'obiettivo di dare continuità al percorso iniziato lo scorso anno volto a conseguire la progressiva riduzione del numero di errori dovuto ad errato inserimento di dati all'interno del sistema RIS/PACS e, contestualmente, intercettare eventuali errori provenienti da altri applicativi.</p>			<p>L'emergenza sanitaria ha reso necessario ridefinire le priorità operative nella quasi totalità dei Servizi distogliendo i professionisti dalle attività funzionali alla realizzazione dei percorsi di miglioramento proposti ed incidendo sul conseguimento dei valori precedentemente attesi.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Numero di errori mensili rilevati/numero di esami radiologici eseguiti al mese (X 1000)			Report mensile del numero di errori rilevati dal sistema RIS/PACS	% <=	0,40%	0,40%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.2.7</b>	<b>SANITA' PUBBLICA</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO UFFICIALE DEL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA CON L'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI PROCEDURALI PREDISPOSTI E DEI SISTEMI INFORMATIVI DEDICATI. I Servizi del DSP eseguono la programmazione delle attività in conformità alla procedura dipartimentale, assegnando ad ogni singolo operatore il Piano Individuale. Le attività espletate sono registrate sul sistema informativo che ne consente la rendicontazione. Lo stato di avanzamento dell'attività programmata viene periodicamente (mensilmente) verificata attraverso controlli quantitativi e qualitativi. Le verifiche qualitative consistono in analisi di congruità a quanto stabilito nelle procedure, istruzioni e documenti dipartimentali e di servizio, all'interno dell'attività di controllo operativo e di governo clinico. MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' SANITARIE NEL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA. Programmazione delle attività in conformità alla procedura dipartimentale, assegnando ad ogni singolo operatore il Piano Individuale			L'emergenza sanitaria ha reso necessario ridefinire le priorità operative nella quasi totalità dei Servizi distogliendo i professionisti dalle attività funzionali alla realizzazione dei percorsi di miglioramento proposti ed incidendo sul conseguimento dei valori precedentemente attesi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma;				
<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>Perf. inter</b>
Numero sopralluoghi, interventi, campionamenti effettuati/numero sopralluoghi, interventi, campionamenti programmati (su base mensile)			Reportistica sistemi informativi aziendali	% >=	92,00%	92,00%		
Numero attività sanitarie effettuate/numero attività sanitarie programmate (su base mensile)			Reportistica sistemi informativi aziendali	% >=	92,00%	92,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.2.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>7.7.2.8</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			cfr .con obiettivo 7.7.1.5					
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì		

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.8</b>	<b>Sicurezza del lavoro</b>
------------------------------------	------------	-----------------------------

<b>Settore</b>	<b>7.8.1</b>	<b>Quadro generale</b>
----------------	--------------	------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

Continua in Azienda la realizzazione del Sistema di Gestione della Sicurezza, così come previsto dall'art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i. Il percorso avviato ha migliorato, a tutti i livelli organizzativi, le conoscenze in materia di sicurezza del lavoro promuovendo la "cultura della sicurezza" come parte integrante dell'organizzazione del lavoro e non solo come mero adempimento normativo. Anche per l'anno 2020 l'obiettivo prioritario è rappresentato dal coinvolgimento attivo di tutte le figure aziendali per la condivisione ed adozione delle medesime Procedure di lavoro / Istruzioni Operative, da applicarsi nei vari Servizi dell'Azienda.

<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>7.8.1.1</b>	<b>Gestione del rischio</b>
------------------	----------------	-----------------------------

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<p>Miglioramento delle condizioni di lavoro, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i., attraverso l'elaborazione di documenti di valutazione del rischio mirati, con riferimento ai rischi di carattere generale di tipo trasversale ed ai rischi specifici presenti nell'attività lavorativa, mediante:</p> <p>Aggiornamento dei Documenti di Valutazione del Rischio ( Schede di struttura e Piani di bonifica) delle strutture individuate in sede di riunione annuale con i Direttori di Distretto-Ospedale. DVR già pianificati: 1) Poliambulatorio di Sorbolo 2) Reparti SPOI-SPDC Parma</p> <p>3) Ospedale di Vaio con nuovo corpo M e cambio uso corpo O 4) Casa della Salute di Lagrimone 5) Ospedale di Borgotaro e Serv Veterinario 6) Ospedale di Comunità di San Secondo 7) Struttura sanitaria Carcere di Parma</p>	<p>Redatti i DVR della CdS di Lagrimone, Corpo M di Vaio, Poliambulatorio di Sorbolo, Servizio Veterinario di Borgotaro, Struttura sanitaria del Carcere di Parma, CdS Pablo. I DVR degli Ospedali e dei reparti SPol-SPDC non sono stati effettuati per l'emergenza Covid-19. Sono stati effettuati sopralluoghi nelle strutture sanitarie e ospedaliere per la valutazione dei percorsi e dei DPI per l'emergenza Covid e, su richiesta del Direttore Amministrativo, redatto il DVR di tutte le strutture per il rientro in sicurezza del personale tecnico-amministrativo.</p>

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>D.L.vo 81/08 e s.m.i.</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>Perf. inter</b>
Evidenza dei DVR richiesti dalle articolazioni o già pianificati	atti delle articolazioni aziendali coinvolte.	% >=	50,00%	100,00%	40,00%	

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)		7.8.1.2		Gestione Emergenze							
Descrizione					Rendicontazione						
1) Predisposizione dei Piani di Emergenza per le sedi aziendali che ne sono prive (Ambulatori di Sorbolo, CdS di Lagrimone, corpo M di Vaio, CdS Pablo). 2) Prosecuzione organizzazione e conduzione di simulazione di emergenza nelle sedi aziendali concordate con Direttori di Distretto e di Ospedale nella riunione periodica annuale, in collaborazione con il Servizio Attività Tecniche e le Direzioni dei Distretti e del Presidio Ospedaliero Az.le. Sono già previste le seguenti simulazioni: a) Ospedale di Vaio e nuovo Corpo M b) Ospedale di Borgotaro 3) Centro Cure Progressive di Langhirano c) Ospedale di Comunita' di San Secondo d) CdS Pablo e) CdS Lagrimone -(Obiettivo incentivato 2020 per Dirigente e Comparto) - 3) Addestramento all'uso delle centraline di allarme delle squadre antincendio richiesti da Responsabili di Struttura. Corsi già pianificati: CdS Pintor, CdS Lagrimone, Corpo M Vaio, Ospedale di Borgotaro					Redatto il Piano di Emergenza del Poliambulatorio di Sorbolo, CdS Pablo. Per Corpo M e CdS di Lagrimone si è in attesa della presa in carico della gestione della centralina da parte di Siram (appalto SAT) per predisporre i piani. Simulazioni-esercitazioni antincendio: le attività, programmate in primavera, sono state sospese per emergenza Covid-19. Effettuato aggiornamento personale sull'uso delle Centraline antincendio della CdS di Via Pintor, CdS Pablo (presenti anche medicina di gruppo), Ospedale e Distretto di Borgotaro, Ospedale di San Secondo.						
Obiettivi Performance		2.2.1		Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico		Riferimento Normativo		D.L.vo 81/08 e s.m.i.			
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza Piano di emergenza Ambulatori di Sorbolo, CdS di Lagrimone, corpo M di Vaio, CdS Pablo, punto 1)					atti SPPA		% >=		100,00%	50,00%	
Evidenza delle esercitazioni di emergenza richieste dalle Articolazioni aziendali o già previste, come da punto 2)					atti SPPA		% >=	50,00%	90,00%	0,00%	
Evidenza con firma presenze, incontri di addestramento uso centraline di allarme delle squadre antincendio richiesti da Responsabili di Struttura. Corsi già pianificati: CdS Pintor, CdS Lagrimone, Corpo M Vaio, Ospedale di Borgotaro, punto 3)					atti SPPA		% >=	50,00%	100,00%	70,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.8.1.3</b>	<b>Formazione ( in materia di salute e sicurezza sul lavoro: D.L.vo 81/08 )</b>			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>In Azienda prosegue l'attività di formazione di Dirigenti – Preposti – Lavoratori, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i. e dall'Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011: organizzazione in collaborazione con AVEN e AOU di Parma.</p> <p>1) Formazione dei Dirigenti e dei Preposti, in modalità e-learning.            2) Formazione generale del neo-assunto, in e-learning, in collab con Off. Assunz/Formaz            3) 4 corsi di Formazione dei neoassunti in aula, 12 ore/corso , 35 discenti, con AOU PR - obiettivo Incentivazione 2020 Dirigente e Comparto -            4) 2 corsi di formazione teorico-pratica antincendio, 16 ore, in collab con Vigili Fuoco PR            5) 2 corsi di formazione antincendio aggiornamento alto rischio (8 ore) , max 35 formati            6) 1 corsi di formazione antincendio medio rischio (8 ore) , max 35 formati</p> <p>Il SPPA organizza i Corsi di formazione ( scelta dei contenuti, dei docenti ed organizzazione delle aule); le Articolazioni Aziendali provvedono alla diffusione delle informazioni relative alle iniziative formative, compresa la partecipazione degli operatori (inviti, solleciti, controllo presenze ).</p> <p>Acquisizione da OPEN WORKS e Ufficio Formazione, sul software GRU, dei riscontri della formazione di cui ai punti 1)2)3)4) , in forma di file elaborabile, per il monitoraggio dell'adempimento degli obblighi formativi in capo ai lavoratori. -Obiettivo Incentivato per il comparto-</p>			<p>Attuata l'offerta formativa in e-learning di preposti e Dirigenti, neoassunti (4 ore). I partecipanti al corso sono stati notificati dalla società della piattaforma Open Works. Sospesi tutti i restanti corsi antincendio e per neoassunti, organizzati preventivamente "in presenza" a motivo del Covid-19 e delle disposizioni ministeriali. verrà fatto un tentativo con i VV.F per acquisire disponibilità corsi 16 ore "alto rischio" in quanto erogati esclusivamente dall' Ente.</p> <p>I corsi interni antincendio (8 ore) verranno effettuati nel 4 trimestre 2020, compatibilmente con le condizioni climatiche nella parte in esterno dedicata alla prova di spegnimento pratica.</p> <p>I corsi per il personale neoassunto sono stati già calendarizzati con Azienda Ospedaliera, ma con n° di partecipanti inferiore al previsto per motivi di distanziamento. Si tenterà di organizzare corsi a piccoli gruppi per i soli dipendenti AUSL Parma.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.8.1.3</b>	<b>Formazione ( in materia di salute e sicurezza sul lavoro: D.L.vo 81/08 )</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>Perf. inter</b>
Evidenza attività formative richieste o già programmate			Atti SPPA/Uff Formaz	% >=	50,00%	100,00%	20,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.8.1.4</b>	<b>Benessere Organizzativo</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
1) Redazione dei DVR sulle condizioni ambientali di security e safety delle strutture a maggior rischio di atti di violenza contro operatori sanitari, come da DGR 2012/2017 e Documento aziendale PREVIOS 2019. Strutture già individuate: Pronto Soccorso Vaio e Borgotaro, SPOI-SPDC, Centro Santi, SER.T. Parma, CSM Est e Ovest, PRP di Vaio.			Redazione dei DVR sulle condizioni ambientali di security e safety da atti di violenza contro gli operatori nel PS di Vaio, PPIO di Borgotaro, Centro Santi, Sert. Parma, PRP Vaio, Sert di Borgotaro e CSM Borgotaro, Centro Santi.				
2) Corso di formazione 24 ore per operatori Pronto Soccorso e SER.T su "Gestione ansia-panico e Comunicazione" . -Obiettivo di incentivazione 2020 Dirigente e Comparto			Il corso di formazione di 24 ore sulla prevenzione degli atti di violenza" è stato procrastinato nel 3 quadrimestre 2020. I corsi di formazione sulla gestione dell'ansia e della violenza dell'utenza rivolti agli operatori sanitari già calendarizzati nel primo semestre 2020 sono stati posticipati nel secondo. Un primo è già previsto nel mese di settembre. Il progetto di miglioramento dell' informazione nei PS aziendali all'utenza con RIT e Comunicazione è stato sospeso nel primo semestre per l'emergenza che ha interessato questi locali.				
3) Miglioramento dell'informazione video all'utenza nei Pronto Soccorsi aziendali, in collaborazione con RIT e Servizio Comunicazione							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.8.1.4</b>	<b>Benessere Organizzativo</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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale dei DVR sul rischio atti di violenza contro operatori			atti SPPA	% >=	50,00%	100,00%	60,00%	
Evidenza corso di formazione per operatori PS e SER.T			Atti SPPA-Ufficio formazione	Sì/No		Sì		
Evidenza progetto di miglioramento informazione all'utenza nei PS aziendali			Atti SPPA-Ufficio comunicaz	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.1.5</b>	<b>Azioni di Area Vasta</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Continua attività di coordinamento degli RSPP-Area Vasta AVEN con incontri trimestrali. 1) Invio alla regione delle segnalazioni di aggressioni del 2019, come da DGR 2012/2017			Si è tenuto un incontro in Aven in presenza prima dell'emergenza COVID-19. I restanti incontri, che vertevano principalmente su scelta e modalità di distribuzione dei DPI, DM, sono stati effettuati in videoconferenza. E' stato inviato consuntivo delle segnalazione di infortuni da aggressioni alla Regione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
<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>Perf. inter</b>
Piano per la Prevenzione violenza a carico operatori. Invio a Regione delle schede di segnalazione dei lavoratori che hanno subito violenza			atti SPPA	% >=		100,00%	100,00%	
Incontri trimestrali sulle tematiche proposte in ambito di Coordinamento AVEN.			atti SPPA	Sì/No		Sì		
Raccolta fabbisogno 2020 corsi di formazione e-learning per piattaforma OPEN WORKS di AVEN			atti SPPA	Sì/No	Sì		Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.1.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>Redatto DVR rischio biologico COVID-19 con revisione 4 a giugno 2020. Redatto DVR rischio COVID-19 per tutte le strutture aziendali con personale tecnico amministrativo per il rientro in sicurezza. Redatti 3 aggiornamenti periodici del decalogo aziendale sulle raccomandazioni per i dipendenti e sulle misure da mettere in atto per le attività lavorative "in presenza" e per la sorveglianza sanitaria del medico competente. Redatti i DUVRI per procedure e DPI con le imprese di pulizie, manutenzione e cooperative interne, per rischio Covid-19 in struttura. Collaborazione alle procedure di triage e DPI nei PS e strutture sanitarie. Redatto DVR Covid-19 strutture alberghiere convenzionate per degenza Covid. Collaborazione alle procedure operative sui tamponi a domicilio.</p> <p>Stesura della procedura operativa per ambulatorio Covid Salute Donna, accesso a domicilio Covid di personale ADI e USCA.</p> <p>Procedura operativa per processazione tamponi Covid presso Laboratorio 45 corsi di formazione su Covid-19 e vestizione-svestizione DPI per personale sanitario aziendale, USCA, MMG, PLS, MCA. Effettuazione di due filmati su intranet sulla vestizione-vestizione con camice e tuta completa. Un filmato formativo ECM aziendale su Covid-19, e modalità di vestizione con diverse tipologie di DPI.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>7.8.2</b>	<b>Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il Sistema di Gestione della Sicurezza ex-art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i. comprende l'attuazione della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica dei lavoratori esposti a rischi per la salute, delegata al medico competente aziendale.</p> <p>Anche per il 2020 il medico competente è chiamato ad operare in collaborazione con le figure preposte alla sicurezza sia per i rischi disciplinati dal DLgs 81/2008 che quelli indicati dal DLgs 230/1995 in materia di radioprotezione, per garantire al Datore di Lavoro ed ai Dirigenti con delega quel modello organizzativo "esimente" delle responsabilità. Il medico collabora inoltre nei progetti aziendali di igiene ospedaliera per la tutela del rischio degli utenti "terzi".</p>		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.8.2.1</b>	<b>Gestione del rischio</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>1) Aggiornamento triennale del DVR TBC delle strutture territoriali, anche alla luce dello screening tubercolare per la ricerca e follow-up degli operatori con TBC latente.</p> <p>2) Aggiornamento triennale del DVR dello screening immunologico degli operatori relativamente alle malattie trasmissibili per via aerea, VMPPR (varicella, morbillo, parotite, rosolia) per le strutture del territorio.</p> <p>Obiettivo Incentivato Dirigenza</p>			<p>I DVR sono stati posticipati al secondo semestre 2020 per gli impegni dei medici competenti sull'emergenza Covid-19. La sorveglianza sanitaria, sia preassuntiva che periodica, è comunque proseguita anche durante l'emergenza e pertanto sono stati acquisiti i parametri clinici e di laboratorio necessari per la stesura dei DVR, secondo il format utilizzato nel 2017.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i. Accordo Stato Regioni del 07/02/2013 DGR n°2 del 2010				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza DVR TBC aggiornato delle strutture territoriali			medico competente-SPPA	Sì/No		Sì		
Evidenza DVR VMPPR aggiornato delle strutture territoriali			medico competente-	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	7.8.2.2	<b>Consolidamento dell'attività di sorveglianza sanitaria</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Proseguire nella pianificazione della attività medica ed infermieristica di esecuzione degli accertamenti sanitari secondo la periodicità riportata nella relazione sanitaria in base ai rischi.			La sorveglianza sanitaria pre-assuntiva del personale a tempo indeterminato, determinato, USCA, volontari, interinali, è proseguita per tutto il periodo dell'emergenza Covid-19, così come le visite su richiesta del personale per motivi di "gravidanza", patologie professionali/DPI o condizioni di "fragilità" rispetto al rischio Covid. Le visite periodiche hanno subito un rallentamento nel periodo di marzo e aprile per emergenza Covid e sono riprese attualmente con recupero della periodicità prevista.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<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>Perf. inter</b>
N° visite eseguite			Atti ambulatorio M.C.	Numero >=		700,00		

Dimensione Performance	3	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	Area Performance	3.2	<b>Area dello sviluppo organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	7.8.2.3	<b>Formazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Partecipazione all'attività di formazione del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Nucleo per la Gestione del Rischio Infettivo per il personale neoassunto, relativamente al rischio biologico e vaccinazioni nel personale sanitario.			Le attività di formazione sul rischio biologico e vaccinazioni preventivate sono state sospese per dare priorità alla formazione del personale sul rischio Covid-19, DPI e modalità di vestizione-svestizione. Per agevolare la formazione anche "a distanza" degli OS sono stati effettuati due video su vestizione-svestizione DPI oltre che un filmato completo in diverse sezioni, in collaborazione con Ufficio Formazione su: Il virus, i DPI, modalità di vestizione-svestizione, i disinfettanti, il lavaggio delle mani.					
<b>Obiettivi Performance</b>	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	<b>Riferimento Normativo</b>		D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011			
<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>Perf. inter</b>
Evidenza del Piano Formativo sul Rischio biologico per i neoassunti			Atti ufficio formazione	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.4</b>	<b>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Implementare, proseguire, promuovere azioni relative alla salute e alla sicurezza nei luoghi di lavoro (cartella sanitaria e di rischio informatizzata, prevenzione patologie trasmesse per via ematica e/o aerea, vaccinazioni agli operatori sanitari)								
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. Inter</b>
Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari (o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 51% di copertura)			specifico flusso di riferimento	% >=		51,00%		
Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		
Aggiornamento Procedura Post-esposizione aziendale a liquidi biologici contaminati da sangue con la nuova profilassi farmacologica indicata dall' UOC Malattie Infettive AOU Parma			Medico competente.	Si/No	Si	Si	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.5</b>	<b>Adozione della cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Introduzione utilizzo nuova cartella informatizzata regionale DEDALUS, come da cronoprogramma regionale, con l'inserimento dei dati sanitari ad oggi solo cartacei. Formazione del personale infermieristico del M.C. alla gestione della cartella. Progressiva integrazione della cartella informatizzata con i gestionali aziendali già presenti (es. esami di laboratorio, visite specialistiche, ecc...)			L'ambulatorio del medico competente non è stato abilitato alla cartella Dedalus a motivo dell'emergenza e della necessità di addestramento in presenza del personale.				
<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>				

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.5</b>	<b>Adozione della cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata</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>Perf. inter</b>
Avvio utilizzo cartella informatizzata fornita dalla RER			Atti Ambulatorio M.C.	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Formazione. E' stata data priorità alla formazione del personale sul rischio Covid-19, , DPI e modalità di vestizione-svestizione. Per agevolare la formazione anche "a distanza" degli OS sono stati effettuati due video su vestizione-svestizione DPI oltre che un filmato completo in diverse sezioni, in collaborazione con Ufficio Formazione su: Il virus, i DPI, modalità di vestizione-svestizione, i disinfettanti, il lavaggio delle mani. Le visite mediche hanno interessato anche il personale non dipendente coinvolto nell'emergenza Covid-19. E' stato realizzato un primo giro (nelle strutture ospedaliere 2) di test sierologici di screening su tutti gli operatori sanitari e tecnico-amministrativi. Sono in corso di esecuzione i tamponi NF di screening per Covid-19</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.9</b>	<b><u>Politiche degli acquisti e logistica</u></b>
------------------------------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>7.9.1</b>	<b><u>Obiettivi 2020</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le diverse Aziende sanitarie sono chiamate a contribuire allo svolgimento della programmazione regionale e di Area Vasta, partecipando tramite propri dipendenti ai gruppi di lavoro per la formulazione dei progetti e alle Commissioni dai Gara per l'affidamento degli appalti. Le procedure non comprese in tali programmazioni dovranno essere ricomprese in uno strumento programmatico aziendale, da formulare in coerenza con quelli di livello sovraaziendale.</p>		

<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 incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.9.1.1</b>	<b>PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ANNUALE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Si dovrà contribuire in modo sostanziale all'esecuzione della Programmazione Regionale per l'acquisizione di Beni e Servizi (da svolgere tramite Intercent-ER ed AVEN), e si dovrà elaborare una apposita programmazione annuale per le procedure residuali, da svolgere a livello aziendale, tenendo comunque conto del "REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' CONNESSE ALL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI IN AMBITO SOVRAZIENDALE", approvato con Delibera n. 986 del 30/12/2016 in ambito AVEN, nonché del Regolamento per le Acquisizione di Beni e Servizi sotto soglia comunitaria, approvato con Delibera n. 878 del 19/12/2018.</p>			<p>Causa riduzione attività ordinaria di gara nel periodo Covid (per totale riconversione del servizio acquisti di AO e AUSL Parma ad acquisto dpi) si è registrato un rallentamento nella programmazione che verrà pertanto ridefinita per il secondo semestre 2020.</p>					
<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>	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale				
<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>Perf. inter</b>
Approvazione Programmazione annuale aziendale per l'acquisto di beni e servizi			Registro delibere aziendali	Sì/No	Sì	Sì	No	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.9.1.2</b>	<b>Razionalizzazione delle dotazioni strumentali connesse ai beni informatici</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2020 verranno attivate le convenzioni regionali per servizi di manutenzione HW e SW in esclusiva, i contratti non gestiti a livello regionale verranno ricompresi in apposito atto deliberativo programmatico.			Causa riduzione attività nel periodo Covid deve essere ancora predisposto atto di programmazione servizi di manutenzione HW e SW aziendale, peraltro di contenuto notevolmente ridotto rispetto al 2019 essendo state attivate numerose esclusive da Intercenter con decorrenza 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale				
<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>Perf. inter</b>
Atto di approvazione programmazione servizi informatici di competenza aziendale			atto SAB	Sì/No	Sì	Sì	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.9.1.3</b>	<b>Applicazione delle procedura PAC relativamente al ciclo passivo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2020 deve essere data attuazione completa alle Procedure previste nel PACS relativamente al ciclo passivo degli acquisti: dovrà essere preliminarmente concluso l'aggiornamento delle procedure relative al ciclo passivo.			A causa della riduzione attività nel periodo Covid la revisione procedura ha subito un rallentamento, si programma la conclusione dell'aggiornamento nel secondo semestre 2020.					
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale				
<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>Perf. inter</b>
Conclusione dell'aggiornamento Procedure relative al ciclo passivo degli acquisti			Approvazione procedura	Sì/No	No	Sì	No	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.9.1.4</b>	<b>Partecipazione al governo dei principali processi di acquisto di beni e servizi</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Partecipazione ai lavori della Centrale di Committenza Regionale Intercent-ER ed al Dipartimento Interaziendale di Area Vasta (AVEN) per l'acquisizione di beni e servizi, sia con riferimento all'attività di progettazione, che alle commissioni di gara per la valutazione delle offerte da parte delle diverse ditte partecipanti alle gare bandite dalla Centrale stessa.			E' stata garantita la partecipazione ai gruppi di lavoro che hanno coinvolto il Servizio Logistica, compatibilmente con le interruzioni dovute all'emergenza COVID 19.					
<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>Perf. inter</b>
Partecipazione ai lavori delle commissioni per la predisposizione di progetti in ambito Intercent-ER ed AVEN per l'acquisizione di beni e servizi (n. sedute con presenza/n. sedute complessive)			Atti di IntercentER ed AVEN	% >=		80,00%	80,00%	
Partecipazione ai lavori delle commissioni per la valutazione delle offerte tecniche in ambito Intercent-ER ed AVEN per l'acquisizione di beni e servizi (n. commissioni a cui si è partecipato/n. commissioni per cui sono stati richiesti membri alla nostra			Atti di IntercentER ed AVEN	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.9.1.5</b>	<b>Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance		4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>		<b>7.9.1.5</b>	<b>Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo</b>							
<p>Con Delibera la Giunta regionale n.744/2018 è stato approvato il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER. L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, si è inteso creare maggiore commitment delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.</p>				<p>E' proseguita nel 2020 la costante attività di monitoraggio e incremento numero degli ordini elettronici; nel periodo covid, causa emergenza e necessità di rispondere in modo immediato alle esigenze di reperimento materiali anche presso fornitori non abituali della pubblica amministrazione, si sono inviati anche ordini ordinari ma, terminata la fase prettamente emergenziale, si è ritornati al costante invio di ordini elettronici.</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter		
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale			specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%				
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2020 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER (Pll'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2020 per le medesime categorie)			specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%				
Indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00	62,00			
Completa dematerializzazione degli ordini di beni inviati entro il 31/12/2020			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	86,04%			
Epletamento di attività propedeutica all'adozione del nuovo applicativo regionale GAAC prevista per il 2021			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.9.1.6</b>	<b>Avvio dei nuovi appalti Intercent-er Lavanolo e Ristorazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
A seguito dell'attivazione nel 2019 della convenzione Lavanolo e della presumibile attivazione di quella della Ristorazione agli inizi del 2020, verranno predisposte le attività organizzative e gestionali connesse all'avvio degli appalti con il necessario coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali.			Con determina 1181 del 3/10/2019 è stata disposta l'adesione al lotto 2 della Convenzione Intercenter per l'affidamento dei servizi integrati di lava-noleggio per le Aziende Sanitarie. Sull'avvio dell'appalto ha fortemente inciso l'emergenza COVID che ne ha rallentato l'implementazione. Pertanto la fase di start up non può ancora dirsi conclusa, ma se ne prevede la definizione entro il corrente anno. L'adesione alla Convenzione Intercenter dell'appalto di Ristorazione è prevista entro l'anno.					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	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>Perf. inter</b>
Avvio dell'appalto di ristorazione entro il 2020			atti Servizio Logistica	Sì/No		Sì	Sì	
Avvio dell'appalto di Lavanoleggio entro il 2020			atti Servizio Logistica	Sì/No		Sì	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.1.7</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>7.9.1.7</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>							
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Il servizio acquisizione beni di Azienda Ospedaliero Universitaria e, trattandosi di servizio interaziendale, conseguentemente di AUSL, è stato interamente dedicato nel periodo covid all'attività di acquisto dpi essendo stato delegato a ciò dalla Regione Emilia Romagna per il reperimento dei beni per conto della stessa. L'impegno è stato enorme, vista anche l'estrema difficoltà di importare beni dall'estero, con necessità di rapporti con dogane e ambasciate e successiva complessa verifica delle documentazioni tecniche. Molto complessa è stata anche la gestione dei beni sotto l'aspetto logistico, con raccordo con il magazzino ULC e provinciale, che ha visto impegnato senza sosta 7 giorni su 7 il magazzino per rispondere alle richieste provinciali e ospedaliere.</p> <p>Si ritiene particolarmente significativo l'apporto reso dal Servizio Logistica nella fase emergenziale, con particolare riferimento alle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• supporto nelle attività di trasloco – in tempistiche ristrettissime - di intere unità operative e reparti;</li> <li>• supporto, tramite confronto costante con i fornitori, nel reperimento di materasseria e biancheria pulita a fronte dell'esaurimento di tutte le scorte, non solo a livello Aziendale, ma anche regionale</li> <li>• collaborazione attiva nella razionalizzazione dell'utilizzo dei contenitori x tamponi, con notevole risparmio di spesa, attraverso una procedura di sanificazione e riutilizzo condivisa con Servizi coinvolti</li> <li>• coordinamento in piena fase emergenziale e h 24 delle ditte impegnate nel servizio di pulizia, compresa l'attività di sanificazione straordinaria della ambulanze</li> <li>• coordinamento e gestione delle consegne di generi di conforto provenienti da tutta l'Emilia e destinate agli operatori COVID</li> <li>• coordinamento servizi di supporto (smaltimento rifiuti, lavanolo, ristorazione, pulizie) richiesti nell'ambito delle convezioni con strutture ricettive esterne per quarantenati</li> <li>• gestione acquisti di DPI in emergenza con cassa economale.</li> </ul>						
<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>Perf. inter</b>	
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì		

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.10</b>	<b><u>Il Piano degli Investimenti</u></b>
------------------------------------	-------------	---

<b>Settore</b>	<b>7.10.1</b>	<b><u>Gli investimenti strutturali e le attrezzature</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Piano Triennale degli Investimenti 2020-2022: il Piano assicura continuità alla programmazione del precedente triennio e comprende sia interventi puntuali (quali l'ampliamento dell'Ospedale di Vaio, l'ampliamento del Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale presso la Fattoria di Vigheffio e la realizzazione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro), sia interventi di adeguamento alle normative in materia di sicurezza antincendio e di vulnerabilità sismica degli edifici soggetti alle normative medesime, che interventi più generali di riqualificazione interna delle strutture territoriali ed ospedaliere, da realizzarsi in relazione alle condizioni delle singole strutture ed in risposta ai bisogni ed alle necessità espresse dalle attività sanitarie che le utilizzano.</p> <p>Piano delle Attrezzature: il Piano delle Attrezzature 2020 è elaborato dalla Direzione Sanitaria col supporto dell'Ingegneria Clinica aziendale, sulla base dei bisogni che sono espressi dalle diverse articolazioni aziendali, in continuità con il Piano Biennale 2018-2019 elaborato nel corso dello scorso anno e tenendo conto delle integrazioni in atto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, sia con riferimento alle attività che alle dotazioni strutturali.</p> <p>Gli interventi previsti dal Piano Triennale degli Investimenti e dal Piano delle Grandi Tecnologie sono meglio dettagliati nei relativi documenti di programmazione.</p>		

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.2	<b>Area degli investimenti</b>
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.10.1.1</b>	<b>Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute</b>			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.10.1.1</b>	<b>Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute</b>						
<p>Progettazione interventi previsti dal Piano Aziendale per la realizzazione delle Case della Salute, in raccordo con le esigenze e le attività delle strutture aziendali – L'avvio di tali attività è previsto e programmato compatibilmente al raggiungimenti di specifici accordi con le Amministrazioni Comunali di riferimento e con i Medici di Medicina Generale:</p> <p>1. Borgo Val di Taro – avvio della progettazione preliminare dopo l'avvenuto completamento degli interventi previsti dall'Obiettivo n°8 - DGR 1003 - Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura</p> <p>2. Fornovo Taro – vedi Obiettivo n°8 - DGR 1003 - Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura (fine lavori di costruzione nuovo edificio entro il 2020)</p> <p>3. Noceto – fine dei lavori entro il 2020</p> <p>4. Lubiana – San Lazzaro (PR) – Prosecuzione dei lavori nel rispetto del cronoprogramma contrattuale</p> <p>5. Via Verona (PR) – Completamento Progettazione esecutiva e avvio procedure di gara (compatibilmente con le indicazioni distrettuali)</p>			<p>1. Borgo Val di Taro: la progettazione dell'intervento è stata sospesa sia a seguito dell'emergenza sanitaria da COVID19, sia in relazione ad alcune valutazioni legate alle peculiarità del territorio ed alle sue necessità di assistenza e sono in fase di analisi, di concerto con la Direzione Sanitaria Aziendale, alcune ipotesi di diversa collocazione;</p> <p>2. I lavori di realizzazione della Casa della Salute di Fornovo, iniziati il 04/04/2019, proseguono con regolarità e la loro ultimazione è prevista entro il 2020;</p> <p>3. I lavori di realizzazione della Casa della Salute di Noceto verranno ultimati, a seguito dei ritardi determinati dall'emergenza sanitaria da COVID19, entro la fine del corrente anno;</p> <p>4. I lavori di realizzazione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro, sospesi durante l'emergenza sanitaria da COVID19, sono ripresi nel mese di maggio e la loro ultimazione è prevista per il 2021;</p> <p>5. La progettazione degli interventi di realizzazione della Casa della Salute di Via Verona è stata sospesa a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19 e sono attualmente in corso, di concerto con la Direzione del Distretto, alcune valutazioni sull'opportunità di realizzare un corpo in ampliamento all'edificio esistente, nel quale collocare i Medici di medicina Generale.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 291/2010				
<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>Perf. inter</b>
Interventi in progettazione - Evidenza documentale			Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	Numero >=	0,00	1,00	0,00	
Interventi in esecuzione - Evidenza documentale			Documenti contabili	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.10.1.2</b>	<b>Progettazione adeguamenti alla normativa antisismica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Affidamento degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche effettuate, per la Casa della Salute di San Secondo - corpo A (Servizi Ospedalieri) Affidamento degli interventi di consolidamento strutturale connessi alla riqualificazione del Comparto Operatorio dell'Ospedale di Borgotaro e successivo avvio delle attività di progettazione esecutiva strutturale degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche effettuate, per i Corpi 4a - 4b - 5 del medesimo ospedale.			A causa dell'emergenza sanitaria da COVID19, tutte le attività relative agli interventi di adeguamento o miglioramento sismico sono state sospese e riprenderanno nel 2° semestre 2020					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20.03.2003				
<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>Perf. inter</b>
Incarichi di progettazione esterna - Evidenza documentale			Elaborati progettuali	Numero >=	1,00	2,00	0,00	
Affidamento interventi			Atti di affidamento	Numero >=	1,00	2,00	0,00	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.3</b>	<b>Ampliamento Ospedale di Vaio</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Ultimazione dei lavori di realizzazione dell'ampliamento all'Ospedale di Vaio e degli interventi di ristrutturazione del Pronto Soccorso, con particolare riferimento all'installazione del cogeneratore ed alla realizzazione dei lavori previsti nel Complesso esistente e completamento degli ultimi interventi previsti.			I lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso e di costruzione della nuova ala in ampliamento all'Ospedale di Vaio sono stati ultimati, ad eccezione di alcuni interventi previsti nella struttura ospedaliera esistente e dell'installazione dell'impianto di cogenerazione, entrambe sospesi a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19. Relativamente agli interventi previsti nella struttura esistente, sono in fase di valutazione alcune modifiche legate al diverso assetto delle attività ospedaliere e territoriali dopo l'emergenza sanitaria. I lavori di installazione del Cogeneratore sono invece ripresi con regolarità e l'avvio della fase di marcia controllata è previsto entro la fine del 2020				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.3</b>	<b>Ampliamento Ospedale di Vaio</b>						
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<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>Perf. inter</b>
Verbale fine lavori			Verbali e atti contabili ex D.Lgs 163/2006 - Direzione Aziendale	Sì/No	No	Sì	No	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.10.1.4</b>	<b>Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali</b>					
<b>Descrizione</b>	<p>Progettazione mediante risorse interne e successiva esecuzione degli interventi di adeguamento alle norme di sicurezza antincendio delle strutture poliambulatoriali soggette all'applicazione del DM 19/03/2015. In prosecuzione dell'attività già avviata nel biennio 2018-2019, durante l'anno 2020 si provvederà a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Affidare e dare inizio, compatibilmente con le necessità delle attività sanitarie della struttura, gli interventi necessari presso la Casa della Salute di Colorno</li> <li>2. Avviare la progettazione degli interventi necessari presso taluni edifici secondo quanto previsto nello sharepoint regionale;</li> <li>3. Completare la progettazione e procedere all'esecuzione degli interventi necessari presso la Casa della Salute Pintor Molinetto (PR)</li> </ol>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Tutte le attività previste relativamente all'adeguamento antincendio delle strutture poliambulatoriali sono state sospese a causa dell'emergenza sanitaria e sono riprese solo nel mese di maggio. Si prevede di completare, nel corso del 2° semestre del 2020, la progettazione degli interventi necessari presso la Casa della Salute Pintor Molinetto (PR) e di proseguire la progettazione degli interventi previsti presso la Casa della Salute di Colorno. Sono invece ripresi i lavori di adeguamento della Casa della Salute di Traversetolo e di Langhirano, la cui ultimazione è prevista entro la fine del 2020</p>			
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DM 19/03/2015			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.10.1.4</b>	<b>Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali</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>Perf. inter</b>
Esecuzione progettazione			Ricevuta Deposito Elaborati progettuali al Comando VV.F	Numero >=	1,00	2,00	0,00	
Affidamento lavori			Atti di affidamento	Numero >=	0,00	1,00	0,00	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.5</b>	<b>Piano Investimenti - progettazione</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2020 dal Piano Triennale 2020/2022, al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio, comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali interventi in corso di progettazione.</p> <p>L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..).</p> <p>Gli interventi in fase di progettazione nel corso del 2020 sono relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miglioramento dell'accessibilità all'Ospedale di Borgotaro</li> <li>- Realizzazione nuova Casa della Salute di Borgotaro</li> <li>- Acquisizione ed installazione seconda camera iperbarica</li> <li>- realizzazione della coibentazione sulla copertura e installazione generatore fotovoltaico da 70kwp" presso l'Ospedale di Borgotaro - Bando POR-FESR 2014-2020 - Asse 4</li> </ul>			<p>Le attività di progettazione indicate nell'obiettivo, ad eccezione dell'intervento di realizzazione della Casa della Salute di Borgotaro (vedi obiettivo...) sono stati interrotti a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19 e sono ripresi solo nel mese di giugno. Il loro completamento è pertanto previsto nel primo semestre del 2021.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.5</b>	<b>Piano Investimenti - progettazione</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>Perf. inter</b>
Progettazione: evidenza documentale dei progetti in corso/progetti da realizzare			Elaborati progettuali in atti al SAT	Numero >=	1,00	4,00	0,00	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.6</b>	<b>Piano Investimenti - realizzazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2020 dal Piano Triennale 2020/2022 (ed al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio) comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali: - Interventi da realizzare (con progettazione approvata) - interventi in corso di realizzazione. L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..)			Tutte le attività non connesse all'emergenza sanitaria da COVID19 hanno subito un notevole rallentamento e sono riprese con regolarità solo nel mese di maggio. Nel primo semestre 2020 sono stati comunque eseguiti lavori per complessivi Euro 993.000					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<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>Perf. inter</b>
Importo interventi			Atto di aggiudicazione e Atti contabili ex DPR 207/2010	Euro >=	350.000,00	700.000,00	993.000,00	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.7</b>	<b>Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.7</b>	<b>Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)</b>						
Anagrafe dei complessi Immobiliari (CI): aggiornamento delle informazioni relative ai complessi immobiliari, raccolta delle informazioni necessarie al collegamento di CI al sistema GAAC			Il SAT ha assicurato, dove richiesto, le attività di propria competenza connesse all'obiettivo					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti)			Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.8</b>	<b>Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende Sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire la collaborazione tecnico amministrativa necessaria per l'avvio e l'espletamento delle procedure tecnico amministrative necessarie per la costituzione del fondo.			Il SAT ha assicurato, dove richiesto, le attività di propria competenza connesse all'obiettivo					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18				
<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>Perf. inter</b>
Predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite			Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.9</b>	<b>Piano Investimenti</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.9</b>	<b>Piano Investimenti</b>						
<p>Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale e regionale, nell'aggiudicazione degli interventi e nella trasmissione della documentazione.</p> <p>Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2020, le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo</p>			<p>Tutte le attività non connesse all'emergenza sanitaria da COVID19 hanno subito un notevole rallentamento e sono riprese con regolarità solo nel mese di maggio. Le attività connesse all'obiettivo verranno pertanto svolte nel secondo semestre 2020</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum sottoscritto il 02/11/2016			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'accordo di Programma Addendum			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>7.10.1.10</b>	<b>Prevenzione incendi - Prevenzione sismica</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Prevenzione incendi e sismica: Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo la normativa prevenzione incendi; azioni di miglioramento sismico negli edifici delle Aziende Sanitarie</p>			<p>Il SAT ha assicurato il monitoraggio degli interventi di adeguamento alle norme di prevenzione incendi e di adeguamento sismico secondo le scadenze stabilite dalla Regione</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>7.10.1.10</b>	<b>Prevenzione incendi - Prevenzione sismica</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>Perf. inter</b>
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sismica e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo incentivante (comparto)</b>	<b>7.10.1.11</b>	<b>Manutenzione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Manutenzione: Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili: adesione al progetto AGENAS			Le attività di rilevazione previste dal progetto AGENAS sono state sospese a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19 e riprenderanno nel secondo semestre in relazione alle indicazioni che perverranno dalla Regione Emilia Romagna					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.12</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</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>7.10.1.12</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>			<p>Durante l'emergenza sanitaria, il SAT, quale servizio Interaziendale AUSL - AOU, è stato impegnato nel soddisfare le necessità dell'Ospedale Maggiore prima e degli Ospedali di Vaio e Borgotaro dopo la loro conversione in Covid Hospital. Tali necessità sono state relative alla riorganizzazione degli spazi di pronto soccorso, alla realizzazione dei pre-triage respiratori, all'attivazione in emergenza di nuovi posti letto COVID, all'ampliamento della rete di distribuzione dei gas medicali, all'aumentato fabbisogno di ossigeno, alle necessità del Servizio di Necropsia per far fronte all'elevato numero di decessi, ai trasferimenti ed alle riorganizzazioni dei reparti e delle attività ospedaliere conseguenti all'attivazione dei nuovi posti letto COVID. Il SAT ha inoltre garantito a tutte le articolazioni aziendali il necessario supporto operativo, logistico ed organizzativo al fine di consentire il rapido adeguamento delle strutture e degli impianti al mutare delle necessità sanitarie connesse all'emergenza.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.11</b>	<b><u>Azioni per il risparmio energetico</u></b>
------------------------------------	-------------	--

<b>Settore</b>	<b>7.11.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel corso del 2018 l'Azienda intende confermare azioni già avviate negli anni precedenti e attivare nuove iniziative, quali la realizzazione di un impianto di trigenerazione e l'installazione di pannelli fotovoltaici, entrambi a servizio del Complesso Ospedaliero di Vaio.</p> <p>Ferma restando l'adesione alla convenzione Intercenter per l'acquisizione di energia elettrica, già assicurata negli anni passati e confermata per il 2017, si darà prosecuzione all'organizzazione di iniziative formative rivolte al personale sui comportamenti da tenere per il risparmio energetico. Ad oggi sono attive e funzionanti le nuove centrali a cippato presso l'Ospedale di Borgotaro ed il complesso psichiatrico della Fattoria di Vigheffio, che assicurano sia una riduzione delle emissioni di prodotti clima – alteranti (CO2), sia una riduzione dei consumi di gas metano e dei costi di esercizio. Si proseguirà nell'estensione ad altri edifici aziendali degli interventi già sperimentati nel corso degli anni precedenti su edifici pilota. L'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di completa ristrutturazione, sarà sempre imperniata su criteri aderenti alle norme del settore (D. lgs. 192/2005 e D. lgs. 311/2006).</p>		

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.2	<b>Area degli investimenti</b>			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.11.1.1</b>	<b>Realizzazione interventi Casa della Salute di San Secondo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Conclusione delle attività di progettazione degli interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso la Casa della Salute di San Secondo (IMPIANTO FOTOVOLTAICO) ed avvio delle procedure di affidamento dei lavori			Sono state completate le attività di progettazione definitiva dell'opera. La progettazione esecutiva e l'affidamento degli interventi è stato invece sospeso a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19 e riprenderà nel corso del 2° semestre 2020					
<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>Perf. inter</b>
Elaborazione Progetto esecutivo			Evidenza documentale	Si/No	No	Si	No	
Affidamento lavori			atto di affidamento	Si/No	No	Si	No	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.11.1.2</b>	<b>Realizzazione interventi Borgotaro</b>						
<b>Descrizione</b>	Interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro: completamento della progettazione e avvio realizzazione di interventi per l'utilizzo di fonti alternative di energia.		<b>Rendicontazione</b>					
			Sono state completate le attività di progettazione definitiva dell'opera. La progettazione esecutiva e l'affidamento degli interventi è stato invece sospeso a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19 e riprenderà nel corso del 2° semestre 2020					
<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>Perf. inter</b>
Esecuzione progettazione esecutiva			Evidenza documentale	Si/No	No	Si	No	
Affidamento lavori			atto di affidamento	Si/No	No	Si	No	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.11.1.3</b>	<b>Mobilità Sostenibile</b>					
<b>Descrizione</b>	Sviluppo delle politiche aziendali e interaziendali per la mobilità sostenibile in accordo con la pianificazione regionale (PRP) e locale (Coordinamento Mobility Manager Comune di Parma), con particolare attenzione ai temi della gestione ambientale e della sicurezza sul lavoro. Definizione ed attuazione di interventi per la mobilità sostenibile con specifico riguardo all'incentivazione dell'uso dei mezzi pubblici per i tragitti casa-lavoro, all'uso della bicicletta e alla progettazione e realizzazione di iniziative di formazione teorico-pratica rivolta ai dipendenti per la guida sicura e sostenibile		<b>Rendicontazione</b>				
			Pur rallentate pesantemente dall'emergenza Covid-19 le attività connesse con la Mobilità Sostenibile sono proseguite fornendo supporto ai dipendenti per l'attivazione degli abbonamenti agevolati per i tragitti casa-lavoro. Sono state messe in funzione due biciclette tradizionali per i tragitti di servizio dei dipendenti della Sede Centrale e si è proseguito nella partecipazione attiva al coordinamento dei Mobility manager a livello comunale. Non si sono svolti eventi formativi causa emergenza Covid				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	<b>Riferimento Normativo</b>				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.11.1.3</b>	<b>Mobilità Sostenibile</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>Perf. inter</b>
Predisposizione relazione attività svolte			Relazione mobility manager	Si/No		Si	No	
Eventi formativi			U.O. Formazione	Si/No		Si	No	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.11.1.4</b>	<b>Uso razionale dell'energia e gestione ambientale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017. Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari.			Tutte le attività di competenza del SAT e connesse alla progettazione di nuovi interventi nel rispetto dei Criteri Minimi Ambientali sono state sospese a causa dell'emergenza sanitaria. Tali attività riprenderanno, coerentemente con la programmazione aziendale degli investimenti, nel corso del 2° semestre 2020					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18 - DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile)			Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti)			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.11.1.5</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali.</p> <p>Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie.</p> <p>Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Durante l'emergenza sanitaria, il SAT, quale servizio Interaziendale AUSL - AOU, è stato impegnato nel soddisfare le necessità dell'Ospedale Maggiore prima e degli Ospedali di Vaio e Borgotaro dopo la loro conversione in Covid Hospital. Tali necessità sono state relative alla riorganizzazione degli spazi di pronto soccorso, alla realizzazione dei pre-triage respiratori, all'attivazione in emergenza di nuovi posti letto COVID, all'ampliamento della rete di distribuzione dei gas medicali, all'aumentato fabbisogno di ossigeno, alle necessità del Servizio di Necropsia per far fronte all'elevato numero di decessi, ai trasferimenti ed alle riorganizzazioni dei reparti e delle attività ospedaliere conseguenti all'attivazione dei nuovi posti letto COVID. Il SAT ha inoltre garantito a tutte le articolazioni aziendali il necessario supporto operativo, logistico ed organizzativo al fine di consentire il rapido adeguamento delle strutture e degli impianti al mutare delle necessità sanitarie connesse all'emergenza.</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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle attività necessarie alla gestione dell'emergenza COVID 19			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	

<b>Sub-Area piano delle azioni</b>	<b>7.12</b>	<b><u>Ingegneria Clinica</u></b>
------------------------------------	-------------	----------------------------------

<b>Settore</b>	<b>7.12.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
----------------	---------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020

Indicazione sintetica della situazione attuale

A seguito del processo di integrazione aziendale, il Servizio di Ingegneria proseguirà nel percorso di unificazione delle procedure di gestione delle tecnologie aziendali, sia in tema di programmazione e gestione delle acquisizioni che in tema di gestione dei processi manutentivi. Scopo primario è perseguire i margini di miglioramento gestionale legati alla ristrutturazione dei processi interni. Fra gli obiettivi del servizio, la creazione di un sistema di reportistica dinamica per la gestione degli investimenti e di strumenti di analisi legati all'utilizzo delle tecnologie.

<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>7.12.1.1</b>	<b>Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA</b>			
------------------	-----------------	---	--	--	--

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

Nel 2016 è stato messo a punto e avviato l'applicativo web regionale per la gestione delle richieste di acquisto di nuovi dispositivi medici (DM). L'applicativo web viene utilizzato dai clinici per compilare e inviare le richieste alla propria Commissione locale DM e viene utilizzato dalle Commissioni locali DM per la gestione delle fasi relative alla decisione se il DM sia o meno eleggibile a valutazione HTA regionale, alla valutazione dei DM che rimangono di competenza locale e alla condivisione del parere espresso. Per facilitare e rendere esplicita e trasparente l'identificazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale, all'interno dell'applicativo web è stata inserita un questionario frutto di un processo condiviso portato avanti dall'ASSR con i membri della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) e con alcuni clinici regionali. Dal 2018 alle Aziende Sanitarie si chiede pertanto di: 1. utilizzare il questionario per identificare i DM eleggibili a valutazione HTA (DGR 919/18 pag.102 di 106)

Sono stati applicati i criteri per la selezione di tecnologie candidabili a valutazione HTA regionale. Non sono state sottoposte alla commissione DM locale (NPV) richieste di DM candidabili alla valutazione regionale.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 919/18</b>
------------------------------	--------------	--	------------------------------	-------------------

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>7.12.1.1</b>	<b>Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA</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>Perf. inter</b>
Nr. di rich. ins. DM (questionario individ. DM eleggibili a valut. HTA compilato/ totale rich. ricevute( escluse le rich. inserimento relative a Dm di Classe I, per i quali la compilazione del questionario HTA non è richiesta)			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.2	<b>Area degli investimenti</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.12.1.2</b>	<b>Tecnologie biomediche</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
(DGR 919/18 pag.98 di 106)Garantire i flussi informativi ministeriali e regionali al parco tecnologico installato, il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova installazione, nonché massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative . Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici			Nel corso del primo semestre 2020 sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo quanto richiesto dal DGR 919/18 e il monitoraggio su modalità e tempi di utilizzo di TAC, RM e mammografi in uso. Non sono presenti al momento robot chirurgici.					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 919/18				
<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>Perf. inter</b>
Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato - Secondo scadenze prestabilite			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	
Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite per TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)</b>	<b>7.12.1.3</b>	<b>Piano Investimenti - acquisizioni attrezzature</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2020 dal Piano Triennale 2020/2023, comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali interventi che prevedono l'acquisizione di apparecchiature biomedicali, che saranno meglio dettagliati nel piano biennale delle tecnologie 2020/2021 in corso di definizione. L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..).			Nonostante i ritardi nella predisposizione del piano biennale delle tecnologie legati principalmente al periodo di emergenza legato alla diffusione del virus SARS-CoV-2, si è proceduto con l'avvio delle principali acquisizioni previste.					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<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>Perf. inter</b>
Acquisto apparecchiature biomedicali: evidenza documentale			Certificati di collaudo e atti di acquisizione	% >=	20,00%	80,00%	20,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.12.1.4</b>	<b>Tecnologie biomedicali</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo incentivante (dirigenza)</b>	<b>7.12.1.4</b>	<b>Tecnologie biomediche</b>						
<p>Massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche. L'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie deve essere ottimizzato, anche con azioni contro la potenziale obsolescenza degli impianti.</p>			<p>Sono state rispettate le scadenze per la trasmissione del flusso ministeriale NSIS-GrAP.</p> <p>Non sono state presentate istruttorie in quanto non sono state acquisite tecnologie rispondenti ai requisiti specificati.</p> <p>L'obsolescenza dell'installato relativo alle grandi tecnologie (dato OT 2019) per l'AUSL di Parma è pari a 7,9 anni. Per mantenere l'obiettivo anche nei prossimi anni, occorre dare copertura economica alle progettualità indicate nel piano investimenti aziendale.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<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>Perf. inter</b>
Trasmissione flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT secondo scadenze prestabilite			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	
Tutte le tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 dovranno essere sottoposte ad istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Potenziale obsolescenza dell'installato: media degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature < 8 anni			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.12.1.5</b>	<b>Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assesment (HTA)</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Garantire il supporto al livello regionale relativamente al Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM)			Non si sono verificate istanze di interesse specifico per l'azienda ausl di Parma				
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19			

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>7.12.1.5</b>	<b>Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assessment (HTA)</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>Perf. inter</b>
			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.12.1.6</b>	<b>Presidio ed implementazione delle attività di competenza a supporto della gestione dell'emergenza COVID 19</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
			<p>La diffusione dell'infezione da COVID 19 ha impattato profondamente sulle attività aziendali. Tutte le articolazioni aziendali sono state impegnate a presidiare e ad implementare le attività necessarie per fronteggiare l'emergenza; a seconda dei diversi ambiti assistenziali in non pochi casi l'emergenza ha inevitabilmente determinato la riduzione/rimodulazione e talvolta la sospensione delle attività ordinarie. Dare evidenza delle attività svolte nel contesto emergenziale sia a livello di unità operativa che a livello sistemico aziendale.</p> <p>Durante il periodo emergenziale il Servizio di Ingegneria Clinica ha partecipato attivamente nella riorganizzazione dei reparti ospedalieri, all'approvvigionamento, installazione e collaudo in emergenza di tutte le tecnologie biomediche necessarie oltre che alla rendicontazione verso RER di tutte le attività per le quali è stato richiesto un riscontro. Il Servizio di Ingegneria Clinica è sempre stato coinvolto e ha partecipato attivamente alle riunioni dell'unità di crisi interaziendale istituita per l'emergenza covid 19.</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>Perf. inter</b>
			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si	