

DOCUMENTO DI BUDGET

2022

Settembre 2022

Sommario

1. PREMESSA	2
2. IL PERCORSO DI BUDGET	3
3. OBIETTIVI OPERATIVI AREA DIPARTIMENTI CLINICI.....	9
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	10
DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE.....	14
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO.....	18
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE.....	22
DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE.....	26
DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA	33
DIPARTIMENTI CHIRURGICI – FORLÌ, RAVENNA, RIMINI	38
DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI CESENA.....	50
DIPARTIMENTI EMERGENZA, INTERNISTICO E CARDIOL.– FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI	54
DIPARTIMENTI MEDICINE SPECIALISTICHE – FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI.....	71
DIPARTIMENTI SALUTE DONNA INFANZIA ADOLESCENZA – FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI	88
DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITÀ – FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI	101
DIPARTIMENTI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PAT. - FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI	113
4. OBIETTIVI OPERATIVI DIREZIONI DI DISTRETTO E DIREZIONI TECNICHE	127
DIREZIONI DI DISTRETTO.....	128
DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI OSPEDALIERI	131
DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA AZIENDALE.....	134
DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA	136
5. OBIETTIVI OPERATIVI AREE DIPARTIMENTALI AMMINISTRATIVE E TECNICHE	140
AREA DIPARTIMENTALE GIURIDICO AMMINISTRATIVA.....	141
AREA DIPARTIMENTALE RISORSE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE	143
AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE	145
AREA DIPARTIMENTALE PIATTAFORME AMMINISTRATIVE	147
6. OBIETTIVI OPERATIVI AREA STAFF.....	149

1. Premessa

Dopo due anni in cui il percorso di budget si è sviluppato con tempistiche e modalità di carattere straordinario, prevalentemente orientato dapprima alla gestione della pandemia e successivamente al superamento dell'emergenza, per il 2022 la Direzione Aziendale ha ritenuto ineludibile impostare sin dagli ultimi mesi dell'anno precedente un lavoro condiviso e concertato di definizione delle priorità, dettate dalle criticità in essere ma anche dal bisogno di responsività, sviluppo e innovazione indispensabili per far tornare a crescere la capacità produttiva e la qualità degli esiti della nostra Azienda.

Considerato che questa fase della programmazione è avvenuta in un contesto non ancora scevro dalle conseguenze dell'emergenza, in assenza di indicazioni definitive sulla programmazione regionale per il 2022 ed in una situazione di grande incertezza sulle condizioni economico finanziarie, per essere nelle condizioni di aggredire efficacemente le criticità ed i bisogni di questo particolare momento, l'indicazione di questa direzione è stata quella di concentrare il lavoro di programmazione su alcune essenziali priorità, a partire da quelle che attengono in particolare alla capacità di risposta e reattività su tutto il tema dell'accesso. Si tratta di traiettorie in larga parte definite nel Piano delle Performance 2021-2023, il documento programmatico triennale deliberato dal Direttore Generale e messo a disposizione di tutte le strutture organizzative anche attraverso la intranet aziendale al link <https://rr.auslromagna.it/trasversale/performance>, del quale il percorso budget 2022 ne è una rappresentativa declinazione.

Considerato che il percorso di negoziazione ha preso avvio in piena fase di riordino degli assetti organizzativi dipartimentali, conclusasi solamente nel mese di marzo 2022, sebbene non abbia rappresentato un elemento ostativo alla negoziazione in cui si è avuto massimo coinvolgimento e partecipazione di tutte le strutture organizzative nella figura dei rispettivi responsabili, ha comportato tuttavia un allungamento delle tempistiche di completamento dell'iter procedurale in conseguenza dei tempi tecnici di insediamento dei nuovi direttori e di ufficializzazione dei comitati di dipartimento, luogo deputato alla condivisione ed al monitoraggio degli obiettivi in seno ai servizi.

2. Il percorso di budget

Il D.Lgs. n. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni stabilisce che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. Questo, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

La Regione Emilia-Romagna ha avviato il percorso di compiuto adeguamento al D.Lgs. 150/2009 con la L.R. n. 26/2013 e con la DGR n. 334/2014 *“Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e per l'agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA)”*.

All'interno del sistema, particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione delle Performance con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione verso l'insieme degli stakeholders, come altresì definito dalla recente legge regionale n. 9/2018 in materia di finanziamento, programmazione e controllo delle aziende sanitarie. I dettagli operativi sono declinati nelle *“Linee Guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR”* ufficializzate con DGR n. 819/2021, che si sostituisce alle Delibere n. 1/2014, n. 2/2015 e n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia-Romagna¹, recependone comunque gran parte dei contenuti.

Il Ciclo di gestione della performance si sviluppa, in estrema sintesi, nelle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;
- monitoraggio, nel corso dell'anno, del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive (monitoraggio infrannuale della performance);
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (valutazione performance organizzativa) sia dei singoli

¹ L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) unico per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA) della Regione Emilia-Romagna è stato previsto con Legge Regionale 20 dicembre 2013 n. 26, art. 6 che sostituisce l'art. 49 della L.R. n. 43/2001. È composto da un collegio di tre esperti esterni - nominati dalla Giunta regionale - e tra le principali funzioni ha il compito di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni.

professionisti (valutazione performance individuale), con correlata distribuzione degli incentivi.

Si identificano due ambiti di azioni distinti ma operativamente integrati:

- la performance complessiva aziendale, che si sviluppa attraverso una programmazione triennale (Piano della Performance) ed una rendicontazione annuale (Relazione sulla Performance) secondo dimensioni ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende della Regione in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio;
- la performance organizzativa ed individuale interna, che si traduce in una serie di strumenti quali: il budget annuale, il sistema di reporting e di valutazione interno aziendale e il sistema premiante. La prospettiva temporale è prevalentemente annuale e tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuale regionali.

Il collegamento tra gli obiettivi aziendali e quelli delle singole articolazioni avviene attraverso il percorso di budget: attraverso questo processo si determinano gli obiettivi operativi di ciascuna articolazione organizzativa aziendale e per ciascun obiettivo, vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Il Percorso di budget operativo

Il percorso per la definizione del budget operativo per l'anno 2022 ha preso avvio con la nota Prot. n. 2021/0303696/P del 29.10.2021 con la quale il Direttore Generale ha voluto formalizzare e diffondere fra tutte le strutture organizzative aziendali gli intenti e le principali traiettorie di lavoro sulle quali sviluppare la propria specifica operatività ed ha individuato nelle Direzioni Mediche di Presidio e nelle Direzioni di Distretto i principali interlocutori per dare concretezza e coordinamento al lavoro di preparazione delle proposte di obiettivi da portare alla negoziazione con la Direzione Generale.

Le priorità di intervento, individuate anche in continuità con gli obiettivi indicati all'Allegato B della DGR n. 1770/2021 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie per l'anno 2021", su cui si è strutturata la programmazione hanno riguardato:

- mantenimento/miglioramento dei tempi di attesa per attività di ricovero, interventi chirurgici elettivi, specialistica ambulatoriale;
- sviluppo e potenziamento dei percorsi in emergenza urgenza;
- processi di riorganizzazione per il rientro nella "routine" produttiva pre-covid;
- sviluppo dell'assistenza territoriale e della presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria con patologie croniche;
- Sviluppo Sistema Informativo ed innovazione tecnologica;

- Sostenibilità e governo dei servizi.

Questo lavoro propedeutico, sul quale si è realizzato un focus nel Collegio di Direzione del 16 dicembre 2021, si è realizzato nei mesi di novembre e dicembre ed è stato strutturato attraverso la costituzione di gruppi di lavoro in cui le Direzioni di Presidio e di Distretto, in stretta collaborazione con i Direttori di Dipartimento e il funzionale supporto della rete dei referenti dipartimentali (farmacia, qualità, controllo di gestione, rischio clinico), hanno definito e condiviso fattibili proposte operative da portare in negoziazione sulla scorta di quanto emerso attraverso l'analisi dei dati di attività, delle criticità in essere e delle risorse disponibili.

Nelle settimane successive la proposta è stata discussa ed ufficializzata negli incontri di negoziazione tenutisi con la direzione generale, incontri nei quali si è incentivata ed effettivamente riscontrata un'ampia e collaborativa partecipazione anche dei responsabili di unità operativa.

Nello specifico gli incontri di negoziazione con i Dipartimenti Clinici sono stati articolati e svolti secondo il seguente calendario:

DIPARTIMENTO <i>(nuovo assetto organizzativo di cui alla deliberazione n. 434/2021)</i>	DATA e ORA
OSTEOARTICOLARE	21/01/2022 14.30 - 17.30
SALUTE DONNA, INFANZIA E ADOLESCENZA RAVENNA	27/01/2022 9.00 - 11.00
SALUTE DONNA, INFANZIA E ADOLESCENZA FORLÌ-CESENA	27/01/2022 11.30 - 14.30
SALUTE DONNA, INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	27/01/2022 15.00 - 18.00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	08/02/2022 11.00 - 14.00
CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI CESENA	08/02/2022 14.30 - 17.30
CHIRURGICO FORLÌ	10/02/2022 9.00 - 11.30
CHIRURGICO RAVENNA	10/02/2022 12.00 - 14.30

DIPARTIMENTO <i>(nuovo assetto organizzativo di cui alla deliberazione n. 434/2021)</i>	DATA e ORA
CHIRURGICO RIMINI	10/02/2022 15.00 - 17.30
NEUROSCIENZE	15/02/2022 14.30 - 17.00
EMERGENZA, INTERNISTICO E CARDIOLOGICO FORLÌ CESENA	16/02/2022 10.30 - 13.30
EMERGENZA, INTERNISTICO E CARDIOLOGICO RAVENNA	16/02/2022 10.30 - 13.30
EMERGENZA, INTERNISTICO E CARDIOLOGICO RIMINI	16/02/2022 10.30 - 13.30
MEDICINE SPECIALISTICHE FORLÌ-CESENA	18/02/2022 9.00 - 11.30
MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA	18/02/2022 12.00 - 14.30
MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI	18/02/2022 15.00 - 17.30
MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE	22/02/2022 11.00 - 14.00
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLÌ CESENA	22/02/2022 14.30 - 17.30
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE RAVENNA	22/02/2022 14.30 - 17.30
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	22/02/2022 14.30 - 17.30
ONCOEMATOLOGICO	24/02/2022 14.30 - 17.30
CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITÀ RAVENNA	25/02/2022 9.00 - 12.00

DIPARTIMENTO <i>(nuovo assetto organizzativo di cui alla deliberazione n. 434/2021)</i>	DATA e ORA
CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITÀ FORLÌ-CESENA	25/02/2022 9.00 - 12.00
CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITÀ RIMINI	25/02/2022 9.00 - 12.00
SANITÀ PUBBLICA	10/03/2022 14.00-17.00

Mentre gli incontri di negoziazione con le aree dipartimentali amministrative e tecniche e con gli staff sono stati articolati e svolti secondo questo ulteriore calendario:

AREA DIPARTIMENTALE/STAFF	DATA e ORA
AREA DIPARTIMENTALE PIATTAFORME AMMINISTRATIVE	20/05/2022 14.00-16.00
AREA DIPARTIMENTALE RISORSE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE E UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI	24/05/2022 09.30-12.00
AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE	24/05/2022 14.00-16.00
AREA DIPARTIMENTALE GIURIDICO AMMINISTRATIVA	25/05/2022 09.30-11.30
AREA STAFF	12/07/2022 14.30-17.30

La responsabilità di condividere e discutere l'ipotesi di budget operativo dei dipartimenti di area clinica con tutte le strutture organizzative e le equipe afferenti è demandata al Direttore di Dipartimento, con il supporto della rete dei referenti (Medico di organizzazione, Farmacista, Amministrativo, Controller, Qualità e Gestione del Rischio).

A conclusione del percorso di negoziazione, pertanto, le Direzioni di Dipartimento devono responsabilizzare i singoli Centri di Responsabilità relativamente al budget dipartimentale e agli obiettivi di Unità Operativa, sottoscrivendo il rispettivo documento di budget rispetto al quale, a cascata, i Direttori di Struttura Complessa e Semplice devono coinvolgere, informare e

responsabilizzare tutti i componenti delle rispettive equipe nel perseguimento degli obiettivi di unità operativa.

Secondo il Regolamento di budget, i Centri di Responsabilità (Centri di Attività e Centri di Risorsa) vengono individuati annualmente dal Direttore Generale in relazione alla rilevanza strategica e/o economica degli obiettivi e dei fattori produttivi assegnati ed in armonia con l'organigramma aziendale.

Conformemente a quanto definito dalla procedura, i livelli di responsabilità per l'assegnazione del budget sono la Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale.

Allo stesso modo, anche i direttori delle strutture afferenti alle aree dipartimentali amministrative e tecniche, alle direzioni tecniche ed agli staff dovranno completare il percorso di coinvolgere, informare e responsabilizzare tutto il personale afferente riguardo gli obiettivi da perseguire nell'unità operativa.

Nei capitoli a seguire sono riportati i documenti di budget sottoscritti per:

- area dipartimenti clinici;
- direzioni di distretto e direzioni tecniche;
- aree dipartimentali amministrative e tecniche;
- area staff.

3. Obiettivi operativi area dipartimenti clinici

D0015 DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0069 - UO RADIOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0070 - UO RADIOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0071 - UO RADIOLOGIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0072 - UO RADIOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0074 - UO RADIOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	C1073 - UO RADIOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1075 - UO RADIOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	S1076 - SSI NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																		
	Area di performance dell'accesso e della domanda	30		30		30		30		30		30		30		30		20	
Relazione di rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Percorso ecografie muscolo-scheletriche e osteo-articolari urgenti condiviso con il Dipartimento Osteo-Articolare; definizione tipologia esami urgenti e prioritari. Indicatori: evidenza documento condiviso. Target: entro settembre tempi esecuzione ecografie urgenti. Target: 90% entro 72 ore	X		X		X		X		X		X		X					
Relazione di rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Revisione dei percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali "U" senza invio al P.S. e condivisione con il Dipartimento Cure Primarie e Specialisti ospedalieri. Target: elaborazione documento e condivisione entro settembre	X		X		X		X		X		X		X		X			
Report RIS PACS	Rispetto tempi di esecuzione e refertazione prestazioni RX di PS Indicatore: % prestazioni RX di PS concluse entro i tempi definiti. Target: >= 90% entro 90'	X		X		X		X		X		X		X				X	
Report RIS PACS	Rispetto tempi di esecuzione e refertazione prestazioni TAC di PS. Indicatore: % prestazioni TAC di PS concluse entro i tempi definiti. Target: >= 90% entro 90'	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Report RIS PACS	Rispetto tempi di esecuzione e refertazione prestazioni ECO di PS. Indicatore: % prestazioni ECP di PS concluse entro i tempi definiti Target: >= 90% entro 60'	X		X		X		X		X		X		X					
	Area di performance dell'integrazione	25		25		25		25		25		25		25		25		25	
Relazione di rendicontazione del referente medico di direzione	Telegestione da stabilimenti ospedalieri periferici con esecuzione da parte del tecnico e telegestione medica. Analisi progettuale e di fattibilità entro giugno. Avvio fase sperimentale entro il secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Relazione di rendicontazione del referente medico di direzione/direttore di Dipartimento	Organizzazione aziendale della Radiologia domiciliare con procedura operativa condivisa. Indicatore: elaborazione istruzioni operative di ambito entro Giugno. Avvio nel secondo semestre.	X		X		X		X		X		X		X		X		X	Avvio condizionato dalla disponibilità e compatibilità delle risorse necessarie (risorse tecnico e automezzi)
	Area di performance degli Esiti	5		5		5		5		5		5		5		5		5	
Relazione di rendicontazione del referente medico di direzione	Fenomeno "mancate presentazioni e/o erogazione esame" (esami TAC ed RM): analisi della frequenza per sede e tipologia di esame e progetto di miglioramento condiviso con le Direzioni di Presidio e Dipartimento Cure Primarie entro settembre.	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																		
	Area di performance della produzione	20		20		20		20		20		20		20		20		30	
Rendicontazione del referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X		X		X			

D0015 DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0069 - UO RADIOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0070 - UO RADIOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0071 - UO RADIOLOGIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0072 - UO RADIOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0074 - UO RADIOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	C1073 - UO RADIOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1075 - UO RADIOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	S1076 - SSI NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Fonte dati: RIS Rendicontazione del Referente Medico e del Direttore Dipartimento	Potenziamento dell'attività fino al massimo dell'efficienza sostenibile con le risorse disponibili	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		5		5		5		5		
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "incident reporting e gestione eventi avversi / eventi sentinella e prevenzione e gestione delle cadute in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici, TSRM e infermieri/UO). Target: >= 40%	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
	Area di performance dell'organizzazione																		
Relazione di rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Razionalizzazione del numero e dell'utilizzo delle apparecchiature di Ortopantomografia del Dipartimento. Evidenza progetto razionalizzazione condiviso con U.O. Fisica Medica e Ingegneria Clinica entro l'anno.	X		X		X		X		X		X		X				X	
	Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target:100%	X		X		X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X			
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																		
	Area di performance della Ricerca e della Didattica																		
	Area di performance dello sviluppo organizzativo																		
Rendicontazione IVT	ROAD MAP verso RIS-PACS Unico Aziendale Descrizione: Unificazione dei percorsi e del nomenclatore: Omogenizzazione ed adeguamento percorso del paziente: identificazione e tracciabilità degli stati tra: Prenotato, Arrivato etc. nei diversi casi d'uso (pazienti interno – paziente esterno etc.)(1,2). Adozione pratica e uniforme in tutte le UU e SS del Dipartimento del nomenclatore unificato Aziendale (già condiviso) per le prestazioni sia per pazienti esterni sia per pazienti interni con particolare riferimento alle prestazioni di radiologia interventistica; Indicatori: Adozione pratica nomenclatore unico condiviso in tutte le SC e SS del Dipartimento; Adozione workflow unico nei 4 ambiti	X		X		X		X		X		X		X		X		X	

D0015 DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0069 - UO RADIOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0070 - UO RADIOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0071 - UO RADIOLOGIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0072 - UO RADIOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0074 - UO RADIOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	C1073 - UO RADIOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1075 - UO RADIOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	S1076 - SSI NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione IVT	Cybersecurity e tutela dei dati dei pazienti: Definizione ed adozione di buone pratiche nell'utilizzo delle risorse informatiche al fine dalla riduzione del rischio determinato da eventi avversi causati da attacchi e minacce informatiche e sul corretto comportamento per garantire la riservatezza dei dati dei pazienti.(3,4)	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																		
	Area economico finanziaria	10		10		10		10		10		10		10		10		10	
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X			Sarà monitorato mensilmente l'andamento e verificata la coerenza della stima di budget con l'andamento della produzione.
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																		
	Area di performance dell'organizzazione																		
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X		X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0015 - DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsunti vo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntiv o 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	78.789	90.701	90.357	-344	-0,38%			96.799	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	8.049	6.996	8.258	1.262	18,04%	15.089	8.174	7.437	5.469
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI		1.456		-1.456	-100,00%			0	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	1.204	3.651	7.254	3.604	98,71%	431	4.130	7.681	6.839
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.233.493	2.233.143	2.691.277	458.134	20,52%	394.677	492.036	2.688.747	418.912
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	1.445.795	1.227.590	1.371.446	143.857	11,72%			1.354.090	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	7							0	0
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	231.778	236.398	220.685	-15.713	-6,65%			248.947	0
TOTALE BENI SANITARI	3.999.115	3.799.934	4.389.277	589.343	15,51%	410.197	504.340	4.403.701	431.220

Delta vs 2021: + 14.424 €

Delta vs 2019: + 404.586 €

Da rivalutare in corso d'anno utilizzo sistemi di tromboaspirazione correlati a carenza urokinasi.

D0017 DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0089 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0090 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0091 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0092 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0093 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0094 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0276 - UO CHIRURGIA ORTOPEDICA DELLA SPALLA CATTOLICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																
	Area di performance dell'accesso e della domanda		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40				
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore.	mantenimento 2021		mantenimento 2021		miglioramento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		X	Per PO Lugo miglioramento atteso come effetto di una più complessiva riorganizzazione dei percorsi interni
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding >= a 3 ore. Target: tendente a 0	X		X		X		X		X		X		X		X	Per PO Lugo miglioramento atteso come effetto di una più complessiva riorganizzazione dei percorsi interni
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento con evidenza documentale	Elaborazione istruzione operativa dipartimentale per la definizione di criteri uniformi di elezione per l'invio da PS a fast track ortopedico entro giugno	X		X		X		X		X		X				X	IN COLLABORAZIONE CON I DIP EMERGENZA E RESPONSABILE PROGRAMMA EMERGENZA. Tempi subordinati alla conclusione percorso definizione assetto org. e nomina responsabili
Rendicontazione Referente medico di direzione	Consolidamento h 12 fast track ortopedico	X								X						X	A parità di risorse.
Rendicontazione Referente medico di direzione	Attivazione Fast track h 12 a partire da Aprile 2022			X												X	Risorse necessarie: 1 IP. Completamento dotazione organica dirigenza medica (da 7 a 8 unità) funzionale a garantire maggior equilibrio e copertura delle postazioni di lavoro/schieramenti. Tempi di avvio condizionati dalla conclusione dei lavori strutturali in corso.
CdG Fonte: flusso SDO	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate . Target >=90%	Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021			
CdG Fonte: flusso SDO	% protesi d'anca entro i 180 gg. Target >=90%	mantenimento 2021		miglioramento 2021 (51,4%)		miglioramento 2021 (72,1%)		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021				X	
	Area di performance dell'integrazione																
Referente organizzativo del PDTA	Percorso Clinico terapeutico Assistenziale del paziente affetto da piede diabetico (PA 211 del 28/09/2019): mantenimento percorso per il trattamento in elezione (3 sedute operatorie/mese)	X														X	Risorse: mantenimento Nr 36 sedute/anno in SimilAlp
	Area di performance degli Esiti		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
CdG Fonte: flusso SDO	% dimessi >=65aa con diagnosi FCF entro 48h. Target >=70%	mantenimento 2021		mantenimento 2021		miglioramento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021				X	Secondo modalità attuali di calcolo dell'indicatore a livello regionale (dal momento del ricovero in reparto)
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Focus group su indicatori PNE critici e evidenza azioni correttive conseguentemente attivate. Target: report esito focus group e progetto di miglioramento	X		X													
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																
	Area di performance della produzione		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30		
CdG Fonte: flusso SDO	produzione prime visite per esterni	+ 600 prime visite verso 2019		+22% vs 2021		+4% vs 2021		+9% prime visite ortopediche vs 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		+2,5% vs 2021		X	FORLI': conferma 2 sedute/sett da 4 ore in simil alpi
CdG Fonte: flusso SDO	Uniformità di criteri classe di priorità inserimento in lista di attesa (sec. SIGLA) per interventi di sostituzione protesica delle articolazioni maggiori. Indicatore: % protesi classe A e B inferiore al 5%	X		X		X		X		X		X		X			

D0017 DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0089 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0090 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0091 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0092 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0093 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0094 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0276 - UO CHIRURGIA ORTOPEDICA DELLA SPALLA CATTOLICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG Fonte: flusso SDO	Allineamento produzione chirurgica ai valori dell'anno 2019. Indicatore: variazione % Drg C vs 2021	+4% vs 2021		+ 4 % vs 2021		+28% vs 2021		+9% con aumento chirurgia protesica robotica di ginocchio (+70 INTERVENTI)		+7% vs 2021		mantenimento 2021		+9% vs 2021		X	Subordinatamente alla disponibilità e all'uso efficiente delle sedute operatorie. Completamento dotazione organica su Faenza da 7 a 8 unità medico. L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X		X			
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		5		5		5		5	
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X		X		X		X	
CdG Fonte: flusso SICHER	Adesione sorveglianza SICHER. Indicatore: n. schede inviate/numero SDO con intervento sorvegliato. Target: > 75%	X		X		X		X		X		X		X		X	
CdG Fonte: flusso SDO	% di Artroprotesi totale d'Anca su Frattura Collo Femore in pazienti di età >=80 anni. Target: <=10%	mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021					
CdG Fonte: flusso SDO	% dimessi con accoppiamento ceramica/ceramica nelle protesi d'Anca in pazienti di età >=70 anni. Target: <=10%	mantenimento 2021		mantenimento 2021		miglioramento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021					
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5		5		5		5	
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021			
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		5	
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																	
Area di performance della Ricerca e della Didattica																	
Direttore Dipartimento	Almeno due pubblicazioni su riviste nazionali e/o internazionali	X		X		X		X		X		X		X			

D0017 DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0089 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0090 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0091 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0092 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0093 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0094 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0276 - UO CHIRURGIA ORTOPEDICA DELLA SPALLA CATTOLICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	Area di performance dello sviluppo organizzativo																
Direttore Dipartimento	Implementazione progetto Robotica Ausl Romagna. Condivisione del documento entro primo semestre. Progressiva implementazione con messa a regime nel secondo semestre.	X		X		X		X		X		X				X	
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																
	Area economico finanziaria	10		10		10		10		10		10		10		10	
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X			Costi emergenti stimati: + 800.000€ per DM e impiantabili non attivi per incremento stimato attività chirurgica; - 200.000€ per trasferimento protesi di ginocchio a service robotica
CdG: flusso DIME	Protesi anca: spesa media per paziente. Indicatore: costo medio per paziente Target: allineamento all'andamento medio regionale	X		X		X		X		X		X					
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																
	Area di performance dell'organizzazione																
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Progetto di revisione del modello organizzativo inserimento della figura di case manager Target: presentazione del progetto					X											

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0017 - DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var.% Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	335.705	292.411	327.631	35.220	12,04%	122	243	316.290	0
BS002 - EMODERIVATI	44.737	28.968	137.022	108.054	373,01%			45.909	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	54.646	37.825	45.344	7.518	19,88%	13.739	10.427	46.634	7.937
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	24.279	19.213	23.624	4.411	22,96%	1.186	77.450	16.709	108.309
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.979.497	1.592.237	1.939.925	347.688	21,84%	317.616	476.122	2.050.455	415.797
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	461	1.396	315	-1.081	-77,44%			557	0
BS012 - VACCINI	227		70	70				251	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	2.011	2.926	2.286	-639	-21,86%	0	4	2.587	0
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	7.083.756	5.329.893	5.899.549	569.656	10,69%	42		6.395.416	0
TOTALE BENI SANITARI	9.525.320	7.304.870	8.375.767	1.070.897	14,66%	332.705	564.246	8.874.809	532.044

IMPIANTABILI NON ATTIVI: da valutare eventuali risparmi per protesi d'anca, probabilmente di scarsa entità.

Delta verso 2021: +499.042 €

+ 606.398 € IMPIANTABILI NON ATTIVI e DM per ripresa attività

- 400.000 € circa Impiantabili non attivi per effetto riduzione costo protesi di ginocchio spostati su service sanitari per robotica

+ 550.000 € service sanitari robotica (stimato aumento n. interventi di robotica al ginocchio)

D0020 - DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	C0108 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA FORLI' - Punti Dirigenza	C0110 - UO CURE PALLIATIVE ROMAGNA - Punti Dirigenza	C0111 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA RAVENNA - Punti Dirigenza	C0112 - UO ONCOLOGIA RAVENNA - Punti Dirigenza	C0113 - UO EMATOLOGIA RAVENNA - Punti Dirigenza	C0116 - UO ONCOLOGIA RIMINI - Punti Dirigenza	C0117 - UO EMATOLOGIA RIMINI - Punti Dirigenza	C0118 - UO RADIOTERAPIA RIMINI - Punti Dirigenza	C0119 - UO CURE PALLIATIVE RIMINI - Punti Dirigenza	C1107 - UO MEDICINA NUCLEARE ROMAGNA - Punti Dirigenza	S0017 - SSD CURE PALLIATIVE RAVENNA - Punti Dirigenza	S1007 - SSD CURE PALLIATIVE CESENA - Punti Dirigenza	S1026 - SSD PREVENZIONE ONCOLOGICA RIMINI - Punti Dirigenza	C0082 - UO ANATOMIA PATOLOGICA CESENA - Punti Dirigenza	C0084 - UO ANATOMIA PATOLOGICA FORLI' - Punti Dirigenza	C0085 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RAVENNA - Punti Dirigenza	C0087 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RIMINI - Punti Dirigenza	C1173 - UO CHIRURGIA SENOLOGICA ROMAGNA - Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																				
Area di performance dell'accesso e della domanda		20	20	20	40	60	40	60	30	20	25	20	20	20	30	30	30	30	25	
Direzioni Mediche di Presidio e CdG	Sviluppo progetto percorso proattivo dei pazienti oncoematologici in carico ai servizi/UE del dipartimento, al fine di ridurre l'accesso al pronto soccorso. Indicatori: Elaborazione procedura operativa condivisa con azioni/interventi correttivi previsti. Target: entro giugno. Applicazione secondo tempogramma.		X		X		X	X		X	X	X							X	Coinvolge Oncologia ed Ematologia e Dipartimenti Cure Primarie, Emergenza, Dip Immagini ; Obiettivi Infermieristici e obiettivi Medici. Coinvolgimento SIS. Attivazione pronta disponibilità.
CdG Fonte: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >= 90%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X		
CdG: fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta urgente del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS con richiesta urgente del MMG Target: in riduzione	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X							In corresponsabilità con Dipartimenti Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione MMG/PLAmbito di (UUEO coinvolte): Cardiologia,Nefrologia,Gastroenterologia Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino,Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia
Monitoraggio e rendicontazione RUA	Garanzia della completa disponibilità di tutta l’offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata attraverso il sistema CUP Indicatore: n. agende di prenotazione trasferite sul sistema CUP/n. agende da trasferire. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
CdG Fonte: flusso SDO	Tumore mammella: % casi entro standard. Target: >= 90%																	X	X	
Report Armonia	Mantenimento performance tempi di refertazione per esami ad elevato impatto clinico, relativi ai 3 screening regionali: 1) esami citologici ed istologici screening mammella: >= 85% entro 5 gg lavorativi 2) esami istologici screening colon-retto: >= 85% entro 7 gg lavorativi 3) Pap test screening vaginale: >= 85% entro 28 gg													X	X	X	X		X	
Area di performance dell'integrazione		25	55	25	20		20	20	55	20	55	55	25	10	10	10	10	15		
Cure Palliative	Attivazione del punto unico di ascolto della cure palliative entro 3 giorni (ospedale-territorio) per rinforzo del percorso e informazioni cliniche e organizzative rispetto all'attivazione delle Cure Palliative.		X						X		X	X							X	
Cure Palliative	Implementazione sistema informativo unico e uniformità modalità di rilevazione dei dati.		X						X		X	X							X	
Monitoraggio rendicontazione a cura Referente PDTA	Adesione al PDTA SLA		X						X		X	X							X	
Monitoraggio rendicontazione a cura Referente PDTA	Adesione al PDTA aziendale "Percorso Senologico".	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Area di performance degli esiti					5		5													
	Timing di cura: monitoraggio e miglioramento tempi di attesa e di percorso (Epica): % paz. libere da mal. con chemioterapia entro 60 gg da 1° intervento (colon retto)				X		X													
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																				
Area di performance della produzione		35	10	35	10	10	10	10	10	30	10	10	35	10	10	10	10	25		
Rendicontazione del referente medico di direzione/Direttore Dip	Attuazione del progetto di consistenza e smaltimento liste di attesa per il rientro nei tempi di attesa chirurgia ricostruttiva.																	X	X	L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.
CdG: flusso ASA	Mantenimento attività ambulatoriale con adeguamento offerta in funzione dei tempi di attesa									X									X	
CdG: flusso SDO	Mantenimento attività di degenza su Cesena									X									X	
Rendicontazione del referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Responsabile Programma Screening	Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening colon retto (classe di età 50-69 anni) Target desiderato >=95%	X		X									X						X	
Responsabile Programma Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con FOBT positivo per l’esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali: % colonscopie eseguite entro 30 giorni dal FOBT positivo (classe di età 50-69 anni) Target desiderato >=95%	X		X									X						X	
Responsabile Programma Screening	Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening cervicale (classe di età 25-64 anni) Target desiderato >=95%	X		X									X						X	
Responsabile Programma Screening	Garantire la refertazione dei pap test negativi entro i 28 gg almeno nell'85% dei casi. % casi con tempo dalla data dell'esecuzione del pap test negativo alla data di refertazione entro 28 gg (classe di età 25-64 anni) Target desiderato >=85%	X		X									X							
Responsabile Programma Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con pap –test positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali. % casi con tempo dal pap test positivo alla colposcopia entro 60 giorni Target desiderato >=90%	X		X									X						X	
Responsabile Programma Screening	Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening mammografico (classi di età 45-49, 50-69, 70-74) Target desiderato >=95%	X		X									X						X	

D0020 - DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0108 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0110 - UO CURE PALLIATIVE ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0111 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0112 - UO ONCOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0113 - UO EMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0116 - UO ONCOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0117 - UO EMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0118 - UO RADIOTERAPIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0119 - UO CURE PALLIATIVE RIMINI	Punti Dirigenza	C1107 - UO MEDICINA NUCLEARE ROMAGNA	Punti Dirigenza	S0017 - SSD CURE PALLIATIVE RAVENNA	Punti Dirigenza	S1007 - SSD CURE PALLIATIVE CESENA	Punti Dirigenza	S1026 - SSD PREVENZIONE ONCOLOGICA RIMINI	Punti Dirigenza	C0082 - UO ANATOMIA PATOLOGICA CESENA	Punti Dirigenza	C0084 - UO ANATOMIA PATOLOGICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0085 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0087 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RIMINI	Punti Dirigenza	C1173 - UO CHIRURGIA SENOLOGICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note	
Responsabile Programma Screening	Garantire la refertazione delle mammografie negative entro i 21 giorni almeno nell' 85% dei casi. % casi con tempo di refertazione mammografia negativa entro 21 giorni (classe di età 45-74 anni) Target desiderato >=85%	X				X																				X														
Responsabile Programma Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con mx positiva per l'esecuzione dell'intervento chirurgico secondo gli indicatori regionali. % casi con tempo dalla mammografia positiva alla data dell'intervento chirurgico entro 60 giorni (classe di età 45-74 anni) Target desiderato >=90%	X				X																				X													X	Vedi nota a verbale (monitorare risultato entro 90 giorni)
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5				5		5		10		5		10		5				5				5		5		5		5		5		5		5				
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4									X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%									X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
Direzione Assist. Farmaceutica	Melanoma: immunoterapia a minor costo (oggi nivolumab vs pembrolizumab) I linea/adiuvante >= 80%							X				X																												
Direzione Assist. Farmaceutica	Mammella: abemaciclib+IA -ribociclib+IA - palbociclib+IA in I linea carcinoma della mammella, HER2-,RO+, avanzato/non operabile post menopausa >= 40%							X				X																												
Direzione Assist. Farmaceutica	Ematologia: audit sulla sospensione di Nilotinib dopo tre anni come da RCP									X				X																										
Direzione Assist. Farmaceutica	Polmone: Immunoterapia a miglior rapporto costo-opportunità in II linea >= 80% (atezolizumab vs pembrolizumab+nivolumab)							X				X																												
Direzione Assist. Farmaceutica	Gastroenterico: trifluridina vs regorafenib in III linea colon retto >= 80%							X				X																												
Direzione Assist. Farmaceutica	Urologico: I linea del ca prostata metastatico castrazione resistente abiraterone enzalutamide >=60%							X				X																												
Direzione Assist. Farmaceutica	Urologico: abiraterone generico pazienti naive >= 90% (al momento della genericazione)							X				X																												
Direzione Assist. Farmaceutica	Oncologia: valutazione degli esiti degli usi off label per i trattamenti con immunoterapia							X				X																												
Direzione Assist. Farmaceutica	Utilizzo dei farmaci biosimilari o a miglior rapporto costo-opportunità e rispetto delle raccomandazioni GREFO (che hanno il popolazioneale incluso) in base alle indicazioni regionali.Target: 90%							X		X		X		X																										
Direzione Assist. Farmaceutica	PROGETTO SMART Forlimpopoli: presa in carico di pz oncoematologici e consegna terapia orale presso la casa di comunità di Forlimpopoli, con la collaborazione del farmacista counsellor Indicatore: analisi fattibilità e avvio progetto con erogazione delle terapie orali nel secondo semestre 2022							X				X																												a) Entro I semestre 2022: condivisione della fattibilità del progetto SMART, attraverso la messa in campo di: 1-strumenti informativi (vincolato al Servizio Informatico IRST/AUSL) 2-formazione sull'attività di counselling 3- condivisione della procedura inerente il counselling a cura della farmacia oncologica IRST b) per il II semestre 2022: erogazione delle terapie orali presso la CdS di
Area di performance dell'organizzazione						5		5		5		5		20		5				30		30		30		30		30		30		5								
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO							X		X		X		X		X		X																				X		
Direttore UO/Incarico professionale	Progetto di fattibilità per implementazione di un sistema di radioterapia pediatrica a Rimini														X																								X	
Rendicontazione a cura referente del progetto	Partecipazione al progetto di riorganizzazione dell'Anatomia Patologica dell'Azienda USL della Romagna.																											X		X									X	
Rendicontazione congiunta UO	Omogenizzazione trattamento linfonodo sentinella mammella, secondo Linee Guida SIAPEC. Indicatore: evidenza documentale																											X		X										
Rendicontazione congiunta UO	Omogenizzazione trattamento linfonodo sentinella melanoma, secondo Linee Guida SIAPEC. Indicatore: evidenza documentale																											X		X										
Area di performance dell'Anticorruzione e Trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5						
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																																								
Area di performance della ricerca e della didattica																																								
Area di performance dello sviluppo organizzativo																																						10		
Referente medico di direzione/responsabile centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader tumore mammella in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.																																						X	modalità e strumenti di verifica coerenti con quanto definito dal documento: rendicontazione annuale delle attività svolte attraverso un report in cui siano documentati anche corsi di formazione, partecipazione ai meeting multidisciplinari ed il monitoraggio degli altri centri della rete.

D0020 - DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0108 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA FORLI' - Punti Dirigenza	C0110 - UO CURE PALLIATIVE ROMAGNA - Punti Dirigenza	C0111 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA RAVENNA - Punti Dirigenza	C0112 - UO ONCOLOGIA RAVENNA - Punti Dirigenza	C0113 - UO EMATOLOGIA RAVENNA - Punti Dirigenza	C0116 - UO ONCOLOGIA RIMINI - Punti Dirigenza	C0117 - UO EMATOLOGIA RIMINI - Punti Dirigenza	C0118 - UO RADIOTERAPIA RIMINI - Punti Dirigenza	C0119 - UO CURE PALLIATIVE RIMINI - Punti Dirigenza	C1107 - UO MEDICINA NUCLEARE ROMAGNA - Punti Dirigenza	S0017 - SSD CURE PALLIATIVE RAVENNA - Punti Dirigenza	S1007 - SSD CURE PALLIATIVE CESENA - Punti Dirigenza	S1026 - SSD PREVENZIONE ONCOLOGICA RIMINI - Punti Dirigenza	C0082 - UO ANATOMIA PATOLOGICA CESENA - Punti Dirigenza	C0084 - UO ANATOMIA PATOLOGICA FORLI' - Punti Dirigenza	C0085 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RAVENNA - Punti Dirigenza	C0087 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RIMINI - Punti Dirigenza	C1173 - UO CHIRURGIA SENOLOGICA ROMAGNA - Punti Dirigenza	Comparto	Note
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																					
Area di performance della Sostenibilità Economico Finanziaria		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																					
Area di performance dell'organizzazione																					
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Direzione Ass. Farmaceutica	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X						X		
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X						X		
Rendicontazione a cura RID	Progetto sviluppo sala settoria.														X	X	X	X			
Rendicontazione a cura RID	Progetto ambulatorio infermieristico con tatuaggio dermopigmentazione																		X		
Rendicontazione a cura RID	Progetto di revisione del modello organizzativo inserimento della figura del Case Manager Target: presentazione del progetto				X	X	X	X											X		Per la Chirurgia Senologica Romagna l'obiettivo fa riferimento al Percorso senologico FO-CE

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Firma

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Firma

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0020 - DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsunti vo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsunti vo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	48.938.913	52.342.962	54.004.438	1.661.476	3,17%	1.633		62.006.025	0
BS002 - EMODERIVATI	422.485	481.969	348.308	-133.661	-27,73%			352.419	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	157.142	136.294	126.114	-10.179	-7,47%	19.639	12.559	127.445	9.981
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	76.427	32.107	26.203	-5.904	-18,39%			29.536	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	980.868	1.066.808	1.378.490	311.683	29,22%	835	63.181	1.473.666	78.822
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.816.816	2.529.300	2.893.877	364.578	14,41%	529.296	801.335	2.958.062	586.898
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	42.215	30.792	38.521	7.729	25,10%	6		43.360	0
BS012 - VACCINI			30	30				0	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	10.455	10.291	15.781	5.490	53,34%	12		16.858	0
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	210.046	163.649	189.396	25.747	15,73%			207.409	0
TOTALE BENI SANITARI	53.655.366	56.794.172	59.021.158	2.226.987	3,92%	551.421	877.075	67.214.781	675.701

RETTE HOSPICE	1.664.061	1.695.969	1.568.602	-127.367	-7,51%			1.667.980	
CANONI NOLEGGIO ATTREZZATURE SANITARIE	137.944	279.143	365.935	86.793	31,09%			406.076	

Delta NO COVID 2022 vs 2021: + 8.193.623 €
+ 8.001.588 € MEDICINALI (Oncologia e Ematologia)
+ 95.176 € DIAGNOSTICI (Immunisto chimica Anat patologica)
+ 64.185 € DM (Prevenzione oncologica)

Medicinali: considerati costi cessanti per riduzione prezzi gare/scadenze di brevetto (Lenalidomide, Sunitinib, Imatinib, Abraxane, Cabazitaxel, Pemetrexed etc)
da valutare: ulteriore riduzione prezzi per genericazione abiraterone Oncologia (ad ottobre ?)

Delta vs 2019: + 13.559.415 €

INNOVATIVI ONCOLOGICI stima 2022 totale azienda: € 11.150.000 (di cui € 10.098.196 Dipartimento Oncoematologico)

D0037 DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0183 - UO NEUROCHIRURGIA CESENA	Punti Dirigenza	C1170 - UO NEUROLOGIA (CESENA (FORLÌ))	Punti Dirigenza	C0211 - UO NEUROLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0239 - UO NEUROLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C1184 - UO NEURORADIOLOGIA CESENA (RIMINI)	Punti Dirigenza	C0115 - UO TERAPIA ANTALGICA RAVENNA	Punti Dirigenza	S0025 - SSD CHIRURGIA SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	Punti Dirigenza	S1134 - SSD NEUORABIILTAZIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																		
	Area di performance dell'accesso e della domanda		35		30		30		30		5		30		30		20		
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore	mantenimento 2021		mantenimento 2021		miglioramento vs 2021		miglioramento vs 2021										X	
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore. Target: Tendente a 0	X		X		X		X										X	
CdG Fonte: flusso PS	% dimissioni nel week end	mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021						mantenimento 2021				X	Per Rimini da valutare lo scostamento rispetto al 2021 dopo eventuale apertura del reparto
Relazione di rendicontazione del referente medico di direzione	Estensione H24 OBI Neurologico (4 PPLL) per migliorare appropriatezza dei ricoveri e gestire il decentramento rapido per mancata conferma all'indicazione al trattamento. Target: entro primo trimestre			Attivazione entro il primo trimestre 2022														X	
Relazione di rendicontazione del referente medico di direzione	Apertura e formalizzazione di un'area di degenza Neurologica a Rimini con 6-8 posti letto di degenza ordinaria ad isorisorse Target: entro giugno							X										X	
Relazione di rendicontazione del referente medico di direzione	Progetto di fattibilità per apertura area di degenza 4 posti letto di Stroke Unit. Target: entro il 2022							X										X	
CdG Fonte: flusso SDO	Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	mantenimento 2021																X	
CdG Fonte: flusso ASA	% visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X				X		X		X			
CdG: Fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione	Mantenimento specialista on call		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento del percorso già attivo		Revisione percorso				Revisione percorso							In corresponsabilità con i dip coinvolti e le Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG. UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia, Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie infettive.
Rendicontazione del referente medico di direzione	Adozione programma informatico aziendale specialistica (software specifico integrato con sistema CUP)	Adozione secondo tempogramma da condividere GSI e DMPO		Adozione secondo tempogramma da condividere GSI e DMPO		Completamento		Completamento		Adozione secondo tempogramma da condividere GSI e DMPO		Completamento		Completamento		Adozione secondo tempogramma da condividere GSI e DMPO			
	Area di performance dell'integrazione		10		30		30		30		35		20		5		20		
rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Demenze. Target: 100% (Report di monitoraggio e rendicontazione periodica del referente PDTA)			X		X		X										X	Risorsa neuropsicologica: "Tenuto conto della ampia dotazione professionale presente nel territorio di Forlì/Cesena offerente formalmente alle Cure Primarie ma dedicata alle attività neuropsicologiche e psico-sociali dei CDCD, delle Neurologie e delle Medicine Riabilitative non si ritiene necessaria l'attribuzione di una risorsa aggiuntiva ma, nel
rendicontazione a cura del Referente PDTA	Costruzione PDTA demenze early onset Target: entro giugno 2022			X		X		X		X								X	
Referente PDTA e UO Qualità governo clinico	Adesione al PDTA Stroke. Verifica con audit annuale. Target: 100%. (Report di monitoraggio e rendicontazione periodica del referente PDTA)			X		X		X		X						X		X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento	Attivazione ambulatorio dedicato ai pazienti in follow up stroke e GCA in collaborazione con medicina riabilitativa. Target: definizione percorsi uniformi a livello aziendale per la presa in carico entro giugno e attivazione successiva															X		X	
Report Bed Manager Rendicontazione Referente Medico direzione	Applicazione PA263 "Indicazione per la Gestione dell'Ictus Ischemico in fase iperacuta presso i PO dell'AUSL della Romagna con garanzia decentramento da Hub entro 48 ore in caso di trattamento endovascolare	X		X		X		X		X								X	Monitoraggio e garanzia tempi di decentramento ed eventuali altri indicatori/modifiche dopo aggiornamento
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Condivisione con specialisti/MMG del Protocollo Dolore Lombare e successiva implementazione. Target: entro settembre	X								X		X		X					Per Neurochirurgia: mantenimento specialista on call e valutazione fattibilità visita antalgica urg in PS (in presenza o telemedicina) - Da valutare per il 2023 se attivare specifico PDTA

D0037 DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		CO183 - UO NEUROCHIRURGIA CESENA	Punti Dirigenza	C1170 - UO NEUROLOGIA CESENA (FORLI')	Punti Dirigenza	C0211 - UO NEUROLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0239 - UO NEUROLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C1184 - UO NEURORADIOLOGIA CESENA (RIMINI)	Punti Dirigenza	C0115 - UO TERAPIA ANTALGICA RAVENNA	Punti Dirigenza	S0025 - SSD CHIRURGIA SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	Punti Dirigenza	S1134 - SSD NEUORABILITAZIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione del referente medico di direzione	Completamento ed adozione del documento per il Trattamento precoce del dolore in Pronto soccorso entro 2022 Target: adesione alla procedura (verificata su un campione di accessi a PS nel terzo trimestre)											X						X	Completamento del Protocollo Evento Formativo
Monitoraggio e rendicontazione Responsabile Programma contrasto dolore acuto e cronico	Definizione di un PDTA condiviso Chirurgia vascolare/Diabetologia/Terapia antalgica per l'arruolamento prioritario nel percorso neuromodulativo di pazienti con sindrome di Raynaud e disturbi vascolari ischemici dolorosi (PVD). Target: entro settembre											X						X	Produzione del Protocollo Evento Formativo
rendicontazione a cura del Referente PDTA	Completamento del PDTA SLA. Target: entro settembre			X		X		X		X								X	
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Definizione PDTA Sclerosi Multipla. Target: 1) individuazione referente clinico e organizzativo entro aprile; 2) formalizzazione PDTA entro anno			X		X		X		X								X	
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																			
Area di performance della produzione		30	15	15	15	30	25	40	35										
CdG Fonte: flusso SDO	Allineamento produzione chirurgica ai valori dell'anno 2019. Indicatore: variazione % Drg C vs 2021	mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Rientro 2019		Rientro 2019		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		X	L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.
CdG Fonte: flusso ASA	Prestazioni ambulatoriali per esterni: allineamento ai valori 2019 (prime visite)	Rientro 2019		Mantenimento 2021		Rientro 2019		Rientro 2019		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		X	
CdG Fonte: flusso SDO	Numero Dimessi															Rientro 2019		X	
CdG Fonte: flusso SDO	Degenza Media															Rientro 2019		X	Azioni: implementazione strumento per la prosecuzione del progetto riabilitativo alla dimissione e nel follow up adozione modulo informatico NUCOT
CdG Fonte: flusso SDO	Degenza Media Preoperatoria per ricovero Programmato	miglioramento vs 2021																X	
CdG Fonte: flusso SDO	Numero di dimessi in regime di day-hospital/Day Surgery sul totale dei dimessi con DRG trasferibili. Target: in miglioramento verso 2021													Miglioramento vs 2021					Progetto per analisi della casistica e definizione di azioni di miglioramento per la gestione dei ricoveri con DRG trasferibili
Rendicontazione del referente medico di direzione	Implementazione progetto EEG a domicilio Indicatore: aumento n. pazienti presi in carico					X												X	Progetto di fattibilità per l'area comparto.
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X		X		X			
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Rischio Infettivo	Consumo gel idroalcolico. Target: >25 litri/1000 gg deg	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Rischio Infettivo	n° RMP per carbapenemi >7 gg confermata da consulenza infettivologica. Target: >90%			X		X		X								X			
Rischio Infettivo	Adesione sorveglianza SICHr. Indicatore: n. schede inviate/numero SDO con intervento sorvegliato. Target: > 75%	X										X		X				X	
Area di performance dell'organizzazione		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >=95%	X		X		X		X		X		X		X		X			
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X			

D0037 DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0183 - UO NEUROCHIRURGIA CESENA	Punti Dirigenza	C1170 - UO NEUROLOGIA CESENA (FORLI')	Punti Dirigenza	C0211 - UO NEUROLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0239 - UO NEUROLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C1184 - UO NEURORADIOLOGIA CESENA (RIMINI)	Punti Dirigenza	C0115 - UO TERAPIA ANTALGICA RAVENNA	Punti Dirigenza	S0025 - SSD CHIRURGIA SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	Punti Dirigenza	S1134 - SSD NEURORIABILITAZIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X			
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																			
Area di performance dello sviluppo organizzativo		5																	
Rendicontazione del referente medico di direzione	Progetto di fattibilità "ricovero in Neuroradiologia di pazienti per trattamento di ematoma sottodurale cronico elegibile all'intervento endovascolare"							X									X		
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																			
Area economico finanziaria		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																			
Area di performance dell'organizzazione																			
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Consolidamento attività TEAM accessi vascolari (TAV)											X							
Rendicontazione a cura RID	Progetto di revisione del modello organizzativo inserimento della figura del Case Manager Target: presentazione del progetto	X														X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0037 - DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var.% Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	8.938.083	10.082.299	11.590.632	1.508.333	14,96%	1.360	308	11.746.246	0
BS002 - EMODERIVATI	1.558.814	572.307	486.578	-85.728	-14,98%		17	570.302	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	32.513	26.422	27.367	945	3,58%	8.350	6.704	28.339	6.493
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	782.884	613.183	678.002	64.818	10,57%			827.238	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	27.649	26.251	29.378	3.127	11,91%	744	42.393	30.603	62.568
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.887.425	4.030.224	4.723.275	693.051	17,20%	291.714	522.107	5.169.083	373.789
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	107.896	116.757	127.705	10.948	9,38%			131.541	0
BS012 - VACCINI	4								
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	19.061	20.170	29.038	8.868	43,97%	106	4	23.230	0
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	2.250.826	2.477.986	2.823.647	345.661	13,95%			2.798.023	0
TOTALE BENI SANITARI	17.605.155	17.965.599	20.515.621	2.550.023	14,19%	302.274	571.533	21.324.606	442.850

Delta 2022 NO COVID vs 2021: + 808.985 €

+155.614 € MEDICINALI

+ 445.809 € DM

+ 149.236 € IMPIANTABILI ATTIVI

PRINCIPALI COSTI EMERGENTI 2022

NEUROLOGIE: considerati costi cessanti per scadenza di brevetto fingolimod di - 550.445 € dal 2° semestre 2022 (sclerosi multipla)

NEURORADIOLOGIA: DM + 470.000 € (da rivalutare in corso d'anno rispetto alle procedure stroke)

TERAPIA ANTALGICA: Disp Impiantabili attivi + 149.000 €

CHIRURGIA SISTEMA NERVOSO PERIFERICO: Disp. Impiantabili non attivi + 114.000 €

Delta Stima 2022 NO COVID vs 2019 = + 3.719.451 €

D0041 - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0079 - UO GENETICA MEDICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0080 - UO MICROBIOLOGIA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0086 - UO IMMUNOELET. E MED. TRASF. RAVENNA	Punti Dirigenza	C0088 - UO IMMUNOELET. E MED. TRASF. RIMINI	Punti Dirigenza	C1078 - UO PATOLOGIA CLINICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1083 - UO IMM.E MED. TRASF. CESENA-FORLI/OFFICINA TRASF.ROM	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE															
Area di performance dell'accesso e della domanda					25		30		30		40		30		
Referente medico di direzione	Progetto Nazionale Screening HCV 69-89 e SerD/Case Detenzione Avvio attività Indicatore: adesione pazienti. Target: >50%			X										X	Costi coperti da finanziamento: Reagenti (6€ costo medio). 2 Amministrativi per gestione chiamate e debito informativo verso RER 40.000€/12 mesi ciascuno 1 integrazione informatica per chiamate pazienti (SMS) 40.000 «una tantum»
CdG: applicativo LIS	Internalizzazione dosaggio farmaci (Everolimus, Felbamato, Perampanel, Rufinamide, Topiramato) Indicatore: Attivazione entro luglio 2022									X				X	Costo per reagenti 9.000 euro/anno (circa 700 test). Costo cessante: convenzione AOSP Bologna
Referente medico di direzione	Costituzione Centro MEC Ausl Romagna Indicatore: definizione progetto entro primo semestre 2022 e successivo avvio attività					X		X				X		X	Vedi verbale
Referente medico di direzione	Progetto LDL aferesi Indicatore: N. pazienti trattati (>=2)							X						X	Tempi dettati dalla disponibilità strumento. A parità di risorse. Saldo zero fra costi emergenti/cessanti (trattamento di 2 pz attualmente presso Ausl Padova)
Area di performance dell'integrazione					25										
N. esami patologia infettiva GE in biologia molecolare (da LIS)	Diagnostica gastroenterologica integrata su biologia molecolare: inserimento pannelli sindromici per elminti e protozoi Indicatore: n Test biologia molecolare (>anno 2021)			X											Inclusi in nuova gara senza costi aggiuntivi rispetto pregresso e risparmio ½ Dirigente (per turno giornaliero): capitolato già pubblicato
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI															
Area di performance della produzione			80		25						35				
Direttore Dip: invio report da registro FMT	MICROBIOTA FECALE avvio attività Indicatore: pazienti trattati/pazienti eligibili (inviati da gastroenterologo) Target: 100%			X										X	Posto che gli spazi necessari siano disponibili entro giugno/luglio 2022. Costo in reagenti stimato in 300 euro/paziente ed investimenti per circa 13.000 euro di strumentazioni
N. test (Fonte LIS)	DFS70: nuovo test autoimmunità Indicatore: attivazione entro I semestre									X				X	Costo per reagenti 3.000 euro/anno (circa 500 test)

D0041 - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0079 - UO GENETICA MEDICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0080 - UO MICROBIOLOGIA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0086 - UO IMMUNOEEMAT. E MED. TRASF. RAVENNA	Punti Dirigenza	C0088 - UO IMMUNOEEMAT. E MED. TRASF. RIMINI	Punti Dirigenza	C1078 - UO PATOLOGIA CLINICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1083 - UO IMM.E MED. TRASF. CESENA - FORU/OFFICINA TRASF. ROM	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Referente medico di direzione	Internalizzazione e incremento dell'attività NGS di oncoematologia e recupero di almeno parte dell'attività di analisi gene CFTR (post-natale) per fibrosi cistica attualmente in convenzione Indicatore: Progetto di fattibilità in collaborazione con IRST. Target: evidenza documentale progetto approvato dalla direzione entro I semestre	X													Avvio condizionato alla approvazione del progetto e verifica della compatibilità economica
Referente medico di direzione	Stratificazione del rischio di mortalità e sviluppo batteriemia in pazienti con sospetta sepsi (evoluzione gestionale BCs) Indicatore: implementazione entro IV trimestre 2022			X										X	Avvio condizionato dalla disponibilità del software SEPSIFINDER e verifica compatibilità economica (FINANZIAMENTO 40.000€/anno)
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico			5		5		55		55		5		55		
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X	
Rendicontazione del Direttore dipartimento	Autosufficienza sangue: predisposizione progetto con azioni di miglioramento per perseguimento maggiore appropriatezza. Target: evidenza documentale progetto entro aprile; report esito indicatori monitorati a settembre e a consuntivo					X		X				X			
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza			5		5		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X			

D0041 - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0079 - UO GENETICA MEDICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0080 - UO MICROBIOLOGIA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0086 - UO IMMUNOEMAT. E MED. TRASF. RAVENNA	Punti Dirigenza	C0088 - UO IMMUNOEMAT. E MED. TRASF. RIMINI	Punti Dirigenza	C1078 - UO PATOLOGIA CLINICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1083 - UO IMM.E MED. TRASF. CESENA-FORU/OFFICINA TRASF. ROM	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO															
Area di performance della Ricerca e della Didattica		5				5									
Verifica avvenuta pubblicazione su database con attribuzione codici doi	Pubblicazione di almeno tre lavori scientifici su rivista internazionale peer reviewed			X						X					
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'															
Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		10			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO															
Area di performance dell'organizzazione															
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Progetto di ottimizzazione della gestione risorse umane nella sostenibilità dei Servizi LRR e SIMT presso P.O. Ravenna					X				X					2 Tecnici di laboratorio 2 OSS (compensati con economie esternamente al dipartimento)
Rendicontazione a cura RID	Progetto riorganizzazione UO Patologia Clinica - LRR: applicazione sull'ambito di Rimini									X					

Firma

 Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

 Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

 Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

D0041 - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0079 - UO GENETICA MEDICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0080 - UO MICROBIOLOGIA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0086 - UO IMMUNOEPMAT. E MED. TRASF. RAVENNA	Punti Dirigenza	C0088 - UO IMMUNOEPMAT. E MED. TRASF. RIMINI	Punti Dirigenza	C1078 - UO PATOLOGIA CLINICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1083 - UO IMM.E MED. TRASF. CESENA-FORU/OFFICINA TRASF. ROM	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE															
Area di performance dell'accesso e della domanda		25			30		30		40		30				
Referente medico di direzione	Progetto Nazionale Screening HCV 69-89 e SerD/Case Detenzione Avvio attività Indicatore: adesione pazienti. Target: >50%			X										X	Costi coperti da finanziamento: Reagenti (6€ costo medio). 2 Amministrativi per gestione chiamate e debito informativo verso RER 40.000€/12 mesi ciascuno 1 integrazione informatica per chiamate pazienti (SMS) 40.000 «una tantum»
CdG: applicativo LIS	Internalizzazione dosaggio farmaci (Everolimus, Felbamato, Perampanel, Rufinamide, Topiramato) Indicatore: Attivazione entro luglio 2022									X				X	Costo per reagenti 9.000 euro/anno (circa 700 test). Costo cessante: convenzione AOSP Bologna
Referente medico di direzione	Costituzione Centro MEC Ausl Romagna Indicatore: definizione progetto entro primo semestre 2022 e successivo avvio attività					X		X				X		X	Vedi verbale
Referente medico di direzione	Progetto LDL aferesi Indicatore: N. pazienti trattati (>=2)							X						X	Tempi dettati dalla disponibilità strumento. A parità di risorse. Saldo zero fra costi emergenti/cessanti (trattamento di 2 pz attualmente presso Ausl Padova)
Area di performance dell'integrazione		25													
N. esami patologia infettiva GE in biologia molecolare (da LIS)	Diagnostica gastroenterologica integrata su biologia molecolare: inserimento pannelli sindromici per elminti e protozoi Indicatore: n Test biologia molecolare (>anno 2021)			X											Inclusi in nuova gara senza costi aggiuntivi rispetto pregresso e risparmio ½ Dirigente (per turno giornaliero): capitolato già pubblicato
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI															
Area di performance della produzione		80			25		35								
Direttore Dip: invio report da registro FMT	MICROBIOTA FECALE avvio attività Indicatore: pazienti trattati/pazienti eligibili (inviati da gastroenterologo) Target: 100%			X										X	Posto che gli spazi necessari siano disponibili entro giugno/luglio 2022. Costo in reagenti stimato in 300 euro/paziente ed investimenti per circa 13.000 euro di strumentazioni
N. test (Fonte LIS)	DFS70: nuovo test autoimmunità Indicatore: attivazione entro I semestre									X				X	Costo per reagenti 3.000 euro/anno (circa 500 test)

D0041 - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0079 - UO GENETICA MEDICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0080 - UO MICROBIOLOGIA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0086 - UO IMMUNOEEMAT. E MED. TRASF. RAVENNA	Punti Dirigenza	C0088 - UO IMMUNOEEMAT. E MED. TRASF. RIMINI	Punti Dirigenza	C1078 - UO PATOLOGIA CLINICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1083 - UO IMM.E MED. TRASF. CESENA - FORLÌ/OFFICINA TRASF. ROM	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Referente medico di direzione	Internalizzazione e incremento dell'attività NGS di oncoematologia e recupero di almeno parte dell'attività di analisi gene CFTR (post-natale) per fibrosi cistica attualmente in convenzione Indicatore: Progetto di fattibilità in collaborazione con IRST. Target: evidenza documentale progetto approvato dalla direzione entro I semestre	X													Avvio condizionato alla approvazione del progetto e verifica della compatibilità economica
Referente medico di direzione	Stratificazione del rischio di mortalità e sviluppo batteriemia in pazienti con sospetta sepsi (evoluzione gestionale BCs) Indicatore: implementazione entro IV trimestre 2022			X										X	Avvio condizionato dalla disponibilità del software SEPSIFINDER e verifica compatibilità economica (FINANZIAMENTO 40.000€/anno)
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico			5		5		55		55		5		55		
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X	
Rendicontazione del Direttore dipartimento	Autosufficienza sangue: predisposizione progetto con azioni di miglioramento per perseguimento maggiore appropriatezza. Target: evidenza documentale progetto entro aprile; report esito indicatori monitorati a settembre e a consuntivo					X		X				X			
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza			5		5		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X			

D0041 - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0079 - UO GENETICA MEDICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0080 - UO MICROBIOLOGIA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C0086 - UO IMMUNOEMAT. E MED. TRASF. RAVENNA	Punti Dirigenza	C0088 - UO IMMUNOEMAT. E MED. TRASF. RIMINI	Punti Dirigenza	C1078 - UO PATOLOGIA CLINICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1083 - UO IMM.E MED. TRASF. CESENA-FORU/OFFICINA TRASF. ROM	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO															
Area di performance della Ricerca e della Didattica		5				5									
Verifica avvenuta pubblicazione su database con attribuzione codici doi	Pubblicazione di almeno tre lavori scientifici su rivista internazionale peer reviewed			X						X					
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'															
Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		10		10	
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO															
Area di performance dell'organizzazione															
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Progetto di ottimizzazione della gestione risorse umane nella sostenibilità dei Servizi LRR e SIMT presso P.O. Ravenna					X				X					2 Tecnici di laboratorio 2 OSS (compensati con economie esternamente al dipartimento)
Rendicontazione a cura RID	Progetto riorganizzazione UO Patologia Clinica - LRR: applicazione sull'ambito di Rimini									X					

Firma

 Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

 Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

 Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0041 - DIP.MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	520.155	1.105.597	1.525.201	419.603	37,95%	25	61	1.525.888	0
BS002 - EMODERIVATI	7.043.097	7.397.280	6.651.009	-746.271	-10,09%			6.651.009	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	363.072	374.951	324.176	-50.775	-13,54%	194.906	74.540	325.815	74.758
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	16.641.566	15.209.880	16.777.071	1.567.191	10,30%	13.839.485	6.424.214	18.266.554	11.424.214
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.063.972	2.147.924	2.070.674	-77.250	-3,60%	167.926	244.425	2.072.644	249.652
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	1.616	1.473	1.290	-183	-12,42%			1.143	0
BS012 - VACCINI			248	248				248	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI			6	6				6	0
TOTALE BENI SANITARI	26.633.479	26.237.105	27.349.674	1.112.570	4,24%	14.202.342	6.743.239	28.843.307	11.748.624

CANONI NOLEGGIO ATTREZZATURE SANITARIE	2.758.473	3.450.382	3.399.547	-50.835	-1,47%			3.399.547	
--	-----------	-----------	-----------	---------	--------	--	--	-----------	--

Delta 2022 NO COVID vs 2021: +1.493.633 €

+1.489.483 € Diagnostici (campagna screening HCV e analisi tossicologica del capello: Finanziamenti RER)

DIAGNOSTICI COVID 2022 VS 2021: + 5.000.000 € per reagenti non più forniti dalla SC a costo zero stimati dal Prof. Sambri

Delta 2022 NO COVID vs 2019: + 2.209.829 €

MEDICINALI: considerati risparmi di - 126.392 € per riduzione prezzi Exjade

NB: trasferita quota budget Medicinali (Hemlibra) ed Emoderivati da Trasmfusionale di Ravenna e Rimini a Forlì-Cesena (pazienti emofilici con prescrizione Cesena) - attivati 2 nuovi CDC

MICROBIOLOGIA

da negoziare: nuova strumentazione per antibiogrammi (€ 13.000 costo dello strumento) da valutare impatto economico reagenti;

D0022 - DIP. SANITA' PUBBLICA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C1146 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0147 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0148 - UO SERV.PREV ENZ. E SICUREZZA AMB.DI LAVORO RAVENNA	Punti Dirigenza	C0150 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0152 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.ZOOTECNICHE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0154 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA RIMINI	Punti Dirigenza	C0155 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE RIMINI	Punti Dirigenza	C0156 - UO SERV.PREV ENZ. E SICUREZZA AMB. DI LAVORO RIMINI	Punti Dirigenza	C0158 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.ZOOTECNICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0159 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE RIMINI	Punti Dirigenza	C1135 - UO EPIDEMIOLOGIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE (aziendale)	Punti Dirigenza
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																						
	Area di performance dell'accesso e della domanda																						
		30										30											
Dir. Dipartimento e CdR	Recupero coorti nati nel 1955, 1956 e 1957 per vaccinazione anti HZ (stimate 15.000 dosi)	X										X											
Dir. Dipartimento e CdR	Recupero AntiHPV per le ragazze al compimento dei 25 anni (stimate 18.000 dosi)	X										X											
	Area di performance dell'integrazione																						
												5											
Dir. Dipartimento e CdR	Medicina dello sport: Counselling case della salute per educazione motoria a pz con patologie croniche											X											
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																						
	Area di performance della produzione																						
		45		75		75		75		75		40		75		75		75		75		75	
Dir. Dipartimento e CdR	Applicare localmente il PRP 2021-2025	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dir. Dipartimento e CdR	Applicazione indicazioni regionali per la gestione dell'emergenza profughi ucraini	X										X										X	
Dir. Dipartimento e CdR	Mantenimento attività di contact tracing per il tracciamento dei casi e dei focolai da Covid 19.	X										X										X	
Dir. Dipartimento e CdR	Garantire la gestione dell'emergenza Aviaria e Peste Suina Africana (PSA)									X								X					
Dir. Dipartimento e CdR	Emergenza Profughi: Gestione dei pet animals al seguito dei migranti, sia per aggiornamento anagrafica degli animali che per relative vaccinazioni degli aniamli									X								X					
Dir. Dipartimento e CdR	Nuovo sistema di tariffazione e dei criteri di registrazione delle prestazioni in sicurezza alimentare			X				X		X				X				X		X			
Dir. Dipartimento e CdR	Revisione procedure di campionamento ufficiale in sicurezza alimentare per adeguamento all’evolversi della normativa			X				X						X					X				
Dir. Dipartimento e CdR	Percentuale Controllo delle Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) Target: >=7,5%					X										X							
Dir. Dipartimento e CdR	Percentuale Controlli operazioni di bonifica/rimozione amianto rispetto ai piani presentati Target: >=15%					X										X							
Dir. Dipartimento e CdR	Controllare il 14% del cantieri edili notificati (notifiche > 30.000 euro Target: >=14%					X										X							
	Area di performance dell'organizzazione																						
		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10	
Dir. Dipartimento e CdR	Aggiornamento cruscotto indicatori significativi quali quantitativi per linea di produzione	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
	Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza																						
		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5	

D0022 - DIP. SANITA' PUBBLICA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C1136 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1137 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1138 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1139 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.ZOOTECN. FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1142 - UO SERV.PREV. ENZ.E SICUR.AMB. DI LAVORO FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1143 - UO SICUREZZA IMPIANTISTICA E ANTINFORTUNISTICA (aziendale)	Punti Dirigenza	S0094 - Medicina dello Sport Ra	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																
	Area di performance dell'accesso e della domanda	30															
Dir. Dipartimento e CdR	Recupero coorti nati nel 1955, 1956 e 1957 per vaccinazione anti HZ (stimate 15.000 dosi)	X														X	
Dir. Dipartimento e CdR	Recupero AntiHPV per le ragazze al compimento dei 25 anni (stimate 18.000 dosi)	X														X	
	Area di performance dell'integrazione	5								20							
Dir. Dipartimento e CdR	Medicina dello sport: Counselling case della salute per educazione motoria a pz con patologie croniche	X												X			
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																
	Area di performance della produzione	40		75		75		75		75		75		55			
Dir. Dipartimento e CdR	Applicare localmente il PRP 2021-2025	X		X		X		X		X		X		X		X	
Dir. Dipartimento e CdR	Applicazione indicazioni regionali per la gestione dell'emergenza profughi ucraini	X														X	
Dir. Dipartimento e CdR	Mantenimento attività di contact tracing per il tracciamento dei casi e dei focolai da Covid 19.	X														X	
Dir. Dipartimento e CdR	Garantire la gestione dell'emergenza Aviaria e Peste Suina Africana (PSA)							X								X	
Dir. Dipartimento e CdR	Emergenza Profughi: Gestione dei pet animals al seguito dei migranti, sia per aggiornamento anagrafica degli animali che per relative vaccinazioni degli animali							X									
Dir. Dipartimento e CdR	Nuovo sistema di tariffazione e dei criteri di registrazione delle prestazioni in sicurezza alimentare			X		X		X									
Dir. Dipartimento e CdR	Revisione procedure di campionamento ufficiale in sicurezza alimentare per adeguamento all'evolversi della normativa			X		X										X	
Dir. Dipartimento e CdR	Percentuale Controllo delle Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) Target: >=7,5%									X						X	
Dir. Dipartimento e CdR	Percentuale Controlli operazioni di bonifica/rimozione amianto rispetto ai piani presentati Target: >=15%									X						X	
Dir. Dipartimento e CdR	Controllare il 14% dei cantieri edili notificati (notifiche > 30.000 euro Target: >=14%)									X		X				X	
	Area di performance dell'organizzazione	10		10		10		10		10		10		10			
Dir. Dipartimento e CdR	Aggiornamento cruscotto indicatori significativi quali quantitativi per linea di produzione	X		X		X		X		X		X		X			
	Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza	5		5		5		5		5		5		5			

D0022 - DIP. SANITA' PUBBLICA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C1146 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0147 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0148 - UO SERV.PREV ENZ. E SICUREZZA AMB.DI LAVORO RAVENNA	Punti Dirigenza	C0150 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0152 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.ZOOTECNICHE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0154 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA RIMINI	Punti Dirigenza	C0155 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE RIMINI	Punti Dirigenza	C0156 - UO SERV.PREV ENZ. E SICUREZZA AMB. DI LAVORO RIMINI	Punti Dirigenza	C0158 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.ZOOTECNICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0159 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE RIMINI	Punti Dirigenza	C1135 - UO EPIDEMIOLOGIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE (aziendale)	Punti Dirigenza
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dir. Dipartimento e CdR	Applicazione determina n. 2844/2017 "Linee guida per la rotazione del personale (dirigenziale e non) del Dipartimento Sanità Pubblica addetti al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza". Realizzazione di tutte le supervisioni previste dal programma e adozione di eventuali azioni di miglioramento - Rotazione dei dirigenti veterinari	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																							
	Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10
Direttore di Dipartimento/Struttura	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																							
Area di performance dell'organizzazione																							
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Rendicontazione a cura RID	Completamento del processo di revisione della struttura dell'offerta e di modalità operative a livello aziendale	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione e sperimentazione di un cruscotto direzionale per la gestione del personale sanitario e tecnico del comparto assegnato alle strutture organizzative	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Rendicontazione a cura RID	Analisi condivisa e predisposizione di una ipotesi di aggiornamento degli ifo relativi al personale sanitario del comparto assegnato alle strutture organizzative	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

D0022 - DIP. SANITA' PUBBLICA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C1136 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1137 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1138 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1139 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.ZOOTECN. FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1142 - UO SERV.PREVENZ.E SICUR.AMB.DI LAVORO FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1143 - UO SICUREZZA IMPIANTISTICA E ANTINFORTUNISTICA (aziendale)	Punti Dirigenza	S0094 - Medicina dello Sport Ra	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			
Dir. Dipartimento e CdR	Applicazione determina n. 2844/2017 "Linee guida per la rotazione del personale (dirigenziale e non) del Dipartimento Sanità Pubblica addetti al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza". Realizzazione di tutte le supervisioni previste dal programma e adozione di eventuali azioni di miglioramento - Rotazione dei dirigenti veterinari	X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																	
Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		10		10			
Direttore di Dipartimento/Struttura	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																	
Area di performance dell'organizzazione																	
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Completamento del processo di revisione della struttura dell'offerta e di modalità operative a livello aziendale	X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione e sperimentazione di un cruscotto direzionale per la gestione del personale sanitario e tecnico del comparto assegnato alle strutture organizzative	X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Analisi condivisa e predisposizione di una ipotesi di aggiornamento degli ifo relativi al personale sanitario del comparto assegnato alle strutture organizzative	X		X		X		X		X		X		X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0022 - DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	21.998	22.673	23.685	1.012	4,46%	293	14.625	23.685	5.954
BS002 - EMODERIVATI	776	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	25.581	27.895	28.781	886	3,18%	15.014	40.532	28.781	20.995
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	23.555	24.304	22.256	-2.047	-8,42%	62.752	335.258	22.256	478.249
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	64.698	40.302	44.795	4.493	11,15%	535.361	1.252.717	44.795	365.718
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	2.235	1.004	1.713	708	70,50%	0	219	1.713	0
BS012 - VACCINI	4.118.904	4.267.889	5.910.442	1.642.553	38,49%	0	0	8.810.442	0
TOTALE BENI SANITARI	4.257.747	4.384.067	6.031.672	1.647.605	37,58%	613.420	1.643.352	8.931.672	870.916

Delta NO COVID 2022 vs 2021:

+2.900.000 € VACCINI (di cui + 450.000 € Shingrix, + 1.200.000 € Zostavax e + 1.250.000 € Gardasil)

Campagna vaccinale antinfluenzale e antipneumococcica 2021: € 5.100.000 circa

Delta vs 2019: +4.673.909 €

DM COVID: - 407.134 € per riduzione prezzi guanti non sterili

D0024 DIPARTIMENTO CHIRURGICO FORLI' - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/ strumenti di verifica		C0098 - UO OCULISTICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0099 - UO OTORINOLARINGOIATRIA A FORLI'	Punti Dirigenza	C0172 - UO CHIRURGIA ENDOCRINA FORLI'	Punti Dirigenza	C0175 - UO UROLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0177 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE FORLI'	Punti Dirigenza	C1104 - UO CHIRURGIA TORACICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1171 - UO CHIRURGIA GEN E TERAPIE ONCOLAVANZATE FORLI'	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																
	Area di performance dell'accesso e della domanda		20	45		35		45		35		35		30			
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore			mantenimen to				mantenimen to				mantenimen to		mantenimen to		X	
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore Target: tendente a 0			X				X				X		X		X	
CdG Fonte: flusso SDO	Miglioramento dei processi e dell'organizzazione interna per una tempestiva ed efficace programmazione della dimissione Indicatore: % dimissioni nel week end			migliorament o vs 2021 (11,6%)				mantenimen to 2021 (18,8%)				mantenimen to 2021 (18,2%)		mantenimen to 2021 (24,17%)		X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Revisione protocolli operativi/criteri di elegibilità e riavvio/consolidamento del fast track. Target: entro aprile			X												X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Definizione protocolli operativi/criteri di elegibilità e attivazione del fast track. Target: entro aprile							X								X	
CdG Fonte: flusso PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione			X				X						X			In corresponsabilità con Dipartimenti Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione MMG/PLS
CdG Fonte: flusso SDO	% casi entro standard per patologie neoplastiche. Target: >=90%			mantenimen to 2021 (97%)		migliorament o 2021 (86,1% trend in migliorament		migliorament o 2021 (84% trend in peggioramen to).		mantenimen to sedute 2021		mantenimen to 2021 (95%)		mantenimen to 2021 (98%)		X	
CdG Fonte: flusso SDO	% casi entro standard per altri interventi monitorati													mantenimen to 2021 (98%)		X	
CdG Fonte: flusso SDO	Indice di performance aziendale per interventi di tonsillectomia entro classe di priorità			migliorament o 2021 (85,8% trend in peggioramen to).												X	
CdG Fonte: flusso ASA	% visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X				X		X			
	Area di performance degli Esiti														5		
Rendicontazione UO Qualità governo clinico	Adesione al progetto di Audit: "Correlazione SDO-PNE: Analisi dell'impatto della codifica delle sdo in ambito chirurgico".													X			
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																
	Area di performance della produzione		45	30		30		30		40		30		30			
CdG Fonte: flusso ASA e rendicontazione referente medico di direzione	Prestazioni ambulatoriali per esterni	mantenimen to 2021		rientro alla produzione 2019 nel rispetto dei tempi di attesa		mantenimen to 2021		mantenimen to 2021		mantenimen to 2021		mantenimen to 2021		Incremento vs 2021		X	UO Oculistica: mantenimento 1 seduta settimana similalp S.sofia UO ORL: Incremento 1 seduta/sett e revisione tempari UO CHIR TOA: incremento num. 5 1e visite a settimana - mantenimento 1 seduta settimana similalp

D0024 DIPARTIMENTO CHIRURGICO FORLI' - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0098 - UO OCULISTICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0099 - UO OTORINOLARINGOIATRIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0172 - UO CHIRURGIA ENDOCRINA FORLI'	Punti Dirigenza	C0175 - UO UROLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0177 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE FORLI'	Punti Dirigenza	C1104 - UO CHIRURGIA TORACICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1171 - UO CHIRURGIA GEN E TERAPIE ONCOLAVANZATE FORLI'	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG Fonte: flusso SDO e rendicontazione referente medico di direzione	Allineamento produzione chirurgica ai valori dell'anno 2019. Indicatore: variazione % Drg C vs 2021	mantenimen to DO + DH		aumento 2021	mantenimen to			mantenimen to		mantenimen to sedute 2021		mantenimen to		mantenimen to		X	Volumi di produzione 2021 per Chirurgia e ORL realizzati con impiego rispettivamente di 40 e 35 sedute presso Villa Serena. L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X		X			
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		15		5		5		5		5		5		5		
Risk Manager e Referente di ambito	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X		X	
Risk Manager e Referente di ambito	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X		X		X		X	
SPIAR/CdG Fonte: Flusso SICHER	Aderenza alla sorveglianza SICHER: % Interventi chirurgici sorvegliati sul totale di quelli da sorvegliare. Target: >=75%							X						X		X	
Direzione Assist. Farmaceutica	% DDD bevacizumab per iniezioni intravitreali	incremento rispetto 2021															
U.O. Formazione	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 60% del personale medico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"													X			
	Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5		5		5		
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >= 95%	X		X		X		X		X		X		X			
	Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O.	X		X		X		X		X		X		X			
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale	X		X		X		X		X		X		X			
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																
	Area di performance dello sviluppo organizzativo						10						10		10		
Referente medico di direzione/responsabil e centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader tumore esofago in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.											X					Modalità e strumenti di verifica coerenti con quanto definito dal documento: rendicontazione annuale delle attività svolte attraverso un report in cui siano documentati anche corsi di formazione, partecipazione ai meeting multidisciplinari ed il monitoraggio degli altri centri della rete.
Referente medico di direzione/responsabil e centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader tumore pancreas in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.													X			come sopra

D0024 DIPARTIMENTO CHIRURGICO FORLI' - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0098 - UO OCULISTICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0099 - UO OTORINOLARINGOIATRIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0172 - UO CHIRURGIA ENDOCRINA FORLI'	Punti Dirigenza	C0175 - UO UROLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0177 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE FORLI'	Punti Dirigenza	C1104 - UO CHIRURGIA TORACICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1171 - UO CHIRURGIA GEN E TERAPIE ONCOL.AVANZATE FORLI'	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Referente medico di direzione/responsabil e centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader tumori fegato e vie biliari in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.													X			come sopra
Referente medico di direzione/responsabil e centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader chirurgia bariatrica in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.					X											come sopra
Referente medico di direzione/responsabil e centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader tumore polmone in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.											X					come sopra
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																
	Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica	Adesione alla gara regionale suturatrici meccaniche. Target >= 80%											X		X			Vedi nota verbale per l'area della Chirurgia Toracica.
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																
	Area di performance dell'organizzazione																
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Progetto di istituzionalizzazione Ambulatorio TAV									X							
Rendicontazione a cura RID	Progetto di revisione del modello organizzativo inserimento della figura del Case Manager Target: presentazione del progetto							X				X					

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0024 - DIPARTIMENTO CHIRURGICO GENERALE FORLI'

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	964.070	945.695	1.155.617	209.922	22,20%	42.451	42.991	1.227.637	5.161
BS002 - EMODERIVATI	60.993	76.194	60.878	-15.316	-20,10%	5.928	8.659	54.399	162
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	20.861	29.914	24.504	-5.409	-18,08%	9.501	7.486	31.641	6.307
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	0	0	1.606	1.606		0	0	6.422	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	65.413	56.570	74.327	17.758	31,39%	10.550	76.100	76.702	100.658
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	4.008.934	3.934.426	4.068.734	134.308	3,41%	384.678	532.958	4.107.339	343.918
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	6.425	4.997	6.880	1.883	37,69%	19	28	5.893	0
BS012 - VACCINI	13	0	0	0		0	0	0	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	5.047	3.331	6.607	3.276	98,35%	827	917	6.684	10
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	276.285	243.976	259.789	15.813	6,48%	0	0	318.933	0
TOTALE BENI SANITARI	5.408.041	5.295.103	5.658.942	363.839	6,87%	453.955	669.139	5.835.651	456.215

DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA (HOME CARE)	20.316	18.797	30.701	11.904	63,33%			78.300	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE (AUSILI OCULISTICI)	21.465	18.502	37.923	19.421	104,97%			46.000	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE (PROTESI ACUSTICHE)	375.143	384.925	460.399	75.474	19,61%			347.000	

Delta vs 2021 NO COVID: + 176.709 €

+ 72.020 € MEDICINALI (ORL Dupilumab e Oculistica farmaci intravitreali)

+ 59.145 € DISP IMPIANTABILI NON ATTIVI (in particolare Oculistica FO e Chirurgia generale)

+ 38.605 € DM (in particolare Chirurgia Toracica e Chirurgia Endocrina)

Delta vs 2019: + 427.610 €

Chirurgia Toracica complessivamente + 54.000 € per recupero attività

MEDICINALI costi cessanti da valutare: nuova gara NPT (stimati a livello aziendale - 350.000 € circa -30%)

DA NEGOZIARE: incremento delle procedure di chirurgia bariatrica (Chirurgia endocrina)

DIPARTIMENTO CHIRURGICO RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0067 - UO CHIRURGIA VASCOLARE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0100 - UO OCULISTICA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0101 - UO OCULISTICA FAENZA	Punti Dirigenza	C0102 - UO OTORINOLARINGOIATRI A RAVENNA	Punti Dirigenza	C0213 - UO CHIRURGIA GENERALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0214 - UO CHIRURGIA GENERALE FAENZA	Punti Dirigenza	C0215 - UO CHIRURGIA GENERALE LUGO	Punti Dirigenza	C0216 - UO UROLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0217 - UO DERMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C2218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RAVENNA	Punti Dirigenza	C3218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE FAENZA	Punti Dirigenza	C4218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE LUGO	Punti Dirigenza	S1213 - SSD CHIRURGIA D'URGENZA AMBITO RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																												
	Area di performance dell'accesso e della domanda		30		25		25		35		30		35		35		40		35		35		35		35		30		
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=30%	X						X		X		X		X		X										X		X	
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore. Target=0	X						X		X		X		X		X										X		X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni nel week end	+10% rispetto 2021		Manteniment o 2021		Manteniment o 2021		Performance 2019		Manteniment o 2021		Migliorament o 2020		+10% rispetto 2021		Manteniment o 2021				Manteniment o 2021		Manteniment o 2021		Performance 2019		+10% vs 2021		X	target 25%. Oculistica di Ravenna dimette i venerdì. Correlato all'Indice di turnover de PL.
Direzioni Mediche di Presidio	Collaborazione alla predisposizione dei protocolli operativi di attivazione dei fast track per la condivisione dei criteri di eligibilità. Target: condivisione protocolli secondo tempogramma di implementazione dei fast track entro giugno							X								X		X										X	
CdG Fonte: flusso PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione	X						X		X		X		X		X		X								X			In corresponsabilità con i dip coinvolti e le Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG. UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia, Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
CdG Fonte: flusso SDO	% casi entro standard per patologie neoplastiche. Target >=90%							X		X		X		X		X		X		X (misurato sul risultato di presidio)		X (misurato sul risultato di presidio)		X (misurato sul risultato di presidio)		X		X	
CdG Fonte: flusso SDO	% casi entro standard per altri interventi monitorati: ernie, colecisti, emmoroidi, endoarteriectomie	>=90%								>=60%		>=60%		>=60%						>=60% (misurato sul risultato di presidio)		>=60% (misurato sul risultato di presidio)		>=60% (misurato sul risultato di presidio)				X	Avvio Progetto incentivante: Smaltimento liste di attesa di chirurgia bassa complessità (Ernie e Colecisti, Settoplastiche) sul P.O. Lugo
CdG Fonte: flusso ASA	% visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	Obiettivo Regionale >=90%		Obiettivo Regionale >=90%		Obiettivo Regionale >=90%		Obiettivo Regionale >=90%		Obiettivo Regionale >=90%		Obiettivo Regionale >=90%		Obiettivo Regionale >=90%		Obiettivo Regionale >=90%		Obiettivo Regionale >=90%											
	Area di performance dell'integrazione		5																5										
Rendicontazione a cura Referente Organizzativo	Percorso Clinico terapeutico Assistenziale del paziente affetto da piede diabetico (PA 211 del 28/09/201.Partecipazione al progetto di miglioramento. Indicatore: elaborazione e successiva applicazione del progetto di miglioramento, secondo tempogramma degli interventi previsti	X																										X	Implementazione della PDTA piede diabetico nelle persone con piede diabetico acuto Migliorare Rapporto con committenza VMC e CCFD
	Area di performance degli Esiti										5		5		5												5		
Rendicontazione UO Qualità e governo clinico	Adesione al progetto di Audit: "Correlazione SDO-PNE: Analisi dell'impatto della codifica delle sdo in ambito chirurgico".									X		X		X												X			Tutti gli indicatori PNE sono oggetto di Audit Clinico
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																												
	Area di performance della produzione		40		45		45		40		30		35		35		35		30		35		35		35		40		
CdG Fonte: flusso ASA	Rispetto del piano di produzione/specialistica ambulatoriale (coerentemente con la effettiva disponibilità delle risorse)	Rientro 2019		Rientro ai valori 2019 per 1^visite		Rientro ai valori 2019 1* visite		Rientro ai valori 2019		Rientro ai valori 2019		Rientro ai valori 2019		Rientro ai valori 2019		Rientro ai valori 2019		Rientro ai valori 2019								Rientro ai valori 2019		X	Piano di Produzione in base alle prime visite. Messa a CUP delle Agende in autogestione
CdG Fonte: flusso SDO/ Rendicontazione Referente medico di direzione	Allineamento produzione chirurgica ai valori dell'anno 2019. Indicatore: Variazione % DRG Chirurgici (DO e DH) vs 2021	+20% vs 2021		Manteniment o 2021 (DO + DH)		Manteniment o 2021 (DO + DH)		+10% vs 2021		+10% vs 2021		+20% vs 2021		+20% vs 2021		+10% vs 2021		Manteniment o 2021 (DO + DH)		Manteniment o dello standard produttivo definito a fine anno 2021		Manteniment o dello standard produttivo definito a fine anno 2021		Manteniment o dello standard produttivo definito a fine anno 2021		+20% vs 2021		X	Implementazione progetti per smaltimento lista di attesa, nella logica dell' HPR. Il mantenimento viene garantito anche nelle UUOD in cui gli anestesiti partecipano al progetto pilota aziendale (Progetto Pilota Aziendale Anestesisti). L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0067 - UO CHIRURGIA VASCOLARE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0100 - UO OCULISTICA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0101 - UO OCULISTICA FAENZA	Punti Dirigenza	C0102 - UO OTORINOLARINGOIATRIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0213 - UO CHIRURGIA GENERALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0214 - UO CHIRURGIA GENERALE FAENZA	Punti Dirigenza	C0215 - UO CHIRURGIA GENERALE LUGO	Punti Dirigenza	C0216 - UO UROLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0217 - UO DERMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C2218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RAVENNA	Punti Dirigenza	C3218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE FAENZA	Punti Dirigenza	C4218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE LUGO	Punti Dirigenza	S1213 - SSD CHIRURGIA D'URGENZA AMBITO RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note	
CdG Fonte: Log80	Recupero pazienti in lista di attesa scaduti (2019-2020-2021) per tonsillectomia. Target esaurimento lista di attesa							X																				X		
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		10		10		5		5		5		5		5		10		5		5		5		5			
Risk Manager e Referente di ambito	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]. Target >= 1	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Risk Manager e Referente di ambito	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
CdG Fonte: Flusso SICHER	Aderenza alla sorveglianza SICHER: % Interventi chirurgici sorvegliati sul totale di quelli da sorvegliare. Target >= 75%	X						X		X		X		X		X										X		X		
Direzione Assist. Farmaceutica	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab). Target >=90																	X												
Direzione Assist. Farmaceutica	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021																	X												
Direzione Assist. Farmaceutica	% DDD bevacizumab per iniezioni intravitreali. Target: in aumento rispetto 2021			X		X																								
Direzione Assist. Farmaceutica	Procedure radiofrequenza per il trattamento delle varici degli arti inferiori: 1) definizione del protocollo di utilizzo; 2) rispetto del numero di procedure preventive	X																												
U.O. Formazione	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 60% del personale medico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X								X		X		X				X								X				
CdG Fonte: Flusso DIME	Consumo del gel idroalcolico: litri per 1000 ggdd. Target>=20	X		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		
	Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5			
Direzioni Mediche di Presidio	Manutenzione (Pulizia) e Monitoraggio liste di attesa. Indicatore: N. raccomandate inviate	X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		
Rendicontazione Referente medico di direzione	Tumore prostata: rispetto raccomandazioni regionali rispetto classi priorità. Indicatore: Numero riclassificazioni.															X														
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
	Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5			
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																													
	Area di performance della Ricerca e della Didattica																													
	Area di performance dello sviluppo organizzativo									10										5		5		5						
Direttore di Dipartimento	Avvio "ECMO team aziendale": prosecuzione del percorso di formazione degli specialisti delle UO di Rianimazione aziendali																			X		X		X				X		

DIPARTIMENTO CHIRURGICO RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0067 - UO CHIRURGIA VASCOLARE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0100 - UO OCULISTICA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0101 - UO OCULISTICA FAENZA	Punti Dirigenza	C0102 - UO OTORINOLARINGOIATRIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0213 - UO CHIRURGIA GENERALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0214 - UO CHIRURGIA GENERALE FAENZA	Punti Dirigenza	C0215 - UO CHIRURGIA GENERALE LUGO	Punti Dirigenza	C0216 - UO UROLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0217 - UO DERMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C2218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RAVENNA	Punti Dirigenza	C3218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE FAENZA	Punti Dirigenza	C4218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE LUGO	Punti Dirigenza	S1213 - SSD CHIRURGIA D'URGENZA AMBITO RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Referente medico di direzione/responsabile centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader tumore retto in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.									X																			modalità e strumenti di verifica coerenti con quanto definito dal documento: rendicontazione annuale delle attività svolte attraverso un report in cui siano documentati anche corsi di formazione, partecipazione ai meeting multidisciplinari ed il monitoraggio degli altri centri della rete.
Referente medico di direzione/responsabile centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader tumore colon in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.									X																			come sopra
Referente medico di direzione/responsabile centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader malattie infiammatorie croniche intestinali in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.									X																			come sopra
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																												
	Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		
Direttore di Dipartimento/Struttura	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Direzione Assist. Farmaceutica	Adesione alla gara regionale suturatrici meccaniche. Target >=80%									X		X		X												X			
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																												
	Area di performance dell'organizzazione																												
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Infermiere di chirurgia percorso chirurgico oncologico (chirurgia coloretale e gastrointestinale) e delle fragilità RA - FA									X		X														X			
Rendicontazione a cura RID	Infermiere referente del percorso chirurgico polispecialistico e delle fragilità in urgenza ed elezione RA									X																X			
Rendicontazione a cura RID	Rimodulazione organizzativo/strutturale prericovero RA	X		X				X		X						X		X								X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0029 - DIPARTIMENTO CHIRURGICO GENERALE RAVENNA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsunti vo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	2.521.928	2.156.027	2.572.073	416.045	19,30%	139.637	271.008	3.007.403	61.723
BS002 - EMODERIVATI	110.068	56.512	102.366	45.854	81,14%	12.243	22.152	56.048	8.196
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	47.001	35.856	112.181	76.325	212,87%	17.486	38.680	79.217	48.042
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	0	0	13.000	13.000		0	0	60.000	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	124.603	103.994	96.647	-7.347	-7,06%	20.885	65.809	103.511	61.611
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	4.510.168	4.255.954	5.051.397	795.443	18,69%	600.009	1.006.248	5.258.426	716.566
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	7.703	7.588	10.419	2.831	37,31%	141	108	15.366	15
BS012 - VACCINI	554	522	551	28	5,43%	24	97	0	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	32.537	26.847	32.812	5.965	22,22%	9.908	9.998	39.526	5.349
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	1.013.146	675.128	808.416	133.288	19,74%	0	0	874.588	0
TOTALE BENI SANITARI	8.367.706	7.318.428	8.799.862	1.481.434	20,24%	800.333	1.414.100	9.494.084	901.503

DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA (HOME CARE)	3.912	11.903	25.806	13.903	116,80%			74.450	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE (AUSILI OCULISTICI)	31.862	32.596	61.659	29.063	89,16%			59.000	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE (PROTESI ACUSTICHE)	309.508	288.731	441.835	153.104	53,03%			690.000	

Delta NO COVID 2022 vs 2021: + 694.223 €

+ 435.330 € Medicinali (Dermatologia per biologici, ORL dupilumab, Oculistica farmaci intravitreali, Anestesia-Rianimazione)

+ 207.030 € DM (Chirurgie, Anestesia-Rianimazione, ORL)

Delta vs 2019: + 1.126.378 €

MEDICINALI costi cessanti da valutare: nuova gara NPT (stimati a livello aziendale - 350.000 € circa -30%)

D0033 DIPARTIMENTO CHIRURGICO RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0068 - UO CHIRURGIA VASCOLARE RIMINI	Punti Dirigenza	C0241 - UO CHIRURGIA GENERALE RICCIONE	Punti Dirigenza	C0245 - UO DERMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0246 - UO UROLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0247 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RIMINI	Punti Dirigenza	C0248 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RICCIONE	Punti Dirigenza	C0249 - UO CHIRURGIA PEDIATRICA RIMINI	Punti Dirigenza	C0275 - UO OTORINOLARINGOIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	C1240 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA RIMINI (NF, SN)	Punti Dirigenza	C1274 - UO OCULISTICA RICCIONE	Punti Dirigenza	S0115 - SSI CHIRURGIA-GENOLOGIA SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																								
	Area di performance dell'accesso e della domanda		30		35		35		35		35		35		30		35		35		25		30		
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <=30%	X		X				X								X		X						X	
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore. Target: tendente a 0	X		X				X								X		X						X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni nel week end	miglioramento vs 2021		mantenimento 2021				miglioramento vs 2021						mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		mantenimento 2021		X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Definizione protocolli operativi/criteri di elegibilità e attivazione del fast track. Target: entro Giugno (fast track dermatologia) entro Aprile (fast track urologia)					Entro Giugno		Entro Aprile																X	
CdG Fonte: flusso PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione vs 2021	X		X		X		X								X		X				X			In corresponsabilità con Dipartimenti Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG/PLS. Ambito di FC: UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
Direzione di Presidio/ CdG Fonte: flusso SDO/PS	Sistematizzazione percorso aziendale per le urgenze pediatriche 0-14. Indicatore: elaborazione progetto entro Giugno e applicazione nel semestre successivo.													X										X	Indicatori e target minitorati nel secondo semestre coerentemente con quanto sarà previsto nel progetto
CdG Fonte: flusso SDO	% casi entro standard per patologie neoplastiche. Target: >= 90%			X				X		miglioramento vs 2021 (misurato sul totale di presidio)		miglioramento vs 2021 (misurato sul totale di presidio)				X		X				X		X	
CdG Fonte: flusso SDO	% casi entro standard per altri interventi monitorati	mantenimento 2021		>= 90%						miglioramento vs 2021 (misurato sul totale di presidio)		miglioramento vs 2021 (misurato sul totale di presidio)				miglioramento vs 2021		miglioramento vs 2021				miglioramento vs 2021		X	
CdG Fonte: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >= 90%	X		X		X		X						X		X		X		X		X			
Referente medico di direzione	PDTA per la Transition of care di adolescenti affetti da patologie malformative croniche complesse. Indicatore: formalizzazione progetto entro Giugno e applicazione successiva (Numero medio stimato di nuovi casi/anno: 60)													X										X	Isorisorse: n. 1 Figura infermieristica che funge da Transition Coordinator (già disponibile)+ Una seduta ambulatoriale settimanale. Alcuni aspetti logistici da migliorare.
	Area di performance dell'integrazione		5				5																		
Rendicontazione a cura Referente organizzativo	Percorso Clinico terapeutico Assistenziale del paziente affetto da piede diabetico (PA 211 del 28/09/201.Partecipazione al progetto di miglioramento. Indicatore: elaborazione e successiva applicazione del progetto di miglioramento, secondo tempogramma degli interventi previsti	X																						X	Implementazione della PDTA piede diabetico nelle persone con piede diabetico acuto Governo invio al privato accreditato (VMC e CCFD)
Direttore UO	Integrazione specialistica ambulatoriale dermatologica tra territorio ed ospedale. Indicatore: N. Incontri organizzati. Target: evidenza verbali incontri (>=6 incontri/newsletter per condivisione/aggiornamento linee guida e procedure aziendali)					X																			
	Area di performance degli Esiti				5														5						
Rendicontazione UO Qualità governo clinico	Adesione al progetto di Audit: "Correlazione SDO-PNE: Analisi dell'impatto della codifica delle sdo in ambito chirurgico"			X														X							Oggetto di audit: indicatori relativi a Intervento TM Colon, TM, retto, colecisti.
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																								
	Area di performance della produzione		40		35		30		35		35		40		45		35		35		45		45		
CdG Fonte: flusso ASA	Prestazioni ambulatoriali per esterni: rispetto del piano di produzione	Volumi 2019		Volumi 2019		Volumi 2021		Volumi 2019				Volumi 2019		Volumi 2019		Volumi 2019		Volumi 2019		Volumi 2019 (ampliamento spazi RI – RC e attivazione sedute CUP)		Volumi 2019		X	C0248 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RICCIONE: riattivazione ambulatorio di terapia antalgica (6 sedute/mese,) con ripristino produzione 2019

D0033 DIPARTIMENTO CHIRURGICO RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0068 - UO CHIRURGIA VASCOLARE RIMINI Punti Dirigenza	C0241 - UO CHIRURGIA GENERALE RICCIONE Punti Dirigenza	C0245 - UO DERMATOLOGIA RIMINI Punti Dirigenza	C0246 - UO UROLOGIA RIMINI Punti Dirigenza	C0247 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RIMINI Punti Dirigenza	C0248 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RICCIONE Punti Dirigenza	C0249 - UO CHIRURGIA PEDIATRICA RIMINI Punti Dirigenza	C0275 - UO OTORINOLARINGOIATRIA RIMINI Punti Dirigenza	C1240 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA RIMINI (NF, SN) Punti Dirigenza	C1274 - UO OCULISTICA RICCIONE Punti Dirigenza	S00115 - SSI CHIRURGIA- SENOLOGIA SANTARCANGELO Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG Fonte: flusso SDO e rendicontazione referente medico di direzione	Produzione Chirurgica. Indicatore: Variazione % DRG Chirurgici (DO e DH) vs 2021	mantenimen to	+19%	mantenimen to	+2%	incremento sedute operatorie (rispetto pianificazione di sala in funzione consistenza liste di attesa)	incremento sedute operatorie (rispetto pianificazione di sala in funzione consistenza liste di attesa)	+8%	mantenimen to	+20%	mantenimen to	+8%	X	L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.
Referente medico di direzione	Attivazione Team chirurgia bariatrica.		X										X	
Referente medico di direzione / CdG Fonte: Flusso SDO	Implementazione Chirurgia Toracica Pediatrica. Target: avvio attività formativa (N. Professionisti formati); avvio attività chirurgica (almeno un intervento con codifica pectum excavatum/carenatum)							X - inizio att. chir per il 2022					X	
CdG Fonte: flusso SDO	Degenza Media Preoperatoria per ricovero Programmato. Target: <1 giorno	X											X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico	5	5	10	5	5	5	5	5	5	10	5		
Risk Manager e Referente di ambito	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Risk Manager e Referente di ambito	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
CdG Fonte: flusso SICHr	Aderenza alla sorveglianza SICHr: % Interventi chirurgici sorvegliati sul totale di quelli da sorvegliare. Target: >= 75%	X	X		X			X		X		X	X	
Direzione Assist. Farmaceutica	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab). Target: >=90%			X										
Direzione Assist. Farmaceutica	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021			X										
Direzione Assist. Farmaceutica	% DDD bevacizumab per iniezioni intravitreali										Incremento vs 2021			
Direzione Assist. Farmaceutica e U.O. Formazione	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 60% del personale medico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X	X	X						X				
CdG Fonte: flusso DIME	Consumo del gel idroalcolico: litri per 1000 ggdd. Target: >=25	X	X		X	X	X	x		X		X	X	
	Area di performance dell'organizzazione	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO					5				5				
Direttore di Dipartimento	Area di performance della Ricerca e della Didattica Avvio "ECMO team aziendale": prosecuzione del percorso di formazione degli specialisti delle UO di Rianimazione aziendali					X								
	Area di performance dello sviluppo organizzativo					5				5				
Direttore di Dipartimento	Percorso Protesi Acustiche: attivazione del 2° centro di riferimento Cesena - Rimini da affiancare al già operante centro di riferimento (FO, RA, FA, LU)								X				X	La conferma dell'obiettivo è vincolata alla coerenza con quanto previsto nel progetto in via di definizione
Responsabile Organizzativo e clinico	Adesione al PDTA aziendale "Percorso Senologico".											X	X	
Referente medico di direzione	Perseguimento obiettivo centro leader ca stomaco in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.									X				

D0033 DIPARTIMENTO CHIRURGICO RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C0068 - UO CHIRURGIA VASCOLARE RIMINI	Punti Dirigenza	C0241 - UO CHIRURGIA GENERALE RICCIONE	Punti Dirigenza	C0245 - UO DERMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0246 - UO UROLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0247 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RIMINI	Punti Dirigenza	C0248 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RICCIONE	Punti Dirigenza	C0249 - UO CHIRURGIA PEDIATRICA RIMINI	Punti Dirigenza	C0275 - UO OTORINOLARINGOIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	C1240 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA RIMINI (NF, SN)	Punti Dirigenza	C1274 - UO OCULISTICA RICCIONE	Punti Dirigenza	S0115 - SSI CHIRURGIA-GENOLOGIA SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	Comparto	Note	
Referente medico di direzione	Perseguimento obiettivo centro leader ca rene in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.							X																		
Referente medico di direzione	ERAS: attività di formazione a seguito ottenimento upgrade centro trainer																	X								
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																									
	Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10	
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				
Direzione Assist. Farmaceutica	Contenimento dei Costi relativi all'utilizzo di farmaco antagonista del rocuronio (Sugammadex). Indicatore: </= al 2021.											X														
Direzione Assist. Farmaceutica	Adesione alla gara regionale suturatrici meccaniche. Target >= 80%			X														X								
Direzione Assist. Farmaceutica	Procedure radiofrequenza per il trattamento delle varici degli arti inferiori: 1) definizione del protocollo di utilizzo; 2) rispetto del numero di procedure preventivate	X																							1) evidenza documentale 2) verifica sul numero di kit utilizzati UUOO Chirurgia vascolare	

	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																								
	Area di performance dell'organizzazione																								
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Progetto attivazione ambulatorio Wound Care infermieristico di II livello					X																			
Rendicontazione a cura RID	Progetto attivazione Ambulatorio TAV											X													

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0033 - DIPARTIMENTO CHIRURGICO GENERALE RIMINI

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	1.838.880	1.740.943	2.075.552	334.609	19,22%	376.551	303.077	2.312.796	84.441
BS002 - EMODERIVATI	56.001	26.972	119.066	92.094	341,44%	32.854	64.481	92.255	28.309
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	40.453	35.294	55.881	20.587	58,33%	31.361	60.842	33.680	11.309
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	39.153	91.000	104.000	13.000	14,29%			100.000	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	139.378	141.584	150.928	9.344	6,60%	67.598	168.445	129.435	143.625
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	4.783.712	4.468.202	5.122.610	654.407	14,65%	1.308.588	1.349.341	5.250.704	663.104
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	12.948	11.936	18.057	6.120	51,27%	247	200	14.422	15
BS012 - VACCINI		43	3	-39	-92,78%	4	1	0	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	23.116	23.687	33.734	10.047	42,42%	28.730	26.474	38.488	9.420
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	945.236	784.256	1.377.889	593.633	75,69%			1.424.992	0
TOTALE BENI SANITARI	7.878.875	7.323.917	9.057.720	1.733.803	23,67%	1.845.934	1.972.861	9.396.773	940.225

DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA (HOME CARE)	22.643	25.378	63.691	38.313	150,97%			88.450	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE (AUSILI OCULISTICI)	32.315	40.699	52.525	11.826	29,06%			51.000	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE (PROTESI ACUSTICHE)	394.725	270.943	563.345	292.402	107,92%			588.000	

Delta NO COVID 2022 vs 2021 + 339.053 €

+237.244 € Medicinali (dupilumab per ORL, farmaci biologici per Dermatologia, Oculistica farmaci intravitreali)

+128.094 € DM (ORL, Chirurgia generale, Anestesia-Rianimazione)

+ 47.103 € Impiantabili non attivi (Oculistica e Chirurgia vascolare)

Delta 2022 vs 2019: + 1.517.898 €

Costi cessanti da valutare in corso d'anno:

-suturatrici meccaniche riduzione prezzi per effetto nuova gara (stima risparmi per Azienda -139.000 €)

- nutrizione parenterale (NPT) riduzione prezzi per effetto nuova gara (stima risparmi per Azienda - 350.000 €)

D0025 DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0178 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	C0179 - UO UROLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0186 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C1181 - UO CENTRO GRANDI UST./DERMAT. CESENA (FORLÌ)	Punti Dirigenza	S0001 - SSD DEGENZA BREVE CHIRURGICA CESENA	Punti Dirigenza	C0095 - UO CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE CESENA	Punti Dirigenza	C0096 - UO OCULISTICA CESENA	Punti Dirigenza	C0097 - UO OTORINOLARINGOIATRIA CESENA	Punti Dirigenza	C0066 - UO CHIRURGIA VASCOLARE CESENA (FORLÌ)	Punti Dirigenza	C0180 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																						
	Area di performance dell'accesso e della domanda		35		40		40		40		40		40		40		40		40		25		
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore	Miglioramento		Mantenimento		Miglioramento		Mantenimento		Mantenimento		Mantenimento		Mantenimento		Mantenimento		Mantenimento				X	implementazione modello organizzativo CM nelle degenze chirurgiche
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore Target: tendente a 0	X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	implementazione modello organizzativo CM nelle degenze chirurgiche
Rendicontazione Referente medico di direzione	Revisione dei protocolli operativi di attivazione dei fast track per la condivisione dei criteri di elegibilità. Target: 1) revisione protocolli entro aprile; 2) condivisione a livello aziendale per disciplina entro dicembre							X								X						X	Dalla revisione dei protocolli si attende un aumento del numero di pazienti eligibili con aumento accessi in fast track
CdG Fonte: flusso PS	Numero accessi a Fast track (PO Cesena)			Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		in aumento verso 2021						Mantenimento 2021		in aumento verso 2021							
Rendicontazione Referente medico di direzione	Definizione protocolli operativi/criteri di elegibilità e attivazione del fast track. Target: entro aprile (dermatologia - presidio di Forlì)							X														X	
CdG Fonte: flusso SDO	% casi entro standard per patologia neoplastica Target: >=90%	X		X				X		X		X				X				X Misurato sul risultato di presidio		X	Oltre a quelli monitorati a livello regionale si fa riferimento anche a quelli monitorati a livello locale: oncol. Maxillo
CdG Fonte: flusso SDO	% casi entro standard per altri interventi monitorati	Mantenimento standard 2021								Miglioramento vs 2021						Miglioramento vs 2021		Miglioramento vs 2021		X Misurato sul risultato di presidio		X	1)Monitoraggio RER: ernie, colecisti laparoscopiche, emorroidectomia; tonsillectomia, endoarteriectomia, endoarteriectomie
Rendicontazione Referente medico di direzione	valutazione\progetto analisi casistica per interv.trasferibili presso Cdc: ernie, colecisti laparoscopiche, emorroidi, stripping vene, circoncisione\ fimosi, idrocele\ varicocele; cataratta; tonsillectomia\settoplastica. Target: progetti entro maggio 2022	X		X						X				X		X		X					
CdG Fonte: flusso SDO	% protesi d'anca entro i 180 gg.					mantenimento 2021																X	
CdG: Fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione	Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo		Mantenimento percorso già attivo			In corresponsabilità con i dip coinvolti e le Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG. UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
CdG Fonte: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			Chir gen-Deg Breve: ridefinizione delle agende e definizione percorso per vis. Controllo procto prescritta da specialista; Urologia: proposta definizione vis controllo urologica AUSI Romagna e ridefinizione agende
Rendicontazione Referente medico di direzione	Garanzia della disponibilità di tutta l'offerta specialistica ambulatoriale attraverso il sistema CUP. Indicatore: n. agende da trasferire/n. agende trasferite. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			con adozione nuovo applicativo aziendale secondo il tempogramma DMP-GSI
	Area di performance dell'integrazione																						
rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X		X		X								X				X	
	Area di performance degli Esiti		5		5		5		5		5		5		5		5		5		50		
CdG Fonte: flusso SDO	% dimessi >=65aa con diagnosi FCF entro 48h. Target: >=70%					X																X	Formalizzazione analisi dati di monitoraggio trimestrale
Rendicontazione UO Qualità governo clinico	Adesione al progetto di Audit: "Correlazione SDO-PNE: Analisi dell'impatto della codifica delle sdo in ambito chirurgico"	X		X		X				X													
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																						
	Area di performance della produzione		25		30		30		30		30		35		35		35		35		50		
CdG Fonte: flusso ASA	Allineamento produzione prime visite per esterni ai valori 2019. variazione % prime visite vs 2021	Indicatore: Mantenimento		25%		10%		Mantenimento		Mantenimento		28%		Mantenimento		19%		Mantenimento		5%		X	Allineamento capacità produttiva ambulatoriale vs 2019. T. antalgica : aumento offerta CE e CT da feb.2022; Urologia: rivalutazione tempari in ausl romagna CGU-DERMATOLOGIA: revisione modello organizzativo infermieristico ambulatori

D0025 DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0178 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	C0179 - UO UROLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0186 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C1181 - UO CENTRO GRANDI UST./DERMAT. CESENA (FORLI')	Punti Dirigenza	S0001 - SSD DEGENZA BREVE CHIRURGICA CESENA	Punti Dirigenza	C0095 - UO CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE CESENA	Punti Dirigenza	C0096 - UO OCULISTICA CESENA	Punti Dirigenza	C0097 - UO OTORINOLARINGOIATRIA CESENA	Punti Dirigenza	C0066 - UO CHIRURGIA VASCOLARE CESENA (FORLI')	Punti Dirigenza	C0180 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG Fonte: flusso ASA	Allineamento produzione ambulatoriale per esterni ai valori 2019. Indicatore: variazione % prestazioni di audiometria vs 2021															27%						X	
CdG Fonte: flusso SDO	Allineamento produzione chirurgica ai valori dell'anno 2019. Indicatore: variazione % Drg C vs 2021			+6,5% vs 2021		mantenimento		+14% vs 2021		+16% vs 2021		+37,5% vs 2021		+30% vs 2021		+12,5% vs 2021		+13% vs 2021		x		X	Subordinatamente alla disponibilità e all'uso efficiente delle sedute operatorie. L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
CdG Fonte: flusso SDO	Degenza Media Preoperatoria per ricovero Programmato. Target: <1 giorno	Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021 misurata a livello di presidio		X	
CdG Fonte: flusso SDO	Numero di dimessi in regime di day-hospital/Day Surgery sul totale dei dimessi con DRG trasferibili. Target: in miglioramento verso 2021	X								X		X				X							analisi della casistica e definizione di azioni di miglioramento per la gestione dei ricoveri con DRG potenzialmente trasferibili
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		10		5		5		5		5		5		5			
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >=50% Consumo gel idroalcolico >25 litri/1000 gg deg.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Rischio Infettivo	Target: >= 25	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Rischio Infettivo	Adesione sorveglianza SICHÉR. n° schede inviate/nSDO cn intervento sorvegliato. Target: >= 75%	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X	
CdG Fonte: flusso AFO	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab). Target: >=90%							X															
CdG Fonte: flusso AFO	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021							X															
CdG Fonte: flusso AFO	% DDD bevacizumab per iniezioni intravitreali. Target: in incremento vs 2021												X										
Direzione Ass. farmaceutica e U.O. Formazione	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 60% del personale medico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X						X				X					X						
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5			
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5			
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Indicatore: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																							
Area di performance della Ricerca e della Didattica																							
Direttore di Dipartimento	Avvio "ECMO team aziendale": prosecuzione del percorso di formazione degli specialisti delle UO di Rianimazione aziendali																			X		X	

D0025 DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0178 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	C0179 - UO UROLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0186 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C1181 - UO CENTRO GRANDI UST./DERMAT. CESENA (FORLI')	Punti Dirigenza	S0001 - SSD DEGENZA BREVE CHIRURGICA CESENA	Punti Dirigenza	C0095 - UO CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE CESENA	Punti Dirigenza	C0096 - UO OCULISTICA CESENA	Punti Dirigenza	C0097 - UO OTORINOLARINGOIATRIA CESENA	Punti Dirigenza	C0066 - UO CHIRURGIA VASCOLARE CESENA (FORLI')	Punti Dirigenza	C0180 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	Area di performance dello sviluppo organizzativo		10																				
Referente medico di direzione/responsabile centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader chirurgia del politrauma in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.	X																		X			modalità e strumenti di verifica coerenti con quanto definito dal documento: rendicontazione annuale delle attività svolte attraverso un report in cui siano documentati anche corsi di formazione, partecipazione ai meeting multidisciplinari ed il monitoraggio degli altri centri della rete.
Referente medico di direzione/responsabile centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader HIPEC in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.	X																		X			come sopra
Referente medico di direzione/responsabile centro leader	Perseguimento obiettivo centro leader chirurgia d'urgenza in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.	X																		X			come sopra
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																						
	Area economico finanziaria		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmac. di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
CdG: flusso DIME	Protesi anca: spesa media per paziente. Indicatore: variazione costo medio per paziente verso 2021 Target: allineamento all'andamento medio regionale					X																	
Direzione Assist. Farmaceutica	Procedure radiofrequenza per il trattamento delle varici degli arti inferiori: 1) definizione del protocollo di utilizzo; 2) rispetto del numero di procedure preventivate																X						1) evidenza documentale 2) verifica sul numero di kit utilizzati
Direzione Assist. Farmaceutica	Adesione alla gara regionale suturatrici meccaniche. Target: >=80%	X																					
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																						
	Area di performance dell'organizzazione																						
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Progetto di revisione del modello organizzativo inserimento della figura del Case Manager Target: presentazione del progetto			X						X		X				X		X					Chirurgia Vascolare solo per Presidio Cesena
Rendicontazione a cura RID	Riorganizzazione TAV con redazione istruzione operativa locale																			X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0025 - DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI CESENA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	2.144.587	2.085.074	2.396.328	311.254	14,93%	146.935	123.588	2.699.995	30.471
BS002 - EMODERIVATI	117.361	107.771	201.277	93.506	86,76%	5.506	8.671	161.464	11.098
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	73.081	72.061	67.312	-4.749	-6,59%	18.810	12.687	78.418	10.972
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	23.088	42.825	31.444	-11.380	-26,57%	0	0	34.367	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	155.097	173.256	169.858	-3.398	-1,96%	21.515	77.912	189.214	81.761
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.733.963	3.352.223	4.000.320	648.098	19,33%	918.953	1.079.120	4.117.229	1.065.231
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	19.460	21.832	7.854	-13.978	-64,03%	176	113	6.677	71
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	61.967	54.666	65.075	10.409	19,04%	16.775	10.423	66.202	4.727
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	2.587.472	2.215.164	2.437.844	222.680	10,05%	97	97	2.637.570	0
TOTALE BENI SANITARI	8.916.076	8.124.870	9.377.311	1.252.441	15,41%	1.128.767	1.312.610	9.991.135	1.204.331

DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA (HOME CARE)	12.517	5.546	7.438	1.892	34,11%			25.250	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE (AUSILI OCULISTICI)	24.461	22.408	27.754	5.346	23,86%			22.000	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE (PROTESI ACUSTICHE)	305.385	208.809	318.138	109.329	52,36%			342.000	

Delta vs 2021 NO COVID: +613.824 €

+303.667 € MEDICINALI (ORL Dupilumab, Dermatologia in particolare TREMFYA/SKYRIZI, Oculistica farmaci intravitreali)

+199.726 IMPIANTABILI NON ATTIVI (Ortopedia, Chirurgia Vascolare, Oculistica)

+116.908 € DM (Ortopedia, Anestesia-Rianimazione, Chirurgia generale)

Delta vs 2019: +1.075.060 €

DA NEGOZIARE:

OXIPLEX AP DISPOSITIVI PER LA PREVENZIONE DELLE ADERENZE POST-OPERATORIE (Chirurgia Cesena) inviata richiesta in CADM 17.500 €

ORVIL: SUTURATRICI ad accesso orale (Chirurgia Cesena)+ 10.500 € (parere non favorevole CADM)

D0038 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.FORLI' CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0059 - UO CARDIOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0060 - UO CARDIOLOGIA FORLI	Punti Dirigenza	C1168 - UO MEDICINA INTERNA CESENA - CESENATICO	Punti Dirigenza	C1161 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA FORLI -S.SOFIA	Punti Dirigenza	C1185 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	C0052 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FORLI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE															
	Area di performance dell'accesso e della domanda	30	30	35	35	55	55								
CdG: flusso PS	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con più e meno di 45.000 accessi. Target: >= 90%									X		X		X	Dall'attuazione del più complessivo piano di interventi si attende un miglioramento rispetto 2021
CdG: flusso PS	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con meno di 45.000 accessi. Target: >= 95%									X		X		X	Dall'attuazione del più complessivo piano di interventi si attende un miglioramento rispetto 2021
CdG: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <= 30%	X		X		X		X		X		X		X	
CdG: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore. Target: tendente a 0	X		X		X		X		X		X		X	L'andamento del tempo di boarding potrebbe risentire degli effetti diversa modalità di compilazione e passaggio al nuovo applicativo di PS. Possibile peggioramento per migliore/diversa compilazione degli orari; dovrà essere strettamente monitorato nel corso dell'anno.
CdG: flusso PS	Ottimizzazione processi e percorsi interni per garantire tempestività di presa in carico. Indicatore: miglioramento % casi con accesso alla visita entro i tempi (codice colore al triage arancione e azzurro) Target: miglioramento verso 2021									X		X		X	Arancione: 15' Azzurro: 60'
CdG: flusso PS	% abbandoni. Target: < 5%									X		X		X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Predisposizione di progetti di miglioramento/percorsi specifici per condizioni di vulnerabilità (fine vita: Forlì-Cesena, Ravenna, Rimini; autismo:Ravenna, SLA: Ravenna, fragili: Rimini). Target: elaborazioni protocolli entro settembre e applicazione successiva									X		X		X	Percorsi prioritari: su Forlì il percorso anziani fragili e su Cesena il fine vita. Condivisione del lavoro che le UUOO dei due ambiti porteranno avanti.
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Collaborazione alla predisposizione dei protocolli operativi di attivazione dei fast track per la condivisione dei criteri di elegibilità. Target: condivisione protocolli secondo tempogramma di implementazione dei fast track definito dalle direzioni di presidio									X		X		X	Per Cesena revisione criteri Fast track otorino e dermatologico; modificare fast track ostetrico-ginecologico secondo progetto. Per Forlì Dermatologico, Ginecologico, Urologico.
CdG: fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta urgente del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS con richiesta urgente del MMG Target: in riduzione	X		X		X		X		X		X			In corresponsabilità con Dipartimenti Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione MMG/PLAmbito di FC (UUOO coinvolte): Cardiologia, Nefrologia, Neurologia , Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino,Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia,Malattie Infettive.
Report first aid	Tempestiva presa in carico ed erogazione delle consulenze (visite/esami diagnostici) su accessi di PS. Target: 70 % consulenze erogate entro 60'	X		X		X		X							Sviluppo del sistema di rilevazione informatica dei tempi di consulenza (allineamento ad anagrafica PdE e corretta registrazione del dato).
Monitoraggio e rendicontazione Direttore di Dipartimento e RID	Protocolli di anticipazione diagnostica al triage. Target: definizione protocolli entro giugno e applicazione successiva.									X		X		X	

D0038 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.FORLI' CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0059 - UO CARDIOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0060 - UO CARDIOLOGIA FORLI	Punti Dirigenza	C1168 - UO MEDICINA INTERNA CESENA - CESENATICO	Punti Dirigenza	C1161 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA FORLI -S.SOFIA	Punti Dirigenza	C1185 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	C0052 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FORLI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Report esito verifica a campione	Partecipazione ai lavori di predisposizione per l'adozione del progetto "Trattamento precoce del dolore in Pronto soccorso". Target: adesione alla procedura (verificata su un campione di accessi a PS nel terzo trimestre)									X		X		X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione (report bed management)	Collaborazione alla predisposizione del progetto "nuovo modello organizzativo di gestione della risorsa posto letto per i ricoveri in emergenza urgenza" (bed management) che contempli anche i percorsi per il rientro dei pazienti dalle funzioni hub (STROKE, POLITRAUMA, IMA) Indicatore: elaborazione progetto entro maggio 2022 e successiva adesione.	X		X		X		X		X		X		X	Coordinamento e organizzazione in capo alle direzioni di presidio e alla funzione di bed management.Per Cesena Aggiornamento del piano. Avviare sistemi di controllo a seguito della pandemia. Fornire indicazioni su decentramento per alcune patologie.
CdG: flusso SDO	% dimissioni nel week end	X		X		Miglioramento rispetto 2021		X						X	
CdG: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X							
CdG: flusso SDO	Indice di performance aziendale per coronarografia entro classe di priorità. Target: 90% entro standard	X		X										X	
CdG: flusso SDO	Indice di performance aziendale per angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro classe di priorità. Target: 90% entro standard	X		X										X	
Rendicontazione a cura Referente medico direzione, Dir.Distretto e Dir. DCP	PPI di Cattolica, Santarcangelo e Cesenatico: progressivo completamento del progetto di riorganizzazione dei PPI con passaggio di afferenza ai Dipartimenti di Cure Primarie.									X				X	
Rendicontazione a cura Referente medico direzione	Attivazione percorso PS -Medicina per presa in carico pazienti internistici. Indicatore: Definizione del percorso ed inizio attività.					X		X		X		X		X	
Area di performance dell'integrazione		10		10		20		15		10		10			
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Scompenso Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X		X		X		X		X	Obiettivo specifico delle UUOO di questo dip: Favorire la continuità Ospedale-Territorio al momento della dimissione: - Modifica della Lettera di dimissione per i pz con diagnosi di SC - Attivazione del modulo di dimissione dall'ambulatorio scompenso ospedaliero con i dati previsti; prevede il progetto di fattibilità di implementazione del case manager presso Amb. Cardiologico di Forlì
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al progetto di miglioramento NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X		X		X		X		X	
Monitoraggio e rendicontazione Direttore UO	Implementazione ambulatorio scompenso cronico in collaborazione con la Cardiologia.(mantenimento Fill-Rouge).	X				X				X				X	Indicatori di appropriatezza previsti nello studio
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Attivazione ambulatorio Amiloidosi per ambito Ausl. Indicatore: Avvio attività a seguito dell'autorizzazione regionale del centro di riferimento.			X										X	Previsti in Ausl 117 pazienti.

D0038 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.FORLI' CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0059 - UO CARDIOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0060 - UO CARDIOLOGIA FORLI	Punti Dirigenza	C1168 - UO MEDICINA INTERNA CESENA - CESENATICO	Punti Dirigenza	C1161 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA FORLI -S.SOFIA	Punti Dirigenza	C1185 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	C0052 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FORLI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Monitoraggio e rendicontazione Direttore Dipartimento	Progetto di controllo remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili: definizione del modello gestionale organizzativo, implementazione e monitoraggio della corretta progressione del progetto (Remot heart)	X		X										X	In corso di verifica fattibilità del progetto su tutte le Uo di cardiologia aziendali.
Area di performance degli Esiti		5		5											
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Focus group su indicatori PNE critici e evidenza azioni correttive conseguentemente attivate. Target: report esito focus group e progetto di miglioramento	X		X											
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI															
Area di performance della produzione		30		30		20		25		10		10			
CdG: flusso ASA. Referente medico di direzione	Rispetto del piano di produzione specialistica ambulatoriale per esterni	Rientro ai valori 2019 (al netto TAO)		Rientro ai valori 2019 (al netto TAO)		+24%		+43%						X	Da marzo nuovo ambulatorio medicina Vascolare per interni a Cesenatico.Per cardiologia FO ECG: + 10 alla settimana in istituzionale. Fatto salvo che la situazione epidemiologica e le condizioni di contesto consentano l'attività a pieno regime.
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X			
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		5		5			
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X		X		X	
Direzione Ass. Farmaceutica	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab). Target: >=90%					X		X							
Direzione Ass. Farmaceutica	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021					X		X							
Direzione Ass. Farmaceutica	Utilizzo statine in prevenzione primaria nei pazienti anziani: riduzione % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria. Promuovere l'utilizzo appropriato delle statine con corretta applicazione delle linee guida e della nota AIFA 13 come previsto dal piano "performance aziendale 2021-2023". Azioni sulle UU.OO. da parte del farmacista facilitatore e incontri nei NCP con partecipazione attiva, oltre al farmacista, di un Medico del Dipartimento Cure Primarie e medico specialista di branca (cardiologo, geriatra). Target: evidenza documentale incontri e riduzione % verso 2021	X		X											

D0038 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.FORLI' CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0059 - UO CARDIOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0060 - UO CARDIOLOGIA FORLI	Punti Dirigenza	C1168 - UO MEDICINA INTERNA CESENA - CESENATICO	Punti Dirigenza	C1161 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA FORLI -S.SOFIA	Punti Dirigenza	C1185 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	C0052 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FORLI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Direzione Ass. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità.	X		X		X		X							Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota, coinvolgimento dei Dipartimenti Emergenze (UUOO Cardiologia e UUOO Medicina) e Medicine Specialistiche (UUOO Pneumologia, Diabetologia). Discussione coi Professionisti coinvolti sulla reportistica finale che comprenderà: n. riconciliazioni effettuate sul totale del campione, n. farmaci prescritti, n. di farmaci critici secondo i criteri di Beers e n. di interazioni farmacologiche, n. ricoveri e n. accessi PS misurati prima e dopo la riconciliazione.
Rendicontazione a cura RID	Partecipazione al corso FAD "Sicurezza delle cure: prescrizione informatizzata e Dose Unitaria"							X						X	
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5		5			
CdG: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione Referente medico di direzione	Partecipazione all'implementazione del nuovo applicativo ambulatoriale aziendale	X				X									
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5		5		5		5		5		5			
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'															
Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		10			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X			
Direzione Assist. Farmaceutica	Adesione nuova gara regionale Endoprotesi Coronariche. Target: adesione >=95%	X		X											
CdG: flusso DIME	Spesa per paziente per Pacemaker. Indicatore: variazione costo medio per paziente verso 2021 Target: allineamento all'andamento medio regionale	X		X											

D0038 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.FORLI' CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0059 - UO CARDIOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0060 - UO CARDIOLOGIA FORLI	Punti Dirigenza	C1168 - UO MEDICINA INTERNA CESENA - CESENATICO	Punti Dirigenza	C1161 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA FORLI -S.SOFIA	Punti Dirigenza	C1185 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	C0052 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FORLI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG: flusso DIME	Spesa per paziente per Defibrillatori impiantabili. Indicatore: costo medio per paziente verso 2021 Target: in riduzione vs 2021	X		X											
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO															
Area di performance dell'organizzazione															
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X	
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X	
Rendicontazione a cura RID	Progetto di revisione del modello organizzativo inserimento della figura del Case Manager Target: presentazione del progetto							X				X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0038 - DIPARTIMENTO DI EMERGENZA - INTERNISTICO - CARDIOL. FORLI'-CESENA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	2.308.607	2.205.566	2.612.377	406.812	18,44%	100.682	290.348	2.856.076	77.909
BS002 - EMODERIVATI	138.832	199.491	133.486	-66.005	-33,09%	15.624	4.535	141.535	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	47.309	44.153	47.425	3.272	7,41%	29.448	24.037	53.071	17.050
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	1.296.486	1.130.335	1.050.772	-79.563	-7,04%	0	0	1.264.144	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	379.366	362.721	406.548	43.827	12,08%	55.609	345.427	452.898	410.409
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.495.321	2.773.380	2.720.738	-52.642	-1,90%	974.785	1.233.390	2.948.352	784.482
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	93.430	74.993	74.651	-341	-0,46%	147	372	83.104	0
BS012 - VACCINI	26.868	21.293	18.609	-2.684	-12,60%	0	0	16.606	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	14.441	18.352	14.762	-3.590	-19,56%	2.109	2.790	17.245	292
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	387.643	269.718	303.563	33.845	12,55%	102	0	257.970	0
TOTALE BENI SANITARI	8.188.305	7.100.001	7.382.932	282.931	3,98%	1.178.507	1.900.899	8.091.000	1.290.142

OSSIGENOTERAPIA - OSSIGENO	236.027	207.514	217.377	9.863	4,75%			218.500	
OSSIGENOTERAPIA - CANONI NOLEGGIO	1.025.863	1.109.037	1.136.898	27.861	2,51%			1.550.000	

Delta vs 2021 NO COVID: + 708.068 €
+227.614 € DM (Cardiologia Forlì e Cesena)
+ 213.372 € IMPIANTABILI ATTIVI (Cardiologia Forlì)
+ 243.698 € MEDICINALI (costi emergenti sacubitril/valsartan e i-PCSK9 Cardiologie e farmaci biologici reumatologia)

Delta vs 2019: - 97.305 €

D0039 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.RAVENNA- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s trumenti di verifica		C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGN E	Punti Dirigenza	C1063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA-FAENZA-LUGO	Punti Dirigenza	C0207 - UO MEDICINA INTERNA FAENZA	Punti Dirigenza	C0208 - UO MEDICINA INTERNA LUGO	Punti Dirigenza	C2206 - UO MEDICINA INTERNA 2 RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																			
Area di performance dell'accesso e della domanda		55		55		55		5		35		35		35		35			
CdG: flusso PS	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con più e meno di 45.000 accessi. Target: >= 90%	X		X		X												X	L'attuazione del più complessivo piano di interventi deve portare ad un miglioramento rispetto 2021
CdG: flusso PS	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con meno di 45.000 accessi. Target: >= 95%	X		X		X												X	L'attuazione del più complessivo piano di interventi deve portare ad un miglioramento rispetto 2021
CdG: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <= 30%	X		X		X				X		X		X		X		X	Mantenimento progetto admission discharge. Favorire invio verso il distretto e diverso invio del paziente nelle ore notturne. Ottimizzazione della gestione dei ricoveri nell'ambito di Ravenna della rete cardiologica ambito di Ravenna.
CdG: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore. Target: tendente a 0	X		X		X				X		X		X		X		X	
CdG: flusso PS	Ottimizzazione processi e percorsi interni per garantire tempestività di presa in carico. Indicatore: miglioramento % casi con accesso alla visita entro i tempi (codice colore al triage arancione e azzurro) Target: migliormento verso 2021	X		X		X												X	Arancione: 15' Azzurro: 60'
CdG: flusso PS	% abbandoni. Target: < 5%	X		X		X												X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Predisposizione di progetti di miglioramento/percorsi specifici per condizioni di vulnerabilità (fine vita: Forlì-Cesena, Ravenna, Rimini; autismo:Ravenna, SLA: Ravenna, fragili: Rimini). Target: elaborazioni protocolli entro settembre e applicazione successiva	X		X		X												X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Collaborazione alla predisposizione dei protocolli operativi di attivazione dei fast track per la condivisione dei criteri di elegibilità. Target: condivisione protocolli secondo tempogramma di implementazione dei fast track definito dalle direzioni di presidio	X		X		X												X	Attivazione fast track dermatologico, urologico e otorinolaringoiatrico.
CdG: fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta urgente del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS con richiesta urgente del MMG Target: in riduzione									X		X		X		X			In corresponsabilità con i dip coinvolti e le Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG. UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
Report first aid	Tempestiva presa in carico ed erogazione delle consulenze (visite/esami diagnostici) su accessi di PS. Target: 70 % consulenze erogate entro 60'									X									Sviluppo del sistema di rilevazione informatica dei tempi di consulenza (allineamento ad anagrafica PdE e corretta registrazione del dato).
Monitoraggio e rendicontazione Direttore di Dipartimento e RID	Protocolli di anticipazione diagnostica al triage. Target: definizione protocolli entro giugno e applicazione successiva.	X		X		X												X	
Report esito verifica a campione	Partecipazione ai lavori di predisposizione per l'adozione del progetto "Trattamento precoce del dolore in Pronto soccorso". Target: adesione alla procedura (verificata su un campione di accessi a PS nel terzo trimestre)	X		X		X		X										X	

D0039 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.RAVENNA- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGN E	Punti Dirigenza	C1063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA-FAENZA-LUGO	Punti Dirigenza	C0207 - UO MEDICINA INTERNA FAENZA	Punti Dirigenza	C0208 - UO MEDICINA INTERNA LUGO	Punti Dirigenza	C2206 - UO MEDICINA INTERNA 2 RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione (report bed management)	Collaborazione alla predisposizione del progetto "nuovo modello organizzativo di gestione della risorsa posto letto per i ricoveri in emergenza urgenza" (bed management) che contempli anche i percorsi per il rientro dei pazienti dalle funzioni hub (STROKE, POLITRAUMA, IMA) Indicatore: elaborazione progetto entro maggio 2022 e successiva adesione.	X		X		X				X		X		X		X		X	Coordinamento e organizzazione in capo alle direzioni di presidio e alla funzione di bed management
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Elaborazione progetto per la definizione di percorsi PS - specialisti per il passaggio in cura/presa in carico dei pazienti gastroenterologici e implementazione. Target: evidenza progetto entro aprile e applicazione successiva					X												X	I servizi di PS sono chiamati a collaborare con la UO di gastroenterologia per la definizione dei percorsi per la gestione dei pazienti con emorragia digestiva
CdG: fonte PS	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >= 90%									X		X		X		X			
CdG: flusso SDO	Indice di performance aziendale per coronarografia entro classe di priorità. Target: >= 90%									X								X	
CdG: flusso SDO	Indice di performance aziendale per angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro classe di priorità. Target: >= 90%									X								X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Gestione informatizzata della lista di attesa chirurgica sull'applicativo dedicato entro Giugno 2022.									X								X	
Area di performance dell'Integrazione			10		10		10				10		10		10		10		
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Scompenso Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X				X		X		X		X		X	Obiettivo specifico delle UUOO di questo dip: Favorire la continuità Ospedale-Territorio al momento della dimissione: - Modifica della Lettera di dimissione per i pz con diagnosi di SC - Attivazione del modulo di dimissione dall'ambulatorio scompenso ospedaliero con i dati previsti
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al progetto di miglioramento NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X				X		X		X		X		X	
Area di performance degli Esiti																			
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Focus group su indicatori PNE critici e evidenza azioni correttive conseguentemente attivate. Target: report esito focus group e progetto di miglioramento									X									
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																			
Area di performance della produzione			10		10		10			30		30		30		30		30	
CdG: flusso ASA	Rispetto del piano di produzione/specialistica ambulatoriale									Rientro ai valori 2019		Rientro ai valori 2019		Rientro ai valori 2019		Rientro ai valori 2019		X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X				X		X		X		X			
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico			5		5		5		5		5		5		5		5		
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X		X		X	

D0039 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.RAVENNA- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s trumenti di verifica		C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGN E	Punti Dirigenza	C1063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA-FAENZA-LUGO	Punti Dirigenza	C0207 - UO MEDICINA INTERNA FAENZA	Punti Dirigenza	C0208 - UO MEDICINA INTERNA LUGO	Punti Dirigenza	C2206 - UO MEDICINA INTERNA 2 RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Direzione Ass. Farmaceutica	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab). Target: >=90%											X		X		X			
Direzione Ass. Farmaceutica	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021											X		X		X			
Direzione Ass. Farmaceutica	Utilizzo statine in prevenzione primaria nei pazienti anziani: riduzione % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria. Promuovere l'utilizzo appropriato delle statine con corretta applicazione delle linee guida e della nota AIFA 13 come previsto dal piano "performance aziendale 2021-2023". Azioni sulle UU.OO. da parte del farmacista facilitatore e incontri nei NCP con partecipazione attiva, oltre al farmacista, di un Medico del Dipartimento Cure Primarie e medico specialista di branca (cardiologo, geriatra). Target: evidenza documentale incontri e riduzione % verso 2021									X									
Direzione Ass. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità.									X		X		X		X			Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota, coinvolgimento dei Dipartimenti Emergenze (UUOO Cardiologia e UUOO Medicina) e Medicine Specialistiche (UUOO Pneumologia, Diabetologia). Discussione coi Professionisti coinvolti sulla reportistica finale che comprenderà: n. riconciliazioni effettuate sul totale del campione, n. farmaci prescritti, n. di farmaci critici secondo i criteri di Beers e n. di interazioni farmacologiche, n. ricoveri e n. accessi PS misurati prima e dopo la riconciliazione.
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		75		5		5		5		5		5	
CdG: fonte SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO	X		X		X				X		X		X		X			
CdG: flusso SDO e Referente Medico di Direzione	Integrazione dei letti di Utic e di Terapia Intensiva sul PO di Lugo per il trattamento/ricovero di patologie intensive e semintensive. Target: Revisione dei posti letto UTIC a favore dell'attivazione di coerenti posti letto di Intensive Care Unit (ICU) in capo ai referenti rianimatori, entro Settembre 2022.									X									
Report bed management	Miglioramento flusso dei pazienti. Indicatore: % pazienti trasferiti in Medicina da cardiologia e Murg entro le ore 14.00 (in accordo con bed management) Target: 15%	X		X		X				X								X	I pazienti complessi di esser valutati in una fascia oraria che permette un maggior tempo di processazione e ottimizzi il successivo flusso dal PS che poi si ripercuote sulla notte.
Monitoraggio e rendicontazione direttore 118	Regolamento unico aziendale per l'unificazione funzionale delle centrali trasporti secondari. Target: procedura operativa entro giugno							X										X	Individuazione di indicatori di misurazione del livello di applicazione nel secondo semestre
Direttore 118/RID	Elaborazione progetto revisione modello organizzativo con individuazione competenze infermieristiche avanzate. Elaborazione progetto entro settembre							X										X	
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		5		5	
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X			

D0039 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.RAVENNA- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGN E	Punti Dirigenza	C1063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA-FAENZA-LUGO	Punti Dirigenza	C0207 - UO MEDICINA INTERNA FAENZA	Punti Dirigenza	C0208 - UO MEDICINA INTERNA LUGO	Punti Dirigenza	C2206 - UO MEDICINA INTERNA 2 RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																			
Area economico finanziaria			10		10		10		10		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X			
Direzione Assist. Farmaceutica	Adesione nuova gara regionale Endoprotesi Coronariche. Target: adesione >=95%									X									
CdG: flusso DIME	Spesa per paziente per Pacemaker. Indicatore: variazione costo medio per paziente verso 2021 Target: allineamento all'andamento medio regionale									X									
CdG: flusso DIME	Spesa per paziente per Defibrillatori impiantabili. Indicatore: costo medio per paziente verso 2021 Target: in riduzione vs 2021									X									
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																			
Area di performance dell'organizzazione																			
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Ridefinizione del ruolo e delle competenze del case manager											X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Rafforzamento delle competenze infermieristiche nell'assistenza in trattamento dialitico e emofiltrazione									X									Coinvolge il reparto UTIC di Ravenna

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0039 - DIP.EMERGENZA,INTERISTICO E CARDIOL.RAVENNA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	2.032.292	1.697.150	1.987.516	290.366	17,11%	216.144	422.904	2.144.145	122.085
BS002 - EMODERIVATI	347.933	309.474	291.145	-18.329	-5,92%	7.565	10.568	251.892	1.707
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	58.384	44.928	48.346	3.418	7,61%	37.865	36.090	56.415	25.119
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	1.507.247	1.506.048	1.576.950	70.902	4,71%			1.977.531	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	323.601	263.233	283.104	19.872	7,55%	64.833	461.200	297.410	586.518
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.676.564	2.774.509	3.063.957	289.448	10,43%	1.448.400	2.153.149	3.169.861	1.322.215
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	88.081	83.714	97.658	13.944	16,66%	607	541	90.843	665
BS012 - VACCINI	184.890	19.070	19.697	627	3,29%			24.544	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	37.161	28.746	31.049	2.303	8,01%	5.527	5.291	32.651	2.028
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	561.708	460.459	554.559	94.100	20,44%	154		600.000	0
TOTALE BENI SANITARI	8.817.860	7.187.332	7.953.982	766.650	10,67%	1.781.094	3.089.743	8.645.293	2.060.338

Delta NO COVID 2022 vs 2021: + 691.311 €

+400.581 € IMPIANTABILI ATTIVI (Cardiologia: PM, EMBLEM, LOOP RECORDER)

+105.904 € DM (Cardiologia crioablazione Elettrofisiologia)

+156.629 € MEDICINALI (in particolare Cardiologia)

Delta vs 2019: - 172.567 €

Da valutare costi emergenti per farmaci oncologici orali (epatocarcinomi) per Medicina Interna Faenza (Dott. Foschi) + 100.000 €

Endoprotesi coronariche: da valutare in corso d'anno risparmi stimati di - 173.591 € a livello aziendale per nuova gara

D0040 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.RIMINI- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0056 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0057 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C0232 - UO MEDICINA INTERNA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0234 - UO MEDICINA INTERNA CATTOLICA	Punti Dirigenza	C0235 - UO MEDICINA INTERNA RIMINI	Punti Dirigenza	C1065 - UO CARDIOLOGIA RIMINI (RICCIONE)	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE															
Area di performance dell'accesso e della domanda			55		55		35		40		40		35		
CdG: flusso PS	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con più e meno di 45.000 accessi. Target: >= 90%	X		X										X	Dall'attuazione del più complessivo piano di interventi si attende un miglioramento rispetto 2021
CdG: flusso PS	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con meno di 45.000 accessi. Target: >= 95%	X		X								X		X	Dall'attuazione del più complessivo piano di interventi si attende un miglioramento rispetto 2021
CdG: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <= 30%	X		X		X		X		X		X		X	
CdG: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore. Target: tendente a 0	X		X		X		X		X		X		X	
CdG: flusso PS	Ottimizzazione processi e percorsi interni per garantire tempestività di presa in carico. Indicatore: miglioramento % casi con accesso alla visita entro i tempi (codice colore al triage arancione e azzurro) Target: miglioramento verso 2021	X		X										X	Arancione: 15' Azzurro: 60'
CdG: flusso PS	% abbandoni. Target: < 5%	X		X										X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Predisposizione di progetti di miglioramento/percorsi specifici per condizioni di vulnerabilità (fine vita: Forlì-Cesena, Ravenna, Rimini; autismo:Ravenna, SLA: Ravenna, fragili: Rimini). Target: elaborazioni protocolli entro settembre e applicazione successiva	X		X										X	In collaborazione con la Rianimazione, Dipartimento Cure Primarie,Medicina Cardiologia, Terapia Analgica
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Collaborazione alla predisposizione dei protocolli operativi di attivazione dei fast track per la condivisione dei criteri di elegibilità. Target: condivisione protocolli secondo tempogramma di implementazione dei fast track definito dalle direzioni di presidio			X										X	Attivazione fast track dermatologico;Attivazione fast track urologico entro il primo trimestre 2022
CdG: fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta urgente del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS con richiesta urgente del MMG Target: in riduzione					X		X		X		X			In corresponsabilità con i dip coinvolti e le Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG. UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
Report first aid	Tempestiva presa in carico ed erogazione delle consulenze (visite/esami diagnostici) su accessi di PS. Target: 70 % consulenze erogate entro 60'					X		X		X		X			Sviluppo del sistema di rilevazione informatica dei tempi di consulenza (allineamento ad anagrafica PdE e corretta registrazione del dato). Anche su Dipartimento Neuroscienze.
Monitoraggio e rendicontazione Direttore di Dipartimento e RID	Protocolli di anticipazione diagnostica al triage. Target: definizione protocolli entro giugno e applicazione successiva.	X		X										X	Protocolli già presenti, valutazione di eventuali nuovi protocolli
Report esito verifica a campione	Partecipazione ai lavori di predisposizione per l'adozione del progetto "Trattamento precoce del dolore in Pronto soccorso". Target: adesione alla procedura (verificata su un campione di accessi a PS nel terzo trimestre)	X		X										X	

D0040 - DIP.EMERGENZA,INTERISTICO E CARDIOL.RIMINI- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0056 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0057 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C0232 - UO MEDICINA INTERNA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0234 - UO MEDICINA INTERNA CATTOLICA	Punti Dirigenza	C0235 - UO MEDICINA INTERNA RIMINI	Punti Dirigenza	C0065 - UO CARDIOLOGIA RIMINI (RICCIONE)	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione (report bad management)	Collaborazione alla predisposizione del progetto "nuovo modello organizzativo di gestione della risorsa posto letto per i ricoveri in emergenza urgenza" (bed management) che contempli anche i percorsi per il rientro dei pazienti dalle funzioni hub (STROKE, POLITRAUMA, IMA) Indicatore: elaborazione progetto entro maggio 2022 e successiva adesione.	X		X		X		X		X		X		X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Organizzazione di un day service cardiologico per la presa in carico di pazienti cronici con complessità prevalentemente cardiologica provenienti da cardiologia pronto soccorso e medicina interna. Target: attivazione entro settembre					X		X				X		X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione	Riorganizzazione del Servizio cardiologica clinica di Riccione con implementazione degli ambulatori di scompenso/cardiomiopatie, pediatrico, valvolari e post-ischemico. Target: attivazione entro settembre											X		X	
Rendicontazione a cura Referente medico direzione, Dir.Distretto e Dir. DCP	PPI di Cattolica, Santarcangelo e Cesenatico: progressivo completamento del progetto di riorganizzazione dei PPI con passaggio di afferenza ai Dipartimenti di Cure Primarie.	X		X		X		X						X	Partecipazione alla realizzazione e condivisione insieme ai distretti di Rimini e Riccione, alla medicina di cattolica/riccione e dip. cure primarie del progetto di passaggio in carico del PPI cattolica al medico di continuità assistenziale h24. Stessa ipotesi per il PPI di Santarcangelo.
CdG: flusso SDO	% dimissioni nel week end					mantenim ento 2021		mantenim ento 2021		mantenim ento 2021		mantenim ento 2021		X	in coerenza con disponibilità dei trasporti secondari nei festivi e la disponibilità delle strutture intermedie ad accogliere i pazienti nei festivi
CdG: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate					X		X		X		X			
CdG: flusso SDO	Indice di performance aziendale per coronarografia entro classe di priorità. Target: 90% entro standard											X		X	
CdG: flusso SDO	Indice di performance aziendale per angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro classe di priorità. Target: 90% entro standard											X		X	
Referente medico di direzione	Gestione informatizzata della lista di attesa chirurgica sull'applicativo dedicato. Target: entro giugno 2022.											X		X	
Area di performance dell'Integrazione			5		5		5		5		5		5		
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Scompenso Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X		X		X		X		X	Obiettivo specifico delle UUO di questo dip: Favorire la continuità Ospedale-Territorio al momento della dimissione: - Modifica della Lettera di dimissione per i pz con diagnosi di SC - Attivazione del modulo di dimissione dall'ambulatorio scompenso ospedaliero con i dati previsti
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al progetto di miglioramento NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X		X		X		X		X	
Area di performance degli Esiti														5	

D0040 - DIP.EMERGENZA,INTERISTICO E CARDIOL.RIMINI- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0056 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0057 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C0232 - UO MEDICINA INTERNA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0234 - UO MEDICINA INTERNA CATTOLICA	Punti Dirigenza	C0235 - UO MEDICINA INTERNA RIMINI	Punti Dirigenza	C1065 - UO CARDIOLOGIA RIMINI (RICCIONE)	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Focus group su indicatori PNE critici e evidenza azioni correttive conseguentemente attivate. Target: report esito focus group e progetto di miglioramento											X			
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI															
Area di performance della produzione			15		10		30		30		30		30		
CdG: flusso ASA	Rispetto del piano di produzione/specialistica ambulatoriale					mantenim ento 2021		mantenim ento 2021		mantenim ento 2021		X (vedi nota)		X	Rimini: -Incremento 2 sedute/sett elettrofisiologia (incremento risorse pari a 2 IP). -incremento da 9 a 18 visite/sett -incremento da 3 a 10 prestazioni/sett di ecocardio transtoracici Riccione: -incremento da 10 a 20 prestazioni a settimana (di cui 5 visite di controllo). -Ecocardio transtoracici: incremento da 10 a 20 prestazioni a settimana
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X			
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico	Attivazione della nuova Medicina d'urgenza Riccione e quindi dei 4 posti letto di Semi-intensiva in seguito ai finanziamenti Arcuri - covid. Target: utilizzo dei posti letto di semintensiva	X												X	
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico			5		5		5		5		5		5		
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X				X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X				X	
Direzione Ass. Farmaceutica	% di consumo di insulina lispro (ad azione rapida) a miglior rapporto costo-opportunità e rispetto esito di gara. Target=>valore anno 2021					X		X		X					
Direzione Ass. Farmaceutica	Utilizzo statine in prevenzione primaria nei pazienti anziani: riduzione % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria. Promuovere l'utilizzo appropriato delle statine con corretta applicazione delle linee guida e della nota AIFA 13 come previsto dal piano "performance aziendale 2021-2023". Azioni sulle UU.OO. da parte del farmacista facilitatore e incontri nei NCP con partecipazione attiva, oltre al farmacista, di un Medico del Dipartimento Cure Primarie e medico specialista di branca (cardiologo, geriatra). Target: evidenza documentale incontri e riduzione % verso 2021											X			
Direzione Ass. Farmaceutica	PDTA e formazione MMG e specialisti su nota Aifa 99 (BPCO) e nota Aifa 100 (nuovi antidiabetici). Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolta ai MMG sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia dei farmaci per il diabete e farmaci per la BPCO.Tagert >=9									X		X			N° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali (Medico del DCP e Specialista di branca). Almeno 3 incontri per ambito provinciale.

D0040 - DIP.EMERGENZA,INTERISTICO E CARDIOL.RIMINI- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0056 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0057 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C0232 - UO MEDICINA INTERNA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0234 - UO MEDICINA INTERNA CATTOLICA	Punti Dirigenza	C0235 - UO MEDICINA INTERNA RIMINI	Punti Dirigenza	C0065 - UO CARDIOLOGIA RIMINI (RICCIONE)	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Direzione Ass. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità. Target: entro fine anno											X			Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota, coinvolgimento dei Dipartimenti Emergenze (UUOO Cardiologia e UUOO Medicina) e Medicine Specialistiche (UUOO Pneumologia, Diabetologia). Discussione coi Professionisti coinvolti sulla reportistica finale che comprenderà: n. riconciliazioni effettuate sul totale del campione, n. farmaci prescritti, n. di farmaci critici secondo i criteri di Beers e n. di interazioni farmacologiche, n. ricoveri e n. accessi PS misurati prima e dopo la riconciliazione.
Area di performance dell'organizzazione			5		10		10		5		5		5		
CdG: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X		X		X		X		X		X			
CdG: flusso SDO	Integrazione dei letti di Utic e con i letti di Terapia Intensiva sul PO di Riccione (dove i due reparti sono complanari) per il trattamento/ricovero di patologie intensive e semintensive (insuff. d'organo e decalage respiratorio). Target: miglioramento TOPL dei letti di UTIC											X		X	Obiettivo in comune con la Rianimazione di Riccione
Referente medico di direzione	Implementazione del percorso per la gestione del paziente post cardio-chirurgico e con scompenso cardiaco avanzato da avviare a riabilitazione cardio-respiratoria (con supporto di pneumologia, medicina fisiologica anche con modalità di telemedicina). Riduzione del numero dei re-ricoveri e presa in carico dei pazienti post cardio-chirurgici (area Rimini Riccione). Indicatore: n. pazienti presi in carico											X		X	In collaborazione con Pneumologia e Fisiologia.
Monitoraggio e rendicontazione Direttore Dip. E RID	Implementazione in PS RN di un modello organizzativo per macroaree a superamento del modello ambulatoriale con rimodulazione delle presenze del personale, come da progetto specifico in relazione ai flussi giornalieri stagionali e dovuti alla pandemia.			X										X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico	Creazione amb. post ricovero/scompenso cardiaco per i dimessi da reparti di Medicina Rimini Indicatore: n. pazienti presi in carico									X				X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico	Attivazione ambulatorio per pazienti fragili pluripatologici ad accesso da reparto e dall'esterno con accesso diretto da MMG o da ambulatorio scompenso cardiologia Indicatore: n. pazienti presi in carico					X								X	
Area di performance dell'Anticorruzione e Trasparenza			5		5		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X			

D0040 - DIP.EMERGENZA,INTERISTICO E CARDIOL.RIMINI- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0056 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0057 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C0232 - UO MEDICINA INTERNA RICCIONE	Punti Dirigenza	C0234 - UO MEDICINA INTERNA CATTOLICA	Punti Dirigenza	C0235 - UO MEDICINA INTERNA RIMINI	Punti Dirigenza	C1065 - UO CARDIOLOGIA RIMINI (RICCIONE)	Punti Dirigenza	Comparto	Note
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'															
Area economico finanziaria			10		10		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X			
Direzione Assist. Farmaceutica	Adesione nuova gara regionale Endoprotesi Coronariche. Target: >=95%											X			
CdG: flusso DIME	Spesa per paziente per Pacemaker. Indicatore: variazione costo medio per paziente verso 2021											X			
CdG: flusso DIME	Target: allineamento all'andamento medio regionale											X			
	Spesa per paziente per Defibrillatori impiantabili. Indicatore: costo medio per paziente verso 2021											X			
	Target: in riduzione vs 2021														
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO															
Area di performance dell'organizzazione															
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X	
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X	
Rendicontazione a cura RID	Implementazione del modello di passaggio delle consegne "Bedside handover"									X					

Firma

 Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

 Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

 Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0040 - DIP.EMERGENZA,INTERISTICO E CARDIOL.RIMINI

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	2.979.933	3.048.912	3.271.513	222.601	7,30%	160.523	285.929	3.288.945	55.314
BS002 - EMODERIVATI	240.550	204.070	261.864	57.794	28,32%	10.853	12.129	255.663	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	36.853	32.550	30.302	-2.248	-6,90%	43.316	22.704	32.993	17.447
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	1.619.681	1.076.717	1.512.977	436.260	40,52%			1.592.953	0
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	854.453	724.042	625.835	-98.207	-13,56%	79.670	398.411	625.243	453.399
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.266.798	3.122.845	3.761.363	638.518	20,45%	1.323.583	1.506.845	3.842.246	863.663
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	134.916	114.674	128.269	13.595	11,86%	434	136	146.220	0
BS012 - VACCINI	687	323	409	87	26,83%			409	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	8.328	6.390	8.630	2.240	35,06%	1.608	1.807	9.297	245
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	1.139.462	1.952.081	3.390.729	1.438.649	73,70%			3.396.061	0
TOTALE BENI SANITARI	10.281.660	10.282.602	12.991.892	2.709.290	26,35%	1.619.986	2.227.961	13.190.030	1.390.069

SERVICE SANITARI	5.108	47.136	48.319	1.183	2,51%			64.000	
------------------	-------	--------	--------	-------	-------	--	--	--------	--

Delta NO COVID 2022 vs 2021: +198.138 €

+ 80.882 € DM (Medicine incremento spesa microinfusori, sensori e Freestyle)

+ 79.976 € Impiantabili attivi (Cardiologia)

+ 17.432 € Medicinali (UO Medicina riduzione spesa per allargamento DPC antidiabetici; Cardiologia incremento +115.900 € per nuovi farmaci cardiovascolari)

Delta vs 2019: + 2.908.369 €

DM Microinfusori e Freestyle: incremento stimato da Home Care complessivamente pari a +161.000 € circa.

Impiantabili non attivi: previsto stesso numero di TAVI del 2021 pari a n. 169: da rivalutare in base a nuova gara possibilità di arrivare a 200 procedure TAVI totali (+500.000 €)

Da valutare incremento spesa per UO PS e Med Urgenza Riccione per attivazione di n.4 PL di MEDURG semintensiva (e n.6 OBI che non erano più attivi nel 2020 e 2021)

Da valutare ulteriori procedure di elettrofisiologia Dott. Trevisi per circa 100.000 € (DM)

D0042 DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE FORLÌ CESENA- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C1163 - UO ENDOCRINOLOGIA E MAL.METABOL. ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1164 - UO GASTROENTER. E ENDOSCOPIA DIG. FORLÌ'-CESENA	Punti Dirigenza	C1165 - UO NEFROLOGIA E DIALISI FORLÌ'-CESENA	Punti Dirigenza	C3237 - UO MALATTIE INFETTIVE FORLÌ'-CESENA	Punti Dirigenza	PNEUMOLOGIA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE													
Area di performance dell'accesso e della domanda		40		35		40		40		40			
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore Target: <=30%	X		X		X		X		X		X	
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore Target: tendente a 0	X		X		X		X		X		X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni nel week end	Miglioramento		Miglioramento		Mantenimento		Miglioramento		Miglioramento		X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Adesione allo strumento di gestione dei posti letto per i ricoveri in urgenza (Bed Management)	X		X		X		X		X		X	
CdG Fonte: flusso PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta urgente del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS con richiesta urgente del MMG Target: in riduzione	X		X		X		X		X			In corresponsabilità con Dipartimenti Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG/PLS. Ambito di FC: UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
CdG Fonte: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X		X			
Rendicontazione Referente medico di direzione	Garanzia della completa disponibilità di tutta l’offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata attraverso il sistema CUP Indicatore: n. agende di prenotazione trasferite sul sistema CUP/n. agende da trasferire	X		X		X		X		X			
Area di performance dell'integrazione		10		5		10		10		10			
Monitoraggio e rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Diabete Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X										X	
Monitoraggio e rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA BPCO Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica									X		X	
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al progetto di miglioramento NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X		X		X		X	
Monitoraggio e rendicontazione a cura del Referente PDTA	Elaborazione PDTA aziendale su malattia renale cronica (MRC) nei setting ospedale territorio evidenza dello stato di avanzamento del percorso. Target: entro anno					X						X	Vanno individuati formalmente i referenti organizzativo e clinico entro aprile

D0042 DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE FORLÌ CESENA- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C1163 - UO ENDOCRINOLOGIA E MAL.METABOL. ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1164 - UO GASTROENTER. E ENDOSCOPIA DIG. FORLÌ -CESENA	Punti Dirigenza	C1165 - UO NEFROLOGIA E DIALISI FORLÌ -CESENA	Punti Dirigenza	C3237 - UO MALATTIE INFETTIVE FORLÌ -CESENA	Punti Dirigenza	PNEUMOLOGIA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Referente medico di direzione	Implementazione progetto di presa in carico pazienti post covid. Target: adesione al progetto 100%									X		X	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI												
	Area di performance della Produzione	25		35		25		25		25			
CdG: fonte flusso ASA	Prestazioni ambulatoriali per esterni: rispetto del piano di produzione	+24% (incremento previsto 70 visite/sett a parità di risorse (rientro assenza temporanea)		+10% (in corso di predisposizione progetto di fattibilità (con risorse necessarie) per un ulteriore incremento della produzione a fronte criticità sui tempi di attesa)		+6% (incremento produzione verso 2021 per recupero tempi di attesa - 1 seduta aggiuntiva da 4 ore/sett - in similalp)		+23%		+42%		X	Per Malattie Infettive e Pneumologia si intende ritorno ad attività pre-covid,in linea con andamento pandemia. Per Pneumologia incremento di attività se reintegro medico sumaista
Rendicontazione Direttore UO Microbiologia	Adesione al progetto microbiota fecale			X								X	In collaborazione con il Dipartimento di Patologia Clinica
Responsabile Programma Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con FOBT positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali. Indicatore: % colonscopie eseguite entro 30 giorni dal FOBT positivo (classe di età 50-69 anni) Target: 95%			X								X	
Rendicontazione del referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X			
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE	5		5		5		5		5			
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO	X		X		X		X		X			
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico	5		5		5		5		5			
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X		X	
Direzione Assist. Farmaceutica	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab). Target: >=90%			X									
Direzione Assist. Farmaceutica	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale. Target: >= 2021			X									

D0042 DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE FORLÌ CESENA- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C1163 - UO ENDOCRINOLOGIA E MAL.METABOL. ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1164 - UO GASTROENTER. E ENDOSCOPIA DIG. FORLÌ-CESENA	Punti Dirigenza	C1165 - UO NEFROLOGIA E DIALISI FORLÌ-CESENA	Punti Dirigenza	C3237 - UO MALATTIE INFETTIVE FORLÌ-CESENA	Punti Dirigenza	PNEUMOLOGIA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Direzione Assist. Farmaceutica	% di consumo di insulina lispro (ad azione rapida) a miglior rapporto costo-opportunità e rispetto esito di gara. Target: >=2021	X											
Direzione Assist. Farmaceutica	PDTA e formazione MMG e specialisti su nota Aifa 99 (BPCO) e nota Aifa 100 (nuovi antidiabetici). Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolta ai MMG sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia dei farmaci per il diabete e farmaci per la BPCO. Indicatore: N° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (specialista di branca) almeno 3 incontri per ambito provinciale	X								X			
Direzione Assist. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità. Indicatore: Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota	X				X				X			
Direzione Assist. Farmaceutica	Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolti ai MMG/PLS sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia degli antibiotici prescritti in ambito territoriale. Indicatore: n° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (medico DCP, specialista Infettivologo, farmacista, pediatra SDIA)							X					
Direzione Assist. Farmaceutica	Contenimento dei consumi degli inibitori delle integrasi (dolutegravir, elvitegravir, raltegravir, bictegravir), sia da soli sia in associazione. Indicatore: incremento % delle DDD farmaci a base di inibitori delle integrasi vs 2021. Target: <=5%							X					
Direzione Assist. Farmaceutica	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 50% del personale medico di UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X											
Direzione Assist. Farmaceutica	Partecipazione al corso FAD "Sicurezza delle cure: prescrizione informatizzata e Dose Unitaria". Target: 50% del personale abilitato alla prescrizione	X		X		X		X		X		X	solo P.O. di Forlì
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza			5		5		5		5		5		
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X			

D0042 DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE FORLÌ CESENA- Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica	Referenti KPI\KPI\UDB	C1163 - UO ENDOCRINOLOGIA E MAL.METABOL. ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1164 - UO GASTROENTER. E ENDOSCOPIA DIG. FORLÌ -CESENA	Punti Dirigenza	C1165 - UO NEFROLOGIA E DIALISI FORLÌ -CESENA	Punti Dirigenza	C3237 - UO MALATTIE INFETTIVE FORLÌ -CESENA	Punti Dirigenza	PNEUMOLOGIA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'													
	Area economico finanziaria		10		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO													
	Area di performance dell'organizzazione												
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0042 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE FORLI'-CESENA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsunti vo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	7.461.971	7.413.264	8.280.457	867.193	11,70%	102.731	223.664	8.557.999	244.922
BS002 - EMODERIVATI	121.266	108.159	78.212	-29.947	-27,69%	5.769	727	82.627	1.483
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	1.088.340	1.086.529	1.300.056	213.527	19,65%	13.009	10.476	1.297.088	7.973
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	686.619	524.367	463.699	-60.669	-11,57%	15.945	90.165	440.399	98.731
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.212.608	2.514.161	3.075.705	561.544	22,34%	586.142	634.552	3.314.147	524.904
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	18.922	24.505	41.279	16.773	68,45%	125	148	50.728	0
BS012 - VACCINI	13.506	7.389	9.643	2.254	30,51%	295		15.260	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	6.712	4.445	5.550	1.105	24,87%	1.054	1.277	6.666	1.260
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	159.546	205.882	257.952	52.070	25,29%			266.508	0
TOTALE BENI SANITARI	11.769.491	11.888.701	13.512.552	1.623.851	13,66%	725.069	961.009	14.031.424	879.273

SERVICE SANITARI	145.867	321.843	200.419	-121.424	-37,73%			294.500	
OSSIGENOTERAPIA - OSSIGENO	444.669	409.008	456.031	47.023	11,50%			471.000	
OSSIGENOTERAPIA - CANONI NOLEGGIO	660.705	720.357	772.886	52.529	7,29%			860.000	

Delta NO COVID 2022 vs 2021: + 518.872 €
+ 277.542 € MEDICINALI (Malattie Infettive, Pneumologia, Gastroenterologia, Nefrologia)
+ 238.442 € DM (Endocrinologia per stima incremento spesa microinfusori, sensori e Freestyle)

Delta vs 2019: + 2.261.933 €

Costi cessanti da valutare in corso d'anno:
- nutrizione parenterale (NPT) riduzione prezzi per effetto nuova gara (stima risparmi per Azienda - 350.000 €)

DM: da valutare incremento spesa per DM per interventi radiofrequenza, termoablazione e crioablazione con gruppo di lavoro coordinato dall'Ing. Camillini con radiologi, gastroenterologi, urologi e chirurghi generali.

D0043 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0204 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0205 - UO SERVIZIO DI DIABETOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0209 - UO MALATTIE INFETTIVE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0210 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RAVENNA	Punti Dirigenza	C1105 - UO PNEUMOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE													
Area di performance dell'accesso e della domanda		45		40		45		40		40			
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore Target: <=30%	X				X		X		X		X	
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore Target: tendente a 0	X				X		X		X		X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di didrezione/Direttore di Distretto	Adesione al progetto di miglioramento per il contenimento del ricorso al PS dei pazienti ospiti delle CRA.	X				X		X		X			Collaborazione al Dipartimento Cure Primarie che coordina il progetto
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni giornaliere entro le ore 12	Mantenimen to				Mantenimen to		Mantenimen to		Mantenimen to		X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni nel week end	Migliorament o				Mantenimen to		Migliorament o		Mantenimen to		X	
Referente medico di direzione	Collaborazione alla predisposizione del progetto "nuovo modello organizzativo di gestione della risorsa posto letto per i ricoveri in emergenza urgenza" (bed management) che contempli anche i percorsi per il rientro dei pazienti dalle funzioni hub (STROKE, POLITRAUMA, IMA) Indicatore: elaborazione progetto entro maggio 2022 e successiva adesione.	X				X		X		X		X	
Referente medico di direzione	Elaborazione progetto per la definizione di percorsi PS - specialisti per il passaggio in cura/presa in carico dei pazienti gastroenterologici e implementazione. Target: evidenza progetto entro aprile e applicazione successiva	X										X	I servizi di PS sono chiamati a collaborare con la UO di Gastroenterologia per la definizione dei percorsi per la gestione dei pazienti con emorragia digestiva
CdG: flusso SDO	Percorso urgente paziente nefrologico: accesso diretto a reparto nefrologia di casi urgenti da dialisi e ambulatorio trapinati senza passaggio a PS. Indicatori: % ricoveri urgenti diretti a reparto. target: > 70%							X				X	
CdG Fonte: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate Target:>=90%	X		X		X		X		X			
Referente medico di direzione	Garanzia della completa disponibilità di tutta l’offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata attraverso il sistema CUP Indicatore: n. agende di prenotazione trasferite sul sistema CUP/n. agende da trasferire	X		X		X		X		X			
Referent medico di diarezione/Direttore di Dipartimento	Potenziamento della telemedicina e del counseling telefonico per la gestione della cronicità ed il monitoraggio della terapia Indicatore: N. consulenze telefoniche Target: 10% delle prime visite e controlli			X				X					

D0043 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0204 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0205 - UO SERVIZIO DI DIABETOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0209 - UO MALATTIE INFETTIVE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0210 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RAVENNA	Punti Dirigenza	C1105 - UO PNEUMOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG: fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta urgente del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS con richiesta urgente del MMG Target: in riduzione	X		X				X		X			In corresponsabilità con Dipartimenti Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione MMG/PLAmbito di (UUOO coinvolte): Cardiologia,Nefrologia,Gastroenterologia Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino,Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
Area di performance dell'integrazione		5		15		5		10		10			
Referente medico di direzione	Percorso Clinico terapeutico Assistenziale del paziente affetto da piede diabetico (PA 211 del 28/09/201.Partecipazione al progetto di miglioramento. Indicatore: implementazione progetto di miglioramento, secondo tempogramma degli interventi previsti			X								X	Implementazione della PDTA piede diabetico nelle persone con piede diabetico acuto Governo invio al privato accreditato (VMC e CCFD)
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al progetto di miglioramento NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X				X		X		X		X	
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA BPCO. Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica									X		X	
Monitoraggio e rendicontazione a cura del Referente PDTA	Elaborazione PDTA aziendale su malattia renale cronica (MRC) nei setting ospedale territorio evidenza dello stato di avanzamento del percorso. Target: entro anno							X				X	
Monitoraggio e rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Diabete Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica			X								X	
Area di performance degli Esiti													
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI													
Area di performance della Produzione		25		25		25		25		25			
CdG: flusso ASA. Referente medico di direzione	Rispetto del piano di produzione/specialistica ambulatoriale	X		X		X		X		X		X	Gastroenterologia: + 27% produzione per esterni vs 2021 (visite e prestazioni endoscopiche). Risorse: + 2 sale endoscopiche su Lugo 8-15 6 die/sett e revisione tempari. Diabetologia: +23% produzione per esterni Malattie Infettive: ripristino offerta/produzione per esterni ai valori 2019 nel secondo semestre (compatibilmente con evoluzione quadro pandemico) Nefrologia: prime visite per esterni +13% Pneumologia: ripristino offerta/produzione per esterni ai valori 2019 a partire da marzo (compatibilmente con evoluzione quadro pandemica). 4 visite in più ambulatorio CMP (condizionate a spirometro). Apertura 2° ambulatorio da Marzo 2022 per visite e spirometria
rendicontazione Direttore UO Microbiologia	Adesione al progetto microbiota fecale	X										X	In collaborazione con il Dipartimento di Patologia Clinica

D0043 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0204 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0205 - UO SERVIZIO DI DIABETOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0209 - UO MALATTIE INFETTIVE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0210 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RAVENNA	Punti Dirigenza	C1105 - UO PNEUMOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Direttore UO	Avvio progetto sperimentale di attivazione ambulatorio diabetologico in almeno due case della salute. Target: 1 seduta amb/anno presso ciascuna casa della salute			X									
Responsabile Programma Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con FOBT positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali: % colonscopie eseguite entro 30 giorni dal FOBT positivo (classe di età 50-69 anni). Target: >=90%	X										X	
Rendicontazione del referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X			
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico			5		5		5		5		5		
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X		X	
Direzione Assist. Farmaceutica	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab). Target>=95%	X											
Direzione Assist. Farmaceutica	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021	X											
Direzione Assist. Farmaceutica	% di consumo di insulina lispro (ad azione rapida) a miglior rapporto costo-opportunità e rispetto esito di gara. Target: >=2021			X									
Direzione Assist. Farmaceutica	PDTA e formazione MMG e specialisti su nota Aifa 99 (BPCO) e nota Aifa 100 (nuovi antidiabetici). Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolta ai MMG sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia dei farmaci per il diabete e farmaci per la BPCO. Indicatore: N° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali (Medico del DCP e Specialista di branca). Target: Almeno 3 incontri per ambito provinciale.			X						X			

D0043 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0204 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0205 - UO SERVIZIO DI DIABETOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0209 - UO MALATTIE INFETTIVE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0210 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RAVENNA	Punti Dirigenza	C1105 - UO PNEUMOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Direzione Assist. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità.			X				X		X			Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota, coinvolgimento dei Dipartimenti Emergenze (UUOO Cardiologia e UUOO Medicina) e Medicine Specialistiche (UUOO Pneumologia, Diabetologia, Nefrologia). Discussione coi Professionisti coinvolti sulla reportistica finale che comprenderà: n. riconciliazioni effettuate sul totale del campione, n. farmaci prescritti, n. di farmaci critici secondo i criteri di Beers e n. di interazioni farmacologiche, n. ricoveri e n. accessi PS misurati prima e dopo la riconciliazione. Obiettivo trasversale per: DCP, Controllo di Gestione, Distretti, Direzioni Sanitarie PO, Rischio Clinico, Dipartimenti clinici coinvolti, Assistenza Farmaceutica
Direzione Assist. Farmaceutica	Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolti ai MMG/PLS sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia degli antibiotici prescritti in ambito territoriale. Indicatore: n° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (medico DCP, specialista Infettivologo, farmacista, pediatra SDIA). Target: Almeno 1 incontro per ambito provinciale per i MMG ed 1 incontro aziendale per PLS.					X							
Direzione Assist. Farmaceutica	Contenimento dei consumi degli inibitori delle integrasi (dolutegravir, elvitegravir, raltegravir, bictegravir), sia da soli sia in associazione. Indicatore: incremento % delle DDD farmaci a base di inibitori delle integrasi vs 2021. Target: Incremento rispetto al 2021 non superiore al +5%					X							
Direzione Assist. Farmaceutica	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 50% del personale medico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"			X									
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5			
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >=95%	X				X		X		X			
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5		5		5		5		5			
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X			

D0043 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0204 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0205 - UO SERVIZIO DI DIABETOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0209 - UO MALATTIE INFETTIVE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0210 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RAVENNA	Punti Dirigenza	C1105 - UO PNEUMOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. target: 100%	X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'													
Area economico finanziaria		10		10		10		10		10			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO													
Area di performance dell'organizzazione													
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Rimodulazione organizzativa al fine della presa in carico dei pazienti con IBD	X											
Rendicontazione a cura RID	Acquisizione/miglioramento delle competenze nell'assistenza ai pazienti con patologia psichiatrica					X							
Rendicontazione a cura RID	Revisione del ruolo infermieristico all'interno dell'ambulatorio predialisi con capacità di analisi predittiva dell'evoluzione della domanda dei trattamenti emodialitici e attivazione percorso di prevenzione							X					

BUDGET OPERATIVO 2022

Fonte Dati Contabile: Analisi di bilancio al 30.12.2021

DIPARTIMENTO: D0043 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	9.440.994	10.208.879	10.199.480	-9.399	-0,09%	160.323	286.745	10.149.865	308.038
BS002 - EMODERIVATI	61.020	45.281	55.275	9.994	22,07%	953	5.109	35.588	18.200
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	680.677	663.533	617.990	-45.542	-6,86%	16.656	8.511	624.534	7.096
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	956.801	881.730	714.369	-167.361	-18,98%	10.487	41.994	760.119	63.833
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.640.521	1.920.887	2.408.852	487.966	25,40%	470.473	733.819	2.647.758	624.775
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	10.469	11.079	6.772	-4.308	-38,88%		280	2.330	915
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	42.394	42.034	44.833	2.799	6,66%	1.211	3.271	32.570	1.364
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	61.151	99.906	86.202	-13.704	-13,72%			74.160	0
TOTALE BENI SANITARI	12.894.027	13.873.328	14.133.772	260.444	1,88%	660.103	1.079.728	14.326.924	1.024.221

SERVICE SANITARI	608.330	721.186	646.223	-74.963	-10,39%			708.000	
OSSIGENOTERAPIA - OSSIGENO	756.101	938.418	1.046.865	108.447	11,56%			1.150.000	
OSSIGENOTERAPIA - CANONI NOLEGGIO	2.012.801	2.008.710	2.117.047	108.337	5,39%			2.400.000	

Delta NO COVID 2022 vs 2021 : + 193.152 €

+238.906 € Dispositivi Medici (Diabetologia stima incremento Home care Ambito RA Adulti + 113.256 € Microinfusori, sensori.. e + 105.531,62 € Freestyle Totale + 218.788 €)

+45.750 € Diagnostici (Diabetologia)

Medicinali: riduzione spesa farmaci antidiabetici per effetto allargamento DPC (Diabetologia); Nefrologia + 44.000 € circa

Delta vs 2019: + 1.432.897 €

Costi cessanti da valutare in corso d'anno:

- nutrizione parenterale (NPT) riduzione prezzi per effetto nuova gara (stima risparmi per Azienda - 350.000 €)

D0044 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0233 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RIMINI	Punti Dirigenza	C2237 - UO MALATTIE INFETTIVE RIMINI	Punti Dirigenza	C0236 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RIMINI	Punti Dirigenza	C0106 - UO PNEUMOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE										
	Area di performance dell'accesso e della domanda		35		35		35		25		
CdG: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <= 30%	X		X		X				X	
CdG: flusso PS	% casi con tempo di boarding>= 3 ore. Target: tendente a 0	X		X		X				X	
Monitoraggio e rendicontazione Referente medico di direzione (report bed management)	Collaborazione alla predisposizione del progetto "nuovo modello organizzativo di gestione della risorsa posto letto per i ricoveri in emergenza urgenza" (bed management) . Indicatore: completamento della fase sperimentale entro giugno ed attivazione definitiva entro il 1° luglio 2022.	X		X		X				X	
CdG: flusso SDO	% dimissioni giornaliere entro le ore 12. Target>=40%	X		X		X				X	Compatibilmente con la capacità di risposta tempestiva dei trasporti secondari a seguito progetto riorganizzazione.Target in aumento e tendente al 40%
CdG: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target >=90%	X		X		X		X			
Rendicontazione Referente medico di direzione	Formalizzazione ed implementazione dell'attività di teleconsulenza richiesta dai reparti a completamento dell'inquadramento diagnostico terapeutico e/o del percorso del paziente ricoverato a garanzia della continuità assistenziale e di cura (parere specialistico su esami radiologici eseguiti). Attivazione percorso informatico su Log80 per rendicontare l'attività svolta.							X			Compatibilmente con la disponibilità del sistema Log80 ad attivare tale funzione.
Rendicontazione Referente medico di direzione	Consolidamento della modalità di consulenza infettivologica per i reparti online, integrativa della consulenza in presenza (sostitutiva della consulenza telefonica) in particolare modo per i restanti Stabilimenti Ospedalieri dei Presidi di Rimini e di Riccione (Santarcangelo e Novafeltria, Riccione e Cattolica)e per gli OPA ove non è presente l 'infettivologo. INDICATORE: Evidenza dell'attività di teleconsulenza			X							
Report first aid	Tempestiva presa in carico ed erogazione delle consulenze (visite/esami diagnostici) su accessi di PS. Target: 70 % consulenze erogate entro 60'	X		X		X		X			Durante gli orari di guardia attiva.Si procederà ad una verifica a campione sull'appropriatezza delle richieste.

D0044 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0233 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RIMINI	Punti Dirigenza	C2237 - UO MALATTIE INFETTIVE RIMINI	Punti Dirigenza	C0236 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RIMINI	Punti Dirigenza	C0106 - UO PNEUMOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG: fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta urgente del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS con richiesta urgente del MMG Target: in riduzione	X		X		X		X			In corresponsabilità con Dipartimenti Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione MMG/PLAmbito (UUOO coinvolte): Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia , Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive. L'indicatore non rappresenta in maniera adeguata l'attività svolta dagli Specialisti Ospedalieri per ridurre l'accesso inappropriato al PS .
	Area di performance dell'Integrazione		10		10		10		10		
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al progetto di miglioramento NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X				X	
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA BPCO. Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica							X		X	
Monitoraggio e rendicontazione a cura del Referente PDTA	Elaborazione PDTA aziendale su malattia renale cronica (MRC) nei setting ospedale territorio evidenza dello stato di avanzamento del percorso. Target: entro anno					X				X	
Rendicontazione Diurettore UO	Progetto terapia antibiotica domiciliare. Indicatore: produzione della procedura inerente la terapia antibiotica domiciliare. Target: entro anno			X						X	
	Area di performance degli Esiti		0		5		0		0		
Rendicontazione Diurettore UO	Progetto "team assistenziale" per la gestione del paziente con infezione da HIV. Indicatore: completamento del progetto di miglioramento con introduzione delle figure del case manager e del medico di riferimento entro anno			X						X	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI										
	Area di performance della Produzione		30		25		30		25		
CdG: flusso ASA	Rispetto del piano di produzione/specialistica ambulatoriale	rientro ai valori 2019		rientro ai valori 2019		rientro ai valori 2019		rientro ai valori 2019		X	GASTRO: compatibilmente al reintegro delle unità mediche mancanti che dovevano essere in forze 3 mesi or sono,unitamente al reperimento di attività endoscopica esterna in linea con i valori del 2019.ENDOSCOPIA : compatibilmente alla disponibilità degli infermieri.PNEUMOLOGIA: compatibilmente all'incremento di 1 unità infermieristica per il rispetto dei tempi di attesa. Malattie Infettive non ha lista di attesa.
rendicontazione Direttore UO Microbiologia	Adesione al progetto microbiota fecale	X								X	In collaborazione con il Dipartimento di Patologia Clinica

D0044 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0233 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RIMINI	Punti Dirigenza	C2237 - UO MALATTIE INFETTIVE RIMINI	Punti Dirigenza	C0236 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RIMINI	Punti Dirigenza	C0106 - UO PNEUMOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione del referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X			
Referente Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con FOBT positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali: % colonscopie eseguite entro 30 giorni dal FOBT positivo (classe di età 50-69 anni). Target: >= 95%	X								X	
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X	
Direzione Assist. Farmaceutica	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab). Target >=90%	X									
Direzione Assist. Farmaceutica	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021	X									
Direzione Assist. Farmaceutica	PDTA e formazione MMG e specialisti su nota Aifa 99 (BPCO) e nota Aifa 100 (nuovi antidiabetici). Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolta ai MMG sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia dei farmaci per il diabete e farmaci per la BPCO. Indicatore: N° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali (Medico del DCP e Specialista di branca). Target: Almeno 3 incontri per ambito provinciale.							X			
Direzione Assist. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità.					X		X			Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota, coinvolgimento dei Dipartimenti Emergenze (UUOO Cardiologia e UUOO Medicina) e Medicine Specialistiche (UUOO Pneumologia, Diabetologia, Nefrologia). Discussione coi Professionisti coinvolti sulla reportistica finale che comprenderà: n. riconciliazioni effettuate sul totale del campione, n. farmaci prescritti, n. di farmaci critici secondo i criteri di Beers e n. di interazioni farmacologiche, n. ricoveri e n. accessi PS misurati prima e dopo la riconciliazione. Obiettivo trasversale per: DCP, Controllo di Gestione, Distretti, Direzioni Sanitarie PO, Rischio Clinico, Dipartimenti clinici coinvolti, Assistenza Farmaceutica

D0044 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0233 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RIMINI	Punti Dirigenza	C2237 - UO MALATTIE INFETTIVE RIMINI	Punti Dirigenza	C0236 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RIMINI	Punti Dirigenza	C0106 - UO PNEUMOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Direzione Assist. Farmaceutica	Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolti ai MMG/PLS sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia degli antibiotici prescritti in ambito territoriale. Indicatore: n° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (medico DCP, specialista Infettivologo, farmacista, pediatra SDIA). Target: Almeno 1 incontro per ambito provinciale per i MMG ed 1 incontro aziendale per PLS.			X							
Direzione Assist. Farmaceutica	Contenimento dei consumi degli inibitori delle integrasi (dolutegravir, elvitegravir, raltegravir, bictegravir), sia da soli sia in associazione. Indicatore: incremento % delle DDD farmaci a base di inibitori delle integrasi vs 2021. Target: Incremento rispetto al 2021 non superiore al +5%			X							
	Area di performance dell'Organizzazione		5		5		5		5		
CdG: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >=95%	X		X		X		X			
	Area di performance dell'Anticorruzione e Trasparenza		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X			
	Area di performance della Ricerca e della Didattica		0		0		0		5		
Direttore di UO	Implementazione studio PIMA attività di counseling per utilizzo apparecchiature nei pazienti affetti da OSAS al fine di migliorare la corretta aderenza alla prescrizione. Rendicontazione circa il raggiungimento degli obiettivi indicati nello studio.							X		X	
	Area di performance dello Sviluppo organizzativo								10		
Direttore di UO	Collaborazione attiva all' implementazione del progetto della Chirurgia Bariatrica di Riccione per gli aspetti diagnostici pre intervento.Partecipazione del Pneumologo ai meeting multidisciplinari >= al 80%.							X			

D0044 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0233 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RIMINI	Punti Dirigenza	C2237 - UO MALATTIE INFETTIVE RIMINI	Punti Dirigenza	C0236 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RIMINI	Punti Dirigenza	C0106 - UO PNEUMOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Referente medico di direzione	Strutturazione dell'ambulatorio Long Covid							X		X	Strutturazione delle modalità di richiesta di visita da parte del MMG
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'											
	Area economico finanziaria		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO											
	Area di performance dell'organizzazione										
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X			
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0044 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsunti vo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	6.289.327	5.853.300	5.847.368	-5.932	-0,10%	121.023	234.165	6.022.450	172.019
BS002 - EMODERIVATI	50.967	43.669	64.171	20.502	46,95%	3.038	629	61.856	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	1.040.607	1.242.639	1.064.731	-177.908	-14,32%	9.737	7.485	1.166.744	7.972
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	109.704	109.063	126.115	17.052	15,64%	8.761	54.821	112.502	64.558
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.209.350	1.148.704	1.253.723	105.018	9,14%	468.614	430.424	1.233.392	339.635
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	28.145	20.986	22.303	1.317	6,28%	72	123	23.028	196
BS012 - VACCINI	4.115	4.133	9.142	5.009	121,18%	893	0	9.081	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	4.486	2.104	2.988	884	42,00%	639	946	2.407	1.353
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	78.495	59.761	80.010	20.249	33,88%	0	0	99.027	0
TOTALE BENI SANITARI	8.815.196	8.484.359	8.470.551	-13.808	-0,16%	612.777	728.592	8.730.485	585.732

SERVICE SANITARI	92.314	125.456	138.131	12.675	10,10%			210.000	
OSSIGENOTERAPIA - OSSIGENO	469.302	360.393	365.413	5.020	1,39%			402.500	
OSSIGENOTERAPIA - CANONI NOLEGGIO	1.775.712	1.950.734	2.129.179	178.445	9,15%			2.565.000	

Delta NO COVID 2022 vs 2021: + 259.934 €

+ 175.082 € Medicinali (Farmaci HIV +120.000 €, farmaci biologici Pneumologia e Gastroenterologia, nuovi farmaci iperpotassemia)

+ 102.013 € Altri beni sanitari (incremento pazienti in dialisi)

+ 19.017 € Disp. Medici impiantabili non attivi (incremento AXIOS)

Delta vs 2019: - 84.711 €

Costi cessanti da valutare in corso d'anno:

- nutrizione parenterale (NPT) riduzione prezzi per effetto nuova gara (stima risparmi per Azienda - 350.000 €)

In valutazione CADM nuovi DM per endoscopia bariatrica (€ 17.000)

Da valutare impatto incremento posti letto Gastroenterologia (da 6 a 10) ed apertura nuova sala endoscopica Riccione

Da valutare impatto introduzione Dapagliflozin per nuova indicazione malattia renale cronica

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore /strumenti di verifica		C0187 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0188 - UO PEDIATRIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0190 - UO SALUTE DONNA E INFANZIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0191 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0192 - UO PEDIATRIA E TERAPIA INT.NEONAT-PEDIATR CESENA	Punti Dirigenza	C0194 - UO PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE CESENA	Punti Dirigenza	S0005 - SSI CENTRO FIBROSI CISTICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																	
Area di performance dell'accesso e della domanda		25		25		20		25		25		20		30			
Rendicontazione Referente progetto con evidenza documentale	Gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza Indicatore: avvio applicazione procedura entro giugno 2022			X						X						X	Collaborazione nella stesura procedura ed applicazione percorso per parti di competenza.
Rendicontazione Referente progetto	Garanzia della completa disponibilità di tutta l’offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata attraverso il sistema CUP Indicatore: n. agende di prenotazione trasferite sul sistema CUP/n. agende da trasferire	X		X		X		X		X		X		X			
CdG Fonte: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target >=90%	X		X		X		X		X		X		X			
CdG Fonte: flusso SDO	Indice di performance per interventi tumore utero entro 30 giorni. Target >=90%	X						X								X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Consolidamento modello Fast Track Ginecologia-Ostetricia Cesena con estensione h24 INDICATORE: avvio entro giugno 2022							X								X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Attivazione Fast Track Ginecologia-Ostetricia Forlì INDICATORE: avvio entro ottobre 2022	X														X	
Area di performance dell'integrazione		15		20		25		15		20		25					
Rendicontazione Referenti Percorso con evidenza documentale	PERCORSO NASCITA: Pubblicazione ed evidenza avvio applicazione procedure nel rispetto del programma di lavoro	X		X		X		X		X		X				X	
Rendicontazione Referente Percorso	Monitoraggio della presa in carico integrata del bambino con alto livello di complessità assistenziale (complessità 2) Indicatore: n. PAI revisionati secondo le scadenze prestabilite/n. PAI redatti. Target: >= 90%			X		X				X		X				X	
Rendicontazione Direttori Dipartimento e Consultori con evidenza documentale	Presa in carico delle donne nell’ambito della salute sessuale e riproduttiva (pianificazione della gravidanza, puerperio, promozione dell’allattamento) Indicatore: elaborazione e applicazione progettualità entro anno	X		X		X		X		X		X				X	
Rendicontazione Direttori Dipartimento e Consultori con evidenza documentale	Progetti per i primi 1000 giorni di vita del bambino Indicatore: elaborazione e applicazione progettualità entro anno	X		X		X		X		X		X				X	
Area di performance degli Esiti		5		5													
Rendicontazione Referente medico di direzione	Focus group su indicatori PNE critici e evidenza azioni correttive conseguentemente attivate. Target: report esito focus group e progetto di miglioramento	X						X									Temi: Ricoveri successivi durante il puerperio sia per il parto vaginale che cesareo
CdG Fonte: flusso SDO	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Spoke). Target: <= 7%	X															
CdG Fonte: flusso SDO	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub). Target: <= 9%							X									
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																	
Area di performance della produzione		30		30		30		30		30		30		45			
CdG Fonte: flusso ASA	Allineamento produzione prestazioni ambulatoriali per esterni ai valori dell'anno 2019. Indicatore: variazione % vs 2021	Mantenimento 2021		Incremento vs 2021		Mantenimento 2021		Incremento vs 2021		Incremento vs 2021		Mantenimento 2021		Mantenimento 2021		X	Incremento se necessità di contenere liste di attesa

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore /strumenti di verifica		C0187 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0188 - UO PEDIATRIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0190 - UO SALUTE DONNA E INFANZIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0191 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0192 - UO PEDIATRIA E TERAPIA INT.NEONAT-PEDIATR CESENA	Punti Dirigenza	C0194 - UO PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE CESENA	Punti Dirigenza	S0005 - SSI CENTRO FIBROSI CISTICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG Fonte: flusso SDO	Allineamento produzione chirurgica ai valori dell'anno 2019. Indicatore: variazione % Drg C vs 2021	Mantenimento 2021 DO						+8% vs 2021								X	L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.
CdG Fonte: SIVER da flusso CEDAP	Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari /Totale parti residenti (%). Target: >= 57%					X						X				X	
CdG Fonte: SIVER da flusso SICO	Salute Riproduttiva Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/Popolazione residente di età 14-19 anni (%). Target: >= 7%					X						X				X	
CdG Fonte: SIVER da Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinale HPV nella coorte delle/dei dodicenni (coorte 2010) Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 60%					X						X				X	
CdG Fonte: SIVER da Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinazioni obbligatorie nei bambini che compiono 2 anni nell'anno di rilevazione Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 95%					X						X				X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione Referente medico di direzione	Esecuzione Esame BRCA da campione operatorio INDICATORE: avvio del percorso in accordo con IRST entro giugno	X															Circa 40 casi annui
Rendicontazione direttore UO e CdG	Dismissione della ricetta cartacea INDICATORE: almeno 95% di prescrizioni dema													X			
Rendicontazione direttore UO e CdG	Screening per prevenzione osteoporosi nei pazienti con Fibrocasi Cistica: valutazione metabolismo osseo mediante esami ematochimici e densitometria Indicatore: nr. Valutazioni (almeno 8 valutazioni/anno)													X			
Rendicontazione responsabile screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con pap-test positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali Target: Tempo dal pap test positivo alla colposcopia >=90% entro 60 giorni. Target: >= 90%	X						X								X	Prosecuzione lavoro (CPO, Ginecologie e Consultori) per ridefinizione dell'assetto organizzativo in una logica di sistema aziendale
Rendicontazione Referente medico di direzione	Conversione IVG farmacologiche a setting ambulatoriale. INDICATORE: attivazione ambulatorio	X						X									
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico			5		5		5		5		5		5		5		
SPIAR e CdG Fonte: flusso SICHr	Adesione sorveglianza SICHr. Indicatore: n. schede inviate/numero SDO con intervento sorvegliato. Target: > 75%	X						X								X	
Risk Manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X		X	
Risk Manager e CdG Fonte: flusso SSCL	Adozione check list taglio cesareo programmato e urgente INDICATORE: % di check list compilate. Target: >= 85%	X						X								X	
Rendicontazione dir. Farmaceutica	Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolti ai MMG/PLS sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia degli antibiotici prescritti in ambito territoriale. Indicatore: n° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (medico DCP, specialista Infettivologo, farmacista, pediatra SDIA)			X						X							
Rendicontazione dir. Farmaceutica	Partecipazione al corso FAD "Sicurezza delle cure: prescrizione informatizzata e Dose Unitaria"	X															

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore /strumenti di verifica		C0187 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0188 - UO PEDIATRIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0190 - UO SALUTE DONNA E INFANZIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0191 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	C0192 - UO PEDIATRIA E TERAPIA INT.NEONAT-PEDIATR CESENA	Punti Dirigenza	C0194 - UO PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE CESENA	Punti Dirigenza	S0005 - SSI CENTRO FIBROSI CISTICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5		5		5		5	
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X		X				X		X				X			
Rendicontazione Referente medico di direzione	Sperimentazione IVG farmacologiche in consultorio Indicatore: Studio di fattibilità					X						X				X	
Anticorruzione e Trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		5	
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																	
Area economico-finanziaria		10		10		10		10		10		10		10		10	
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico (eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																	
Area di performance dell'organizzazione																	
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"			X						X							
Dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X				X		X							
Rendicontazione Referente medico di direzione	Utilizzo FIRST AID per accessi urgenti gravidanze e sperimentazione modello triage ostetrico: definizione protocollo codici colore, adeguamento applicativo, formazione personale ostetrico INDICATORE: avvio entro 2022							X								X	

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0026 - DIPARTIMENTO SALUTE DONNA, INFANZIA, ADOL. FO-CE

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	1.339.262	3.096.881	3.916.897	820.016	26,48%	451	1.066	7.228.664	383
BS002 - EMODERIVATI	76.236	84.012	51.389	-32.623	-38,83%	204	372	32.754	31
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	23.032	21.876	16.935	-4.940	-22,58%	6.213	4.977	21.539	4.275
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	121.215	100.338	96.133	-4.205	-4,19%	575	76.973	88.731	100.131
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	949.238	1.118.586	1.197.509	78.923	7,06%	161.829	221.747	1.406.026	220.993
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	12.160	10.912	10.849	-63	-0,58%	14	0	17.986	0
BS012 - VACCINI	2.520.584	2.299.126	2.357.765	58.639	2,55%	874	12	2.312.807	26
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	34.155	44.584	45.841	1.257	2,82%	52	97	52.848	91
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	7.197	3.401	5.252	1.851	54,43%			15.226	0
TOTALE BENI SANITARI	5.083.079	6.779.717	7.698.572	918.856	13,55%	170.212	305.244	11.176.581	325.931
SERVIZI SANITARI E RIABILITATIVI	2.850	13.533	12.976	-557	-4,12%			13.000	

Delta verso 2021 NO COVID: + 3.478.009 € di cui:

+ 3.311.767 € MEDICINALI per nuovi farmaci coperti da innovatività per la FIBROSI CISTICA

+208.516 € DISPOSITIVI MEDICI comprensivi di + 89.440 € per i sistemi per il controllo della glicemia (previsione Home Care)

VACCINI: considerato costo cessante di - 50.000 € effetto nuova gara vaccino esavalente (da rivalutare in corso d'anno)

Delta verso 2019: + 6.093.503 €

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0222 - UO PEDIATRIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0223 - UO CONSULTORI FAMILIARI RAVENNA	Punti Dirigenza	C0224 - UO PEDIATRIA DI COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	C1219 - UO OSTETRICA E GINECOLOGIA RAVENNA (FA-LU)	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE												
	Area di performance dell'accesso e della domanda		25		20				25				
Rendicontazione Referente progetto con evidenza documentale	Gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza Indicatore: avvio applicazione procedura entro giugno 2022	X										X	Collaborazione nella stesura procedura ed applicazione percorso per parti di competenza.
Rendicontazione Referente progetto	Garanzia della completa disponibilità di tutta l’offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata attraverso il sistema CUP Indicatore: n. agende di prenotazione trasferite sul sistema CUP/n. agende da trasferire	X		X				X					
CdG Fonte: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target >=90%	X		X				X					
CdG Fonte: flusso SDO	Indice di performance per interventi tumore utero entro 30 giorni. Target >=90%							X				X	
	Area di performance dell'integrazione		20		25		25		15				
Rendicontazione Referenti Percorso con evidenza documentale	PERCORSO NASCITA: Pubblicazione ed evidenza avvio applicazione procedure nel rispetto del programma di lavoro	X		X				X				X	
Rendicontazione Referente Percorso	Monitoraggio della presa in carico integrata del bambino con alto livello di complessità assistenziale (complessità 2) Indicatore: n. PAI revisionati secondo le scadenze prestabilite/n. PAI redatti. Target: >= 90%	X		X								X	
Rendicontazione Direttori Dipartimento e Consulitori con evidenza documentale	Presa in carico delle donne nell’ambito della salute sessuale e riproduttiva (pianificazione della gravidanza, puerperio, promozione dell’allattamento) Indicatore: elaborazione e applicazione progettualità entro anno	X		X		X		X				X	
Rendicontazione Direttori Dipartimento e Consulitori con evidenza documentale	Progetti per i primi 1000 giorni di vita del bambino Indicatore: elaborazione e applicazione progettualità entro anno	X		X		X		X				X	
	Area di performance degli Esiti								5				
Rendicontazione Referente medico di direzione	Focus group su indicatori PNE critici e evidenza azioni correttive conseguentemente attivate. Target: report esito focus group e progetto di miglioramento							X					Temi: Ricoveri successivi durante il puerperio sia per il parto vaginale che cesareo
CdG Fonte: flusso SDO	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Spoke). Target: <= 7%							X					

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0222 - UO PEDIATRIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0223 - UO CONSULTORI FAMILIARI RAVENNA	Punti Dirigenza	C0224 - UO PEDIATRIA DI COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	C1219 - UO OSTETRICA E GINECOLOGIA RAVENNA (FA-LU)	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG Fonte: flusso SDO	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub). Target: <= 9%							X					
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI													
Area di performance della produzione		30		30		55		30		75			
CdG Fonte: flusso ASA	Allineamento produzione prestazioni ambulatoriali per esterni ai valori dell'anno 2019 Indicatore: variazione % vs 2021	Mantenimento 2021		Mantenimento 2021				Incremento vs 2021		Mantenimento 2021		X	Incremento se necessità di contenere liste di attesa
CdG Fonte: flusso SDO	Allineamento produzione chirurgica ai valori dell'anno 2019. Indicatore: variazione % Drg C vs 2021	Incremento vs 2021						Incremento vs 2021		Incremento vs 2021		X	PEDIATRIA: 2021 vs 2019 -42% DH (160/279) OSTETRICA E GINECOLOGIA: 2021 vs 2019 -30% DO (942/1345) FRU: 2021 vs 2019 -36% DH (715/1120). L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.
CdG Fonte: SIVER flusso CEDAP	Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari /Totale parti residenti (%). Target: >= 57%			X								X	
CdG Fonte: SIVER da flusso SICO	Salute Riproduttiva Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/Popolazione residente di età 14-19 anni (%). Target: >= 7%			X								X	
CdG Fonte: SIVER da Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinale HPV nella coorte delle/dei dodicenni (coorte 2010) Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 60%					X						X	
CdG Fonte: SIVER da Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinazioni obbligatorie nei bambini che compiono 2 anni nell'anno di rilevazione Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 95%					X						X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X			
Rendicontazione responsabile screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con pap-test positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali Target: Tempo dal pap test positivo alla colposcopia >=90% entro 60 giorni. Target: >= 90%			X				X				X	Prosecuzione lavoro (CPO, Ginecologie e Consultori) per ridefinizione dell'assetto organizzativo in una logica di sistema aziendale
Rendicontazione Referente medico di direzione	Conversione IVG farmacologiche a setting ambulatoriale. INDICATORE: attivazione ambulatorio							X					

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0222 - UO PEDIATRIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0223 - UO CONSULTORI FAMILIARI RAVENNA	Punti Dirigenza	C0224 - UO PEDIATRIA DI COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	C1219 - UO OSTETRICA E GINECOLOGIA RAVENNA (FA-LU)	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Direttore SS FRU	Definizione di un percorso aziendale per la gestione della preservazione della fertilità nei pazienti oncologici Indicatore: numero di pazienti presi in carico rispetto alle richieste ricevute. Target = 100%									X		X	
Rendicontazione Direttore SS FRU	Realizzazione di consensi informati comuni per i tre Centri PMA della la Struttura Semplice Interdipartimentale (cicli PMA, crioconservazione gameti ed embrioni) Indicatore: pubblicazione dei consensi comuni nella rete intranet ed utilizzo routinario nei tre centri entro dicembre 2022									X			
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		5			
SPIAR e CdG Fonte: flusso SICHr	Adesione sorveglianza SICHr. Indicatore: n. schede inviate/numero SDO con intervento sorvegliato. Target: > 75%							X				X	
Risk Manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all’anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X	
Risk Manager e CdG Fonte: flusso SSCL	Adozione check list taglio cesareo programmato e urgente INDICATORE: % di check list compilate. Target: >= 85%							X				X	
Rendicontazione dir. Farmaceutica	Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolti ai MMG/PLS sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia degli antibiotici prescritti in ambito territoriale. Indicatore: n° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (medico DCP, specialista Infettivologo, farmacista, pediatra SDIA)	X											
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5			
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X						X		X			
Rendicontazione Referente medico di direzione	Sperimentazione IVG farmacologiche in consultorio Indicatore: Studio di fattibilità			X								X	
Anticorruzione e Trasparenza		5		5		5		5		5			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		X		X		X		X			

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0222 - UO PEDIATRIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0223 - UO CONSULTORI FAMILIARI RAVENNA	Punti Dirigenza	C0224 - UO PEDIATRIA DI COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	C1219 - UO OSTETRICA E GINECOLOGIA RAVENNA (FA-LU)	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'													
Area economico-finanziaria													
			10		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico (eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO													
Area di performance dell'organizzazione													
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X											
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X						X					
Rendicontazione a cura RID	Progetto di revisione del modello organizzativo inserimento della figura del Case Manager Target: presentazione del progetto	X											
Rendicontazione a cura RID	Aumento competenze personale oss pediatria per supporto alla gestione del paziente con DCA	X											
Rendicontazione a cura RID	Prercurso di presa in carico del neonato fisiologico da parte dell'ostetrica							X					

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0030 - DIPARTIMENTO SALUTE DONNA, INFANZIA, ADOL. RAVENNA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	787.428	785.607	876.817	91.210	11,61%	1.133	1.281	1.034.009	1.336
BS002 - EMODERIVATI	50.442	55.179	53.374	-1.806	-3,27%	443	1.179	55.348	828
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	26.532	25.500	30.847	5.347	20,97%	7.372	4.703	29.351	5.155
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	83.717	73.809	74.036	227	0,31%	3.514	85.838	72.692	97.320
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.285.490	1.190.140	1.522.279	332.140	27,91%	152.140	206.041	1.605.626	194.177
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	7.908	7.939	5.547	-2.392	-30,12%	7	1	5.975	0
BS012 - VACCINI	2.618.859	2.165.998	2.594.933	428.934	19,80%	0	23	2.659.377	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	39.900	38.638	56.331	17.693	45,79%	80	102	65.183	110
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	78.387	62.250	90.523	28.272	45,42%	0	0	171.673	0
TOTALE BENI SANITARI	4.978.663	4.405.060	5.304.687	899.627	20,42%	164.691	299.167	5.699.234	298.925

Delta verso 2021 NO COVID: + 394.547 € di cui:

+ 81.150 € IMPIANTABILI NON ATTIVI: Fisiopatologia della riproduzione Lugo e Cattolica (progetto regionale)

+157.191 € MEDICINALI: pazienti con farmaci biologici Pediatria e contraccettivi orali Consultori familiari

+83.346 € DISPOSITIVI MEDICI: Pediatria considerati costi emergenti per sistemi di controllo della glicemia (+67.600 €) come da previsione Home Care

+64.445 € VACCINI: già considerato costo cessante di - 50.000 € effetto nuova gara vaccino esavalente (da rivalutare in corso d'anno)

Delta verso 2019: +720.571 €

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0254 - UO PEDIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0255 - UO TERAPIA INTENSIVA NEONATALE RIMINI	Punti Dirigenza	C0257 - UO TUTELA SALUTE FAMIGLIA, DONNA ED ETA' EV.RIMINI	Punti Dirigenza	C1251 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	S0129 - SSI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE													
Area di performance dell'accesso e della domanda		25		20		20		25		20			
Rendicontazione Referente progetto con evidenza documentale	Gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza Indicatore: avvio applicazione procedura entro giugno 2022	X										X	Collaborazione nella stesura procedura ed applicazione percorso per parti di competenza
Rendicontazione Referente progetto	Garanzia della completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata attraverso il sistema CUP Indicatore: n. agende di prenotazione trasferite sul sistema CUP/n. agende da trasferire	X		X		X		X		X			
CdG Fonte: flusso ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target >=90%	X		X		X		X		X			
CdG Fonte: flusso SDO	Indice di performance per interventi tumore utero entro 30 giorni. Target >=90%							X				X	
Area di performance dell'integrazione		15		25		25		10					
Rendicontazione Referenti Percorso con evidenza documentale	PERCORSO NASCITA: Pubblicazione ed evidenza avvio applicazione procedure nel rispetto del programma di lavoro			X		X		X				X	
Rendicontazione Referente Percorso	Monitoraggio della presa in carico integrata del bambino con alto livello di complessità assistenziale (complessità 2) Indicatore: n. PAI revisionati secondo le scadenze prestabilite/n. PAI redatti. Target: >= 90%.	X		X		X						X	
Rendicontazione Direttori Dipartimento e Consultori con evidenza documentale	Presa in carico delle donne nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva (pianificazione della gravidanza, puerperio, promozione dell'allattamento) Indicatore: elaborazione e applicazione progettualità entro anno			X		X		X				X	
Rendicontazione Direttori Dipartimento e Consultori con evidenza documentale	Progetti per i primi 1000 giorni di vita del bambino Indicatore: elaborazione e applicazione progettualità entro anno	X		X		X		X				X	
Area di performance degli Esiti		5											
Rendicontazione Referente medico di direzione	Focus group su indicatori PNE critici e evidenza azioni correttive conseguentemente attivate. Target: report esito focus group e progetto di miglioramento							X					Temi: Ricoveri successivi durante il puerperio sia per il parto vaginale che cesareo
CdG Fonte: flusso SDO	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)							X					
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI													
Area di performance della produzione		30		30		30		30		55			
CdG Fonte: flusso ASA	Allineamento produzione prestazioni ambulatoriali per esterni ai valori dell'anno 2019 Indicatore: variazione % vs 2021	Incremento vs 2021		Incremento vs 2021		Incremento vs 2021		Mantenimento 2021				X	Incremento se necessità di contenere liste di attesa
CdG Fonte: flusso SDO	Allineamento produzione chirurgica ai valori dell'anno 2019. Indicatore: variazione % Drg C vs 2021							Mantenimento 2021				X	L'andamento della produzione dovrà essere allineato con il piano di recupero/potenziamento della capacità produttiva chirurgica che sarà predisposto dalle Direzioni di presidio in base a criteri di massimo efficientamento delle risorse disponibili.

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0254 - UO PEDIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0255 - UO TERAPIA INTENSIVA NEONATALE RIMINI	Punti Dirigenza	C0257 - UO TUTELA SALUTE FAMIGLIA, DONNA ED ETA' EV.RIMINI	Punti Dirigenza	C1251 - UO OSTETRICA E GINECOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	S0129 - SSI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
CdG Fonte: SIVER da flusso CEDAP	Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari /Totale parti residenti (%). Target: >= 57%					X						X	
CdG Fonte: SIVER da flusso SICO	Salute Riproduttiva Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/Popolazione residente di età 14-19 anni (%). Target: >= 7%					X						X	
CdG Fonte: SIVER da Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinale HPV nella coorte delle/dei dodicenni (coorte 2010) Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 60%					X						X	
CdG Fonte: SIVER da Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinazioni obbligatorie nei bambini che compiono 2 anni nell'anno di rilevazione Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 95%					X						X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X			
Direttore SS oncoematologia	Proseguire ed implementare il percorso di continuità assistenziale medico-infermieristica a domicilio per i bambini affetti da patologia oncoematologica INDICATORE: riduzione accessi DH vs 2021									X		X	
Direttore SS oncoematologia	Garantire al paziente oncoematologico pediatrico in fase terminale una assistenza altamente specialistica da parte dei medici, infermieri e dello psicologo che lo hanno accompagnato nel percorso di diagnosi e cura. INDICATORE: riduzione almeno 30% gg degenza bambini deceduti in ospedale									X			
Rendicontazione responsabile programma screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con pap-test positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali Target: Tempo dal pap test positivo alla colposcopia >=90% entro 60 giorni. Target: >= 90%					X		X				X	Prosecuzione lavoro (CPO, Ginecologie e Consultori) per ridefinizione dell'assetto organizzativo in una logica di sistema aziendale
Rendicontazione Referente medico di direzione	Conversione IVG farmacologiche a setting ambulatoriale. INDICATORE: attivazione ambulatorio							X					
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		5		
SPIAR e CdG Fonte: flusso SICHr	Adesione sorveglianza SICHr. Indicatore: n. schede inviate/numero SDO con intervento sorvegliato. Target: > 75%							X				X	
Risk Manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X	
Risk Manager e CdG Fonte: flusso SSCL	Adozione check list taglio cesareo programmato e urgente INDICATORE: % di check list compilate. Target: >= 85%							X				X	
Rendicontazione dir. Farmaceutica	Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolti ai MMG/PLS sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia degli antibiotici prescritti in ambito territoriale. Indicatore: n° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (medico DCP, specialista Infettivologo, farmacista, pediatra SDIA)	X		X									
	Area di performance dell'organizzazione		10		5		5		5		5		
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X		X				X		X			
Rendicontazione Referente medico di direzione	Sperimentazione IVG farmacologiche in consultorio Indicatore: Studio di fattibilità					X						X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Ampliamento Ambulatorio Urgenze Pediatriche Indicatore: Studio di fattibilità	X										X	

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0254 - UO PEDIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	C0255 - UO TERAPIA INTENSIVA NEONATALE RIMINI	Punti Dirigenza	C0257 - UO TUTELA SALUTE FAMIGLIA, DONNA ED ETA' EV.RIMINI	Punti Dirigenza	C1251 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	S0129 - SSI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	Anticorruzione e Trasparenza		5		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza Target: 100%	X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	X		X		X		X		X			
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO												
	Area di performance dello sviluppo organizzativo								5				
Rendicontazione Referente medico di direzione	Perseguimento obiettivo centro leader tumore ovarico in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.							X					
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'												
	Area economico-finanziaria		10		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico (eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X			
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO												
	Area di performance dell'organizzazione												
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica. Target: entro giugno	X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X						X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X				X		X			
Rendicontazione a cura RID	Implementazione case manager	X											
Rendicontazione a cura RID	Rimodulazione organizzativa per settori							X					

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0034 - DIPARTIMENTO SALUTE DONNA, INFANZIA, ADOL. RIMINI

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	954.280	792.077	940.182	148.105	18,70%	3.316	2.795	941.478	615
BS002 - EMODERIVATI	92.316	85.114	159.063	73.949	86,88%	489	1.248	161.702	95
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	22.174	17.542	16.317	-1.224	-6,98%	14.932	9.757	15.631	8.388
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	108.574	85.276	97.469	12.194	14,30%	5.969	98.297	90.896	102.653
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.097.947	961.909	1.202.974	241.065	25,06%	222.077	266.348	1.479.634	250.911
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	11.743	10.694	9.780	-914	-8,55%	19	25	9.207	28
BS012 - VACCINI	2.056.018	1.613.584	1.743.560	129.976	8,06%	0	5	2.088.526	9
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	34.353	36.556	52.442	15.886	43,46%	8	10	57.481	3
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	22.559	4.399	28.283	23.884	542,91%	0	0	69.222	0
TOTALE BENI SANITARI	4.399.963	3.607.150	4.250.071	642.920	17,82%	246.811	378.484	4.913.777	362.702

Delta verso 2021 NO COVID: + 663.707 € di cui:

DISPOSITIVI MEDICI + 276.660 € in particolare per Pediatria Rimini; incremento dovuto ad aumento posti letto, maggiore utilizzo di dispositivi monouso e strumentazione per il monitoraggio degli scambi gassosi.

Considerato inoltre costo emergente per i sistemi di controllo della glicemia come da previsione Home Care pari a + 31.668 €.

VACCINI +344.966 € Tutela salute famiglia, donna, età evolutiva:già considerato costo cessante di - 50.000 € effetto nuova gara vaccino esavalente (da rivalutare in corso d'anno)

Delta verso 2019: +513.814 €

MEDICINALI (Oncoematologia ped): si segnala possibile costo emergente (non incluso nella stima) per trattamento di neuroblastoma IV stadio con Dinutuximab (Qarziba).

N. 5 cicli (da aprile 2022) per un totale di 15 fiale pari a 114.640€.

DA NEGOZIARE:

DM (Ostetricia-Ginecologia) in attesa di valutazione da parte della CADM richiesta per Dispositivo GelpointVPath (per innovativa tecnica chirurgica che permette di eseguire interventi mini invasivi per via vaginale).

Costo unitario: 400 € +IVA. N. interventi previsti 25 pari a 12.200 € con IVA

D0027 - DIP.CURE PRIMARIE E MED.DI COMUNITA' FORLI'-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		CO195 - UO GERIATRIA FORLI'	Punti Dirigenza	CO196 - UO MEDICINA RIABILITATIVA FORLI'	Punti Dirigenza	CO200 - UO GERIATRIA CESENA	Punti Dirigenza	CO201 - UO MEDICINA RIABILITATIVA CESENA	Punti Dirigenza	CO277 - UO MEDICINA INTERNA S. PIERO IN BAGNO	Punti Dirigenza	CO287 - UO CURE PRIMARIE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	SS1231 - SSI MEDICINA PENITENZIARIA	Punti Dirigenza	SS1201 - SSD MEDICINA RIAB.TERRITORIALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																			
Area di performance dell'accesso e della domanda		30		20		30		20		30		25		85		20			
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni giornaliere entro le ore 12									mantenimen to 2021								X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni nel week end									mantenimen to 2021								X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Adesione allo strumento di gestione dei posti letto per i ricoveri in acuzie e/o rientro alle strutture di provenienza (Bed Management)	X		X		X				X								X	
CdG: report PS-CRA	Applicazione Progetto di Miglioramento per il governo/contenimento degli accessi a PS dei pazienti residenti in CRA Indicatore: Riduzione Accessi di ospiti con classificazione A rispetto anno precedente	X				X						X							In collaborazione con il Dipartimento Emergenza, Internistico e Cardiol. Forli - Cesena
CdG: Fonte ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate . Target >=90%	X		X		X		X				X				X			
CdG: Fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione											X							In corresponsabilità con fra i dip coinvolti e le Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG. UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia, Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
Rendicontazione a cura Referente medico direzione, Dir.Distretto e Dir. DCP	PPI di Cattolica, Santarcangelo e Cesenatico: progressivo completamento del progetto di riorganizzazione dei PPI con passaggio di afferenza ai Dipartimenti di Cure Primarie.											X						X	Per PPI: Corresponsabilità con Direzione di Presidio
Rendicontazione Resp. SSI	Piano assistenziale individuale (PAI) Proposta e condivisione del percorso assistenziale per tutti i pazienti-detenuti nuovi giunti e successiva verifica Indicatore: Revisione di tutte le cartelle cliniche dei nuovi ingressi per il 90% dei PAI/Annuì													X				X	
Rendicontazione Resp. SSI	Vaccinazioni: Anamnesi vaccinale di tutti i nuovi giunti, proposta vaccinale in base all'eleggibilità del paziente. Adesione alla campagna per l'eradicazione del morbillo nel mondo, proponendo la vaccinazione a tutti i giovani adulti entro il cinquantesimo anno di età Target: >90%													X					
Rendicontazione Resp. SSI	Adesione al progetto sperimentale sostenuto dalla Regione Emilia-Romagna per l'implemento della telemedicina all'interno dei penitenziari Indicatore: nr. di esami strumentali eseguiti da remoto e refertati on-line sul totale degli esami eseguiti in presenza													X				X	
Rendicontazione Resp. SSI	Consolidamento dell'equipe psichiatrica che consiste nella individuazione del pazienti-detenuti con patologia antisociale Percentuale di pazienti-detenuti presi in carico sul totale dei pazienti con patologia psichiatrica													X				X	
Area di performance dell'integrazione		25		20		25		5		30		40				20			
Rendicontazione Referente Organizzativo PDTA	Adesione al PDTA Demenze Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X				X						X						X	
rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Diabete Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X				X				X		X				X		X	
rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA BPCO Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica											X						X	
rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Scompenso Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X				X				X		X						X	
rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X				X		X						X	
Rendicontazione RID di Ambito	Avvio progetto con infermiere di famiglia e di comunità nei quattro ambiti entro anno (Formazione nel primo semestre 2022) Indicatore: almeno una sperimentazione in ogni ambito entro l'anno											X						X	

D0027 - DIP.CURE PRIMARIE E MED.DI COMUNITA' FORLI'-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0195 - UO GERIATRIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0196 - UO MEDICINA RIABILITATIVA FORLI'	Punti Dirigenza	C0200 - UO GERIATRIA CESENA	Punti Dirigenza	C0201 - UO MEDICINA RIABILITATIVA CESENA	Punti Dirigenza	C0277 - UO MEDICINA INTERNA S. PIERO IN BAGNO	Punti Dirigenza	C0287 - UO CURE PRIMARIE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1231 - SSI MEDICINA PENITENZIARIA	Punti Dirigenza	S1201 - SSD MEDICINA RIAB.TERRITORIALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Rendicontazione congiunta dei RID DCP e direttori dip.	Analisi dell'applicazione della PA 210 nei punti di accettazione del Servizio Infermieristico Domiciliare e identificazione di azioni formative/correttive per MMG/NCP al fine di un miglioramento dell'applicazione della PA 210. Target: report esito analisi entro giugno; proposta piano azioni entro settembre											X						X	
CdG Fonte: flusso ADI	Incremento progressivo della presa in carico fino al 10% dei pazienti ultra65enni (escluso assistenza di base)											X						X	
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Partecipazione alla condivisione con specialisti/MMG del Protocollo Dolore Lombare e successiva implementazione. Target: entro settembre			X				X							X				In corresponsabilità con Dip Neuroscienze
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																			
Area di performance della produzione		20		35		20		55		15		10		25					
CdG Fonte: flusso ASA e referente medico di direzione	Rispetto del piano di produzione/specialistica ambulatoriale	rientro 2019		rientro 2019		rientro 2019		rientro 2019				rientro 2019				X		X	Per la SSD si tratta di definire contenuti e vocazioni a seguito del riassetto delle funzioni
Rendicontazione Direttore dipartimento	Incremento delle attività della psicologia nelle cure primarie di almeno 1 ulteriore Casa della salute o Nucleo di Cure Primarie rispetto a quanto attivo nel 2021											X							
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X					X				
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		5		5		5					
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X						X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X				X								X	
CdG: Flusso AFO	% di consumo di insulina lispro (ad azione rapida) a miglior rapporto costo-opportunità e rispetto esito di gara											X							
Rendicontazione dir. Farmaceutica	Attività formativa ai singoli MMG su temi di appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento ai nuovi convenzionati. Indicatore: Nr. 30 incontri a livello aziendale											X							
rendicontazione dir. Farmaceutica	Utilizzo statine in prevenzione primaria nei pazienti anziani: riduzione % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria. Promuovere l'utilizzo appropriato delle statine con corretta applicazione delle linee guida e della nota AIFA 13 come previsto dal piano "performance aziendale 2021-2023". Azioni sulle UU.OO. da parte del farmacista facilitatore e incontri nei NCP con partecipazione attiva, oltre al farmacista, di un Medico del Dipartimento Cure Primarie e medico specialista di branca (cardiologo, geriatra).	X				X						X							Evidenza documentale incontri e riduzione % verso 2021, monitoraggio RER
rendicontazione dir. Farmaceutica	PDTA e formazione MMG e specialisti su nota Aifa 99 (BPCO) e nota Aifa 100 (nuovi antidiabetici), e corretto impiego della terapia antibiotica. Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolta ai MMG sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia dei farmaci per il diabete e farmaci per la BPCO. Indicatore: N° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (specialista di branca) almeno 3 incontri per ambito provinciale											X							
rendicontazione dir. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità. Indicatore: Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota											X							
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Partecipazione al corso FAD "Sicurezza delle cure: prescrizione informatizzata e Dose Unitaria" Target: 50% del personale che esegue la prescrizione informatizzata	X																X	solo Geriatria di Forli 50% del personale che esegue la prescrizione informatizzata

D0027 - DIP.CURE PRIMARIE E MED.DI COMUNITA' FORLI'-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0195 - UO GERIATRIA FORLI'	Punti Dirigenza	C0196 - UO MEDICINA RIABILITATIVA FORLI'	Punti Dirigenza	C0200 - UO GERIATRIA CESENA	Punti Dirigenza	C0201 - UO MEDICINA RIABILITATIVA CESENA	Punti Dirigenza	C0277 - UO MEDICINA INTERNA S. PIERO IN BAGNO	Punti Dirigenza	C0287 - UO CURE PRIMARIE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1231 - SSI MEDICINA PENITENZIARIA	Punti Dirigenza	S1201 - SSD MEDICINA RIAB.TERRITORIALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
rendicontazione dir. Dipartimento	Avvio del Progetto di Ricognizione-Riconciliazione nelle CRA pilota di FO-CE: studio di fattibilità e delle azioni da mettere in campo (estrazione dati dalle cartelle informatizzate, aspetti privacy e coinvolgimento dei medici) Indicatore: evidenza documentale dello studio di fattibilità nelle 4 CRA pilota (2 per Forlì e 2 per Cesena): entro il secondo semestre 2022											X							
rendicontazione dir. Farmaceutica	PROGETTO SMART Forlimpopoli: presa in carico di pz oncoematologici e consegna terapia orale presso la casa di comunità di Forlimpopoli, con la collaborazione del farmacista counsellor Indicatore: analisi fattibilità e avvio progetto con erogazione delle terapie orali nel secondo semestre 2022	X										X							a) Entro I semestre 2022: condivisione della fattibilità del progetto SMART, attraverso la messa in campo di: 1-strumenti informativi (vincolato al Servizio Informatico IRST/AUSL) 2-formazione sull'attività di counselling 3- condivisione della procedura inerente il counselling a cura della farmacia oncologica IRST b) per il II semestre 2022: erogazione delle terapie orali presso la CdS di Forlimpopoli a > 1 paziente
Area di performance dell'organizzazione			5		5		5				5		5				15		
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X				X									
Rendicontazione Direttore Dip. E RID	Telemedicina: Raggiungere il target previsto dal piano di reclutamento per le CdS coinvolte nel progetto (vedi note)											X						X	Nuove attivazioni: Forlì : Forlimpopoli, Meldola, NCP2 Viale risorgimento
Rendicontazione Referente medico di direzione	Progetto riassetto delle funzioni e ridefinizione percorsi ospedale-territorio in seguito alla istituzione della SSD Target: formalizzazione entro aprile e applicazione del nuovo assetto della SSD															X		X	
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza			5		5		5		5		5		5		5		5		
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X			
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																			
Area economico finanziaria			10		10		10		10		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																			
Area di performance dell'organizzazione																			
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X		X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0027 - DIP.CURE PRIMARIE E MED.DI COMUNITA' FORLI'-CESENA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	1.290.922	1.322.212	1.392.319	70.107	5,30%	28.326	91.057	1.428.454	24.329
BS002 - EMODERIVATI	21.101	13.773	15.215	1.442	10,47%		5.598	24.519	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	40.361	30.503	31.948	1.445	4,74%	25.979	18.941	36.138	14.224
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	243.404	197.977	224.407	26.429	13,35%	17.445	96.222	242.851	112.741
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.354.541	2.221.732	1.324.263	-897.469	-40,40%	715.075	1.665.622	1.343.410	598.350
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	2.981	2.852	2.669	-183	-6,41%	59	126	1.055	0
BS012 - VACCINI	5.760	6.021	4.140	-1.881	-31,24%			7.029	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	416.792	377.579	388.722	11.143	2,95%	2.081	3.057	415.573	1.367
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	2.657		564	564				438	0
TOTALE BENI SANITARI	4.378.518	4.172.648	3.384.247	-788.401	-18,89%	788.965	1.880.622	3.499.468	751.011

DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA (HOME CARE)	211.041	216.849	348.686	131.837	60,80%			518.800	
SERVICE SANITARI	340.685	331.745	398.007	66.262	19,97%			412.700	
ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	42.782.385	41.662.301	43.413.496	1.751.195	4,20%			42.826.000	
ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE E AZIENDE PRIVATE E PUBBLICHE	1.626.999	2.030.702	1.414.854	-615.848	-30,33%			1.510.000	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE E AZIENDE PRIVATE E PUBBLICHE	1.626.756	1.222.787	1.482.550	259.763	21,24%			1.507.000	

Delta 2022 NO COVID vs 2021: + 115.221€

+36.134 € MEDICINALI

+ 26.851 € PRODOTTI DIETETICI

DELTA VS 2019: - 879.051 €

Considerare a parte costo per emoderivato FEIBA Geriatria Cesena paz emofilico

FARMACEUTICA CONVENZIONATA FORLI'-CESENA: STIMA 2022 € 42.826.000

REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA FORLI'-CESENA: € 1.060.000

D0031 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0226 - UO GERIATRIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0227 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1206 - UO MEDICINA INT.1 ind.INVECCHIAM.E FRAGIL.RAVENNA	Punti Dirigenza	C1228 - UO CURE PRIMARIE RAVENNA-FAENZA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE											
Area di performance dell'accesso e della domanda		30		20		30		25			
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore.	<=30%				mantenimento 2021				X	
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding >= a 3 ore. Target: tendente a 0	X				X				X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni giornaliere entro le ore 12	Mantenimento 2021				Miglioramento 2021				X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni nel week end	Miglioramento 2021				Miglioramento 2021				X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Adesione allo strumento di gestione dei posti letto per i ricoveri in acuzie e/o rientro alle strutture di provenienza (Bed Management)	X		X		X				X	
CdG: report PS-CRA	Applicazione Progetto di Miglioramento per il governo/contenimento degli accessi a PS dei pazienti residenti in CRA Indicatore: Riduzione Accessi di ospiti con classificazione A rispetto anno precedente	X						X			In collaborazione con il Dipartimento Emergenza, Internistico e Cardiol. Ravenna
CdG: Fonte ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate Target >=90%	X		X		X					
CdG: Fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione					X		X			In corresponsabilità con fra i dip coinvolti e le Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG. UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive.
Area di performance dell'integrazione		25		20		15		40			
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Demenze Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X						X		X	
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Diabete Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica					X		X		X	
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA BPCO Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica							X		X	
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Scompenso Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica					X		X		X	
Rendicontazione a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X		X		X		X	
Rendicontazione RID di Ambito	Avvio progetto con infermiere di famiglia e di comunità nei quattro ambiti entro anno (Formazione nel primo semestre 2022) Indicatore: almeno una sperimentazione in ogni ambito entro anno							X		X	
Rendicontazione congiunta dei RID DCP e direttori dip.	Analisi dell'applicazione della PA 210 nei punti di accettazione del Servizio Infermieristico Domiciliare e identificazione di azioni formative/correttive per MMG/NCP al fine di un miglioramento dell'applicazione della PA 210. Target: report esito analisi entro giugno; proposta piano azioni entro settembre							X		X	
CdG Fonte: flusso ADI	Incremento progressivo della presa in carico fino al 10% dei pazienti ultra65enni (escluso assistenza di base)							X		X	
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Partecipazione alla condivisione con specialisti/MMG del Protocollo Dolore Lombare e successiva implementazione. Target: entro settembre			X							In corresponsabilità con Dip Neuroscienze

D0031 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0226 - UO GERIATRIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0227 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1206 - UO MEDICINA INT.1 Ind.INVECCHIAM E FRAGIL RAVENNA	Punti Dirigenza	C1228 - UO CURE PRIMARIE RAVENNA-FAENZA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI											
Area di performance della produzione		20		35		30		10			
CdG Fonte: flusso ASA	Rispetto del piano di produzione/specialistica ambulatoriale	mantenimento 2021		rientro 2019		rientro 2019		rientro 2019		X	
Rendicontazione Referente medico di direzione	Elaborazione progetto di potenziamento dell'attività di endocrinologia. Target: evidenza progetto entro maggio e applicazione successiva.					X					
Rendicontazione Referente medico di direzione	Avvio progetto reumatologia. Target: adesione al progetto					X					
Rendicontazione Direttore dipartimento	Incremento delle attività della psicologia nelle cure primarie di almeno 1 ulteriore Casa della salute o Nucleo di Cure Primarie rispetto a quanto attivo nel 2021.							X			
Rendicontazione Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X					
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5			
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%	X		X		X		X		X	
CdG: Flusso AFO	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab) Target: >=90%					X					
CdG: Flusso AFO	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021					X					
CdG: Flusso AFO	% di consumo di insulina lispro (ad azione rapida) a miglior rapporto costo-opportunità e rispetto esito di gara							X			
Rendicontazione dir. Farmaceutica	Attività formativa ai singoli MMG su temi di appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento ai nuovi convenzionati. Indicatore: Nr. 30 incontri a livello aziendale							X			
rendicontazione dir. Farmaceutica	Utilizzo statine in prevenzione primaria nei pazienti anziani: riduzione % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria. Promuovere l'utilizzo appropriato delle statine con corretta applicazione delle linee guida e della nota AIFA 13 come previsto dal piano "performance aziendale 2021-2023". Azioni sulle UU.OO. da parte del farmacista facilitatore e incontri nei NCP con partecipazione attiva, oltre al farmacista, di un Medico del Dipartimento Cure Primarie e medico specialista di branca (cardiologo, geriatra).	X						X			Evidenza documentale incontri e riduzione % verso 2021, monitoraggio RER
rendicontazione dir. Farmaceutica	PDTA e formazione MMG e specialisti su nota Aifa 99 (BPCO) e nota Aifa 100 (nuovi antidiabetici), e corretto impiego della terapia antibiotica. Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolta ai MMG sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia dei farmaci per il diabete e farmaci per la BPCO. Indicatore: N° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (specialista di branca) almeno 3 incontri per ambito provinciale							X			
rendicontazione dir. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità. Indicatore: Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota							X			
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5			
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X		X			

D0031 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0226 - UO GERIATRIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0227 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1206 - UO MEDICINA INT.1 ind.INVECCHIAM.E FRAGIL.RAVENNA	Punti Dirigenza	C1228 - UO CURE PRIMARIE RAVENNA-FAENZA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Rendicontazione Direttore Dip. E RID	Telemedicina: Raggiungere il target previsto dal piano di reclutamento dei pazienti per le CdS coinvolte nel progetto (vedi note)							X		X	Nuove attivazioni: Lugo: Voltana e Cotignola Faenza: Casola Valsegno Ravenna: Cervia e S.P. in Vincoli
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza			5		5		5		5		
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X			
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'											
Area economico finanziaria			10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO											
Area di performance dell'organizzazione											
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0031 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RAVENNA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	2.638.468	2.354.487	2.296.607	-57.880	-2,46%	35.104	14.176	2.447.000	2.979
BS002 - EMODERIVATI	69.523	21.013	25.628	4.615	21,96%	3.606		51.393	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	38.802	29.778	30.468	690	2,32%	21.954	11.529	34.524	9.859
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	195.139	192.623	161.315	-31.308	-16,25%	10.208	52.346	161.081	112.555
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.346.178	3.260.799	1.507.078	-1.753.721	-53,78%	609.697	792.352	1.531.776	665.729
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	3.130	1.757	1.338	-419	-23,84%		27	3.024	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	310.222	328.609	299.869	-28.740	-8,75%	1.768	878	325.171	0
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	3.517	410	204	-206	-50,32%			522	0
TOTALE BENI SANITARI	6.604.978	6.189.476	4.322.506	-1.866.970	-30,16%	682.338	871.308	4.554.490	791.122

DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA (HOME CARE)	210.388	357.686	395.414	37.728	10,55%			546.500	
SERVICE SANITARI	30.649	31.200	31.200	0	0,00%			33.000	
ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	41.968.880	43.305.995	44.535.887	1.229.892	2,84%			43.703.000	
ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE E AZIENDE PRIVATE E PUBBLICHE	1.868.661	2.276.267	1.567.440	-708.827	-31,14%			1.715.000	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE E AZIENDE PRIVATE E PUBBLICHE	1.916.526	1.380.236	1.443.563	63.327	4,59%			1.533.000	

Delta NO COVID 2022 vs 2021: + 231.984 €
+150.393 € MEDICINALI (Medicina con Reumatologia e Geriatria con centro osteoporosi)

Delta vs 2019: - 2.050.487 €

FARMACEUTICA CONVENZIONATA RAVENNA: STIMA 2022 € 43.703.000
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA RAVENNA: € 1.010.100

D0035 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RIMINI Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		CO238 - UO MEDICINA INTERNA E REUMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO258 - UO GERIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO259 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RIMINI	Punti Dirigenza	CO260 - UO CURE PRIMARIE RIMINI- RICCIONE	Punti Dirigenza	CO262 - POST-ACUTI SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	CO263 - POST-ACUTI RIMINI	Punti Dirigenza	CO264 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	CO265 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA NOVA FELTRIA	Punti Dirigenza	S0127 - SSI ALLERGLOGIA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																					
Area di performance dell'accesso e della domanda		35		30		20		25		35		35		35							
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding 1-3 ore.	Mantenimen to 2021		Mantenimen to 2021										Mantenimen to 2021		Mantenimen to 2021				X	
CdG Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding >= a 3 ore. Target: tendente a 0	X		X										X		X				X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni giornaliere entro le ore 12	Miglioramen to 2021		Mantenimen to 2021						Miglioramen to 2021		Mantenimen to 2021		Miglioramen to 2021		Miglioramen to 2021				X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimissioni nel week end	Miglioramen to 2021		Miglioramen to 2021										Miglioramen to 2021		Miglioramen to 2021				X	
Rendicontazion e Referente medico di direzione	Adesione allo strumento di gestione dei posti letto per i ricoveri in acuzie e/o rientro alle strutture di provenienza (Bed Management)	X		X										X		X				X	
CdG: report PS- CRA	Applicazione Progetto di Miglioramento per il governo/contenimento degli accessi a PS dei pazienti residenti in CRA Indicatore: Riduzione Accessi di ospiti con classificazione A rispetto anno precedente			X				X													In collaborazione con il Dipartimento Emergenza, Internistico e cardiol. Rimini
CdG: Fonte ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate . Target >=90%	X		X		X		X						X		X		X			
CdG: Fonte PS	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione							X						X		X		X			In corresponsabilità con fra i dip coinvolti e le Cure Primarie per coinvolgimento, formazione, sensibilizzazione dei MMG. UUOO coinvolte su cui vanno strutturati/consolidati i percorsi U: Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Neurologia ,Urologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Otorino, Antalgica, Allergologia, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Malattie Infettive. Per UO Allergologia: ampliamento del progetto anafilassi aziendale per presa in carico dei pazienti ambulatoriali inviati da MMG urgenti
Rendicontazion e a cura Referente medico direzione, Dir.Distretto e Dir. DCP	PPI di Cattolica, Santarcangelo e Cesenatico: progressivo completamento del processo di riorganizzazione dei PPI con passaggio di afferenza alle Cure Primarie							X												X	Partecipazione alla realizzazione e condivisione insieme ai distretti di Rimini e Riccione, alla medicina di cattolica/riccione e dip. cure primarie del progetto di passaggio in carico del PPI cattolica al medico di continuità assistenziale h24 . Stessa ipotesi per il PPI di Santarcangelo.
Area di performance dell'integrazione		20		25		5		40		20		20									
Rendicontazion e a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Demenze Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica			X																X	
Rendicontazion e a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Diabete Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X						X						X		X				X	
Rendicontazion e a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA BPCO Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica							X												X	
Rendicontazion e a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA Scompenso Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X				X						X		X				X	
Rendicontazion e a cura del Referente PDTA	Adesione al PDTA NUCOT Target: Report di monitoraggio e rendicontazione periodica	X		X				X		X		X		X		X				X	
Rendicontazion e RID di Ambito	Avvio progetto con infermiere di famiglia e di comunità nei quattro ambiti entro anno (Formazione nel primo semestre 2022) Indicatore: almeno una sperimentazione in ogni ambito entro anno							X												X	
Rendicontazion e congiunta dei RID DCP e direttori dip.	Analisi dell'applicazione della PA 210 nei punti di accettazione del Servizio Infermieristico Domiciliare e identificazione di azioni formative/correttive per MMG/NCP al fine di un miglioramento dell'applicazione della PA 210. Target: report esito analisi entro giugno; proposta piano azioni entro settembre							X												X	

D0035 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RIMINI Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		CO238 - UO MEDICINA INTERNA E REUMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO258 - UO GERIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO259 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RIMINI	Punti Dirigenza	CO260 - UO CURE PRIMARIE RIMINI- RICCIONE	Punti Dirigenza	CO262 - POST-ACUTI SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	CO263 - POST-ACUTI RIMINI	Punti Dirigenza	CO264 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	CO265 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA NOVA FELTRIA	Punti Dirigenza	SO127 - SSI ALLERGLOGIA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
CdG Fonte: flusso ADI	Incremento progressivo della presa in carico fino al 10% dei pazienti ultra65enni (escluso assistenza di base)							X												X	
Rendicontazione del Direttore di Dipartimento	Partecipazione alla condivisione con specialisti/MMG del Protocollo Dolore Lombare e successiva implementazione. Target: entro settembre					X															In corresponsabilità con Dip Neuroscienze
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																					
Area di performance della produzione		20		20		50		10		20		20		45							
CdG Fonte: flusso ASA	Rispetto del piano di produzione/specialistica ambulatoriale	Rientro 1° visite ai valori 2019. Mantenimen to 2021 su altre prestazioni.		Rientro 1° visite ai valori 2019. Mantenimen to 2021 su altre prestazioni.		Rientro 1° visite ai valori 2019. Mantenimen to 2021 su altre prestazioni.		Rientro al 2019						Rientro al 2019		Rientro al 2019		Miglioramen to rispetto al 2019		X	
Rendicontazione e Direttore dipartimento	Incremento delle attività della psicologia nelle cure primarie di almeno 1 ulteriore Casa della salute o Nucleo di Cure Primarie rispetto a quanto attivo nel 2021							X													
Rendicontazione e Referente medico di direzione	Pieno sfruttamento della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività condivisi, e applicazione strumento "carichi di lavoro"	X		X		X								X		X		X			
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		5		5		5		5					
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Risk manager	Effettuazione Corso di formazione FAD "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" Indicatore: % di operatori (medici e infermieri/UO). Target: >= 50%			X		X				X		X		X		X				X	
CdG: Flusso AFO	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali (etanercept, infliximab, adalimumab) Target: >= 90%	X																			
CdG: Flusso AFO	Farmaci biologici: % di farmaci anti-TNF sul totale superiore o uguale al 2021	X																			
CdG: Flusso AFO	% di consumo di insulina lispro (ad azione rapida) a miglior rapporto costo-opportunità e rispetto esito di gara							X													
Rendicontazione e dir. Farmaceutica	Attività formativa ai singoli MMG su temi di appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento ai nuovi convenzionati. Indicatore: Nr. 30 incontri a livello aziendale							X													
rendicontazione dir. Farmaceutica	Utilizzo statine in prevenzione primaria nei pazienti anziani: riduzione % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria. Promuovere l'utilizzo appropriato delle statine con corretta applicazione delle linee guida e della nota AIFA 13 come previsto dal piano "performance aziendale 2021-2023". Azioni sulle UU.OO. da parte del farmacista facilitatore e incontri nei NCP con partecipazione attiva, oltre al farmacista, di un Medico del Dipartimento Cure Primarie e medico specialista di branca (cardiologo, geriatra).			X				X													Evidenza documentale incontri e riduzione % verso 2021, monitoraggio RER
rendicontazione dir. Farmaceutica	PDTA e formazione MMG e specialisti su nota Aifa 99 (BPCO) e nota Aifa 100 (nuovi antidiabetici), e corretto impiego della terapia antibiotica. Incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolta ai MMG sugli strumenti diagnostici per la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia dei farmaci per il diabete e farmaci per la BPCO. Indicatore: N° di incontri effettuati con presenza delle figure professionali aziendali (specialista di branca) almeno 3 incontri per ambito provinciale							X													
rendicontazione dir. Farmaceutica	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità. Indicatore: Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota							X													
Area di performance dell'organizzazione		5		5		5		5		5		5		5							

D0035 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RIMINI Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		CO238 - UO MEDICINA INTERNA E REUMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO258 - UO GERIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO259 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RIMINI	Punti Dirigenza	CO260 - UO CURE PRIMARIE RIMINI- RICCIONE	Punti Dirigenza	CO262 - POST-ACUTI SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	CO263 - POST-ACUTI RIMINI	Punti Dirigenza	CO264 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	CO265 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA NOVA FELTRIA	Punti Dirigenza	SO127 - SSI ALLERGLOGIA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE											
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X		X						X		X		X		X																
Rendicontazioni e Direttore Dip. E RID	Telemedicina: Raggiungere il target previsto dal piano di reclutamento per le CdS coinvolte nel progetto (vedi note)							X												X	Nuove attivazioni: Rimini: Alta Valmarecchia e Valconca											
Referente medico di direzione	Implementazione del percorso per la gestione del paziente post cardio-chirurgico e con scompenso cardiaco avanzato da avviare a riabilitazione cardio-respiratoria (con supporto di pneumologia, medicina fisiatrica anche con modalità di telemedicina). Riduzione del numero dei re-ricoveri e presa in carico dei pazienti post cardio-chirurgici (area Rimini Riccione). Indicatore: n. pazienti presi in carico					X														X												
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza		5																														
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X														
Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X														
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																																
Area di performance della Ricerca e della Didattica																																
	Completamento studio multicentrico europeo DAIG-ENDA su challenge con aspirina in pazienti allergici con cardiopatia ischemica e fattori di rischio. Studio multicentrico e task force ENDA su ipersensibilità a NAO																	X														
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																																
Area economico finanziaria																						10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Rendicontazioni e Direzione Assist. Farmaceutica di concerto con referente medico	Rispetto del Budget Economico. (Eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X		X		X														
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																																
Area di performance dell'organizzazione																																
Rendicontazioni e a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X		X		X														
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X		X		X														
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X		X		X														

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0035 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RIMINI

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsunti vo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsunti vo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	2.921.515	2.911.085	3.146.657	235.572	8,09%	138.144	278.475	3.391.277	13.699
BS002 - EMODERIVATI	173.785	154.345	75.115	-79.229	-51,33%	5.668	1.767	75.805	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	41.740	34.679	36.548	1.869	5,39%	43.946	27.403	43.835	15.336
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	275.363	230.644	250.102	19.458	8,44%	22.795	116.813	268.627	129.422
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.560.721	1.034.098	1.024.900	-9.198	-0,89%	1.494.817	1.560.725	1.034.594	687.593
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	8.534	6.119	7.226	1.107	18,09%	631	417	8.277	0
BS012 - VACCINI	113.093	246.194	324.281	78.087	31,72%	0	0	323.522	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	207.778	219.297	243.137	23.840	10,87%	5.709	4.079	256.933	0
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	0	51	0	-51	-100,00%	0	0	0	0
TOTALE BENI SANITARI	5.302.529	4.836.512	5.107.966	271.455	5,61%	1.711.710	1.989.679	5.402.870	846.050

DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA (HOME CARE)	444.144	251.389	500.036	248.647	98,91%			746.700	
SERVICE SANITARI	468.504	514.672	499.336	-15.337	-2,98%			526.800	
ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	34.396.548	32.847.653	35.397.699	2.550.046	7,76%			34.971.000	
ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE E AZIENDE PRIVATE E PUBBLICHE	2.892.037	3.495.146	1.267.999	-2.227.147	-63,72%			1.375.000	
ASSISTENZA PROTESICA DA FARMACIE E AZIENDE PRIVATE E PUBBLICHE	1.901.264	1.190.718	1.185.820	-4.898	-0,41%			1.418.000	

Delta 2022 NO COVID vs 2021: + 294.903 €
+ 244.621 € MEDICINALI (di cui +150.000 € per Medicina e Reumatologia Rimini)

Delta 2022 vs 2019 (TOTALE BENI SANITARI): + 100.341 €

Costi emergenti OSCO Santarcangelo: +33.000 € considerati nella stima 2022

FARMACEUTICA CONVENZIONATA RIMINI: STIMA 2022 € 34.971.000
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA RIMINI: € 862.043

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA	Punti Dirigenza	C0122 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE CESENA	Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI'	Punti Dirigenza	C0126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'	Punti Dirigenza	C0189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'	Punti Dirigenza	C0193 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA CESENA	Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE																
	Area di performance dell'accesso e della domanda																
Rendicontazione Referente progetto con evidenza documentale	Gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza Indicatore: avvio applicazione procedura entro giugno 2022	X		X		X		X		X		X		X		X	
Rendicontazione referente Percorso DCA	PERCORSO DCA - Tempi d'attesa prime visite CUP: Visita Neuropsichiatrica DCA < 18 anni e Visita Psichiatrica DCA > 18 anni. Target: <= 30gg INDICATORE: monitoraggio mensile prenotazione agende									X		X		X		X	
Rendicontazione referente Programma Autismo	Rispettare lo standard previsto dal PRIA nella fascia 0-6 anni Indicatore: n. pazienti con tempo attesa tra diagnosi e inizio trattamento non superiore a 60 giorni/totale pazienti presi in carico. Target: >= 80%									X		X				X	
	Area di performance dell'integrazione																
Rendicontazione Direttore Dipartimento	Realizzazione Programma Regionale Adolescenza e Psicopatologia 14-25 con particolare attenzione alla transizione, valutazione e presa in cura congiunta INDICATORE: Definizione procedura entro settembre e audit di verifica applicazione a fine anno			X				X		X		X		X		X	
Rendicontazione Direttore Dipartimento	Predisposizione di una Procedura Dipartimentale per la definizione delle modalità organizzative e dei criteri di lavoro delle UVM su Budget di Salute e disabilità intellettiva/autismo adulti Indicatore: avvio applicazione entro settembre													X		X	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI																
	Area di performance della produzione																
Rendicontazione referente Percorso DCA	Pazienti DCA in carico ad equipe multidisciplinare/Prime visite DCA <18 e >18 Target: >= 80%									X		X		X		X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Governo delle prese in carico dei pazienti inseriti in comunità delle dipendenze Indicatore: revisione dei progetti in favore dei pazienti inseriti in struttura da oltre 3 anni Target: >= 80%			X				X									
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Potenziamento dei percorsi di presa in carico alternativi agli inserimenti residenziali area Salute mentale Adulti Indicatore: Incremento del rapporto % fra progetti di residenzialità alternativa alle strutture residenziali h24/numero di inserimenti in residenze h24 (nuovi percorsi 2022 vs 2021)													X		X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Governo delle prese in carico dei minori inseriti in struttura Indicatore: Revisione dei progetti in favore dei pazienti inseriti in struttura da oltre 3 anni Target: >= 80%									X		X					
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + CdG	Esecuzione dello screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'HCV fra l'utenza SerD Indicatore: % utenza testata/tot nuova utenza in carico Target: >= 90%			X				X								X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + CdG	Uniformare il ricorso agli esami di laboratorio INDICATORE: tasso di prescrizione con scostamento inferiore al 10% fra i SerDP			X				X									

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA	Punti Dirigenza	C0122 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE CESENA	Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI'	Punti Dirigenza	C0126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'	Punti Dirigenza	C0189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'	Punti Dirigenza	C0193 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA CESENA	Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + Dir. Farmaceutica	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci Agonisti INDICATORE: riduzione consumo farmaci Agonisti vs 2021			X				X									
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Attivazione di monitoraggio e attività di prevenzione e cura degli effetti collaterali di tipo metabolico degli Antipsicotici INDICATORE: Attivazione di un ambulatorio di monitoraggio della sindrome metabolica in ciascun CSM entro anno													X		X	
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza ricovero INDICATORE: % trattati con degenza > 15 giorni Target: <= 15%	X				X											
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Appropriatezza ricovero INDICATORE: % episodi di contenzione/trattati in riduzione vs 2021 (mantenimento per SPDC Ravenna)	X				X										X	
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza continuità ospedale-territorio INDICATORE: % re-ricovero fra 8 e 30 giorni Target: <= 5%	X				X								X		X	
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		5		5		5		
Risk Manager	Effettuazione di almeno un'analisi di evento significativo con metodo SEA (Significant Event Audit)/UO/servizio su eventi di grado minore (livelli 1 a 4 come da Procedura P04)	X		X		X		X		X		X		X		X	
Risk Manager	Effettuazione Corso FAD Regionale "Prevenzione della contenzione" da parte del 50% degli operatori delle UO di Degenza	X				X										X	
	Area di performance dell'organizzazione		5				5									5	
CdG Fonte: Flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO Target: >= 95%	X				X											
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Esperto del Sostegno tra Pari (ESP) Percorso formativo e relativo servizio di formalizzazione e certificazione delle competenze finalizzato allo sviluppo e al consolidamento della figura del Facilitatore Sociale inteso come esperto nelle relazioni tra pari in grado di operare all'interno della rete dei servizi. Target: progettazione ed avvio corso entro anno													X			
	Anticorruzione e Trasparenza		5		5		5		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. - Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale - Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA	Punti Dirigenza	C0122 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE CESENA	Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI'	Punti Dirigenza	C0126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'	Punti Dirigenza	C0189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'	Punti Dirigenza	C0193 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA CESENA	Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																
	Area di performance dello sviluppo organizzativo																
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Avvio della Cartella CURE e Telemedicina per tutti i Servizi del DSM-DP e la Psicologia Clinica Indicatore: evidenza avvio CURE e telemedicina nel rispetto del tempogramma regionale	X		X		X		X		X		X		X		X	L'obiettivo include anche l'implementazione dell'area specifica delle professioni sanitarie
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																
	Area economico-finanziaria																
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica, Committenza, Sociosanitario di concerto con Direttori di Distretto	Rispetto del Budget Economico (eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X		X		X		X			
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																
	Area di performance dell'organizzazione																
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X		X		X		X			
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Implementazione della figura del terapeuta della riabilitazione													X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0045 - DIP.SALUTE MENTALE E DIP.PATOLOGICHE FORLI'-CESENA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsunti vo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsunti vo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	1.356.298	1.417.202	1.501.722	84.520	5,96%		258	1.561.034	0
BS002 - EMODERIVATI	114		1.852	1.852				0	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	23.781	19.828	18.607	-1.221	-6,16%	7.709	5.831	16.042	4.100
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	5.088	4.217	4.805	589	13,96%	317	24.030	4.555	32.672
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	24.826	21.478	19.006	-2.472	-11,51%	122.990	136.509	17.021	114.038
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	59	428	74	-354	-82,80%			101	0
BS012 - VACCINI			248	248				990	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	985	719	669	-50	-6,90%		2	973	0
TOTALE BENI SANITARI	1.411.151	1.463.872	1.546.982	83.110	5,68%	131.015	166.629	1.600.715	150.810

RETTE PSICHIATRICHE	5.802.868	6.076.377	6.317.605	241.228	3,97%			6.288.813	
RETTE DIPENDENZE PATOLOGICHE	1.286.637	1.352.555	1.397.725	45.170	3,34%			1.498.109	
RETTE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1.686.030	1.289.871	1.447.098	157.227	12,19%			1.481.026	
SERVIZI SANITARI E RIABILITATIVI	1.366.392	1.348.528	1.582.303	233.775	17,34%			1.395.922	
ASSEGNI E CONTRIBUTI	260.509	241.040	199.295	-41.745	-17,32%			206.343	

Delta NO COVID vs 2021: + 53.732 €
+ 59.312 € MEDICINALI

Delta vs 2019: +189.564 €

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0127 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0128 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0129 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0225 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE										
	Area di performance dell'accesso e della domanda										
		20		15		15		30			
Rendicontazione Referente progetto con evidenza documentale	Gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza Indicatore: avvio applicazione procedura entro giugno 2022	X		X		X		X		X	
Rendicontazione referente Percorso DCA	PERCORSO DCA - Tempi d'attesa prime visite CUP: Visita Neuropsichiatrica DCA < 18 anni e Visita Psichiatrica DCA > 18 anni. Target: <= 30gg INDICATORE: monitoraggio mensile prenotazione agende	X						X		X	
Rendicontazione referente Programma Autismo	Rispettare lo standard previsto dal PRIA nella fascia 0-6 anni Indicatore: n. pazienti con tempo attesa tra diagnosi e inizio trattamento non superiore a 60 giorni/totale pazienti presi in carico. Target: >= 80%							X		X	
	Area di performance dell'integrazione										
		20		10				10			
Rendicontazione Direttore Dipartimento	Realizzazione Programma Regionale Adolescenza e Psicopatologia 14-25 con particolare attenzione alla transizione, valutazione e presa in cura congiunta INDICATORE: Definizione procedura entro settembre e audit di verifica applicazione a fine anno	X		X				X		X	
Rendicontazione Direttore Dipartimento	Predisposizione di una Procedura Dipartimentale per la definizione delle modalità organizzative e dei criteri di lavoro delle UVM su Budget di Salute e disabilità intellettiva/autismo adulti Indicatore: avvio applicazione entro settembre	X								X	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI										
	Area di performance della produzione										
		30		50		55		35			
Rendicontazione referente Percorso DCA	Pazienti DCA in carico ad equipe multidisciplinare/Prime visite DCA <18 e >18 Target: >= 80%	X						X		X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Governo delle prese in carico dei pazienti inseriti in comunità delle dipendenze Indicatore: revisione dei progetti in favore dei pazienti inseriti in struttura da oltre 3 anni Target: >= 80%			X							
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Potenziamento dei percorsi di presa in carico alternativi agli inserimenti residenziali area Salute mentale Adulti Indicatore: Incremento del rapporto % fra progetti di residenzialità alternativa alle strutture residenziali h24/numero di inserimenti in residenze h24 (nuovi percorsi 2022 vs 2021)	X								X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Governo delle prese in carico dei minori inseriti in struttura Indicatore: Revisione dei progetti in favore dei pazienti inseriti in struttura da oltre 3 anni Target: >= 80%							X			

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0127 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0128 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0129 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0225 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + CdG	Esecuzione dello screening nazionale per l’eliminazione del virus dell’HCV fra l'utenza SerD Indicatore: % utenza testata/tot nuova utenza in carico Target: >= 90%			X						X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + CdG	Uniformare il ricorso agli esami di laboratorio INDICATORE: tasso di prescrizione con scostamento inferiore al 10% fra i SerDP			X							
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + Dir. Farmaceutica	Migliorare l’appropriatezza prescrittiva dei farmaci Agonisti INDICATORE: riduzione consumo farmaci Agonisti vs 2021			X							
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Attivazione di monitoraggio e attività di prevenzione e cura degli effetti collaterali di tipo metabolico degli Antipsicotici INDICATORE: Attivazione di un ambulatorio di monitoraggio della sindrome metabolica in ciascun CSM entro anno	X								X	
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza ricovero INDICATORE: % trattati con degenza > 15 giorni Target: <= 15%					X					
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Appropriatezza ricovero INDICATORE: % episodi di contenzione/trattati in riduzione vs 2021 (mantenimento per SPDC Ravenna)					X				X	
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza continuità ospedale-territorio INDICATORE: % re-ricovero fra 8 e 30 giorni Target: <= 5%	X				X				X	
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		
Risk Manager	Effettuazione di almeno un’analisi di evento significativo con metodo SEA (Significant Event Audit)/UO/servizio su eventi di grado minore (livelli 1 a 4 come da Procedura P04)	X		X		X		X		X	
Risk Manager	Effettuazione Corso FAD Regionale “Prevenzione della contenzione” da parte del 50% degli operatori delle UO di Degenza					X				X	
	Area di performance dell'organizzazione		5				5				
CdG Fonte: Flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO Target: >= 95%					X					

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0127 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0128 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0129 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0225 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Esperto del Sostegno tra Pari (ESP) Percorso formativo e relativo servizio di formalizzazione e certificazione delle competenze finalizzato allo sviluppo e al consolidamento della figura del Facilitatore Sociale inteso come esperto nelle relazioni tra pari in grado di operare all'interno della rete dei servizi. Target: progettazione ed avvio corso entro anno	X									
D08.01	Anticorruzione e Trasparenza		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. - Target: 100%	X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale - Target: 100%	X		X		X		X			
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO										
	Area di performance dello sviluppo organizzativo		5		5		5		5		
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Avvio della Cartella CURE e Telemedicina per tutti i Servizi del DSM-DP e la Psicologia Clinica Indicatore: evidenza avvio CURE e telemedicina nel rispetto del tempogramma regionale	X		X		X		X		X	L'obiettivo include anche l'implementazione dell'area specifica delle professioni sanitarie
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'										
	Area economico-finanziaria		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica, Committenza, Sociosanitario di concerto con Direttori di Distretto	Rispetto del Budget Economico (eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X			
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO										
	Area di performance dell'organizzazione										
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X			

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0127 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0128 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0129 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0225 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Implementazione della figura del terapeuta della riabilitazione	X									

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0046 - DIP.SALUTE MENTALE E DIP.PATOLOGICHE RAVENNA

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsuntivo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntivo 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	1.313.366	1.346.117	1.299.069	-47.048	-3,50%	131	1.514	1.353.102	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	12.653	9.985	6.907	-3.078	-30,83%	8.143	3.759	7.021	2.180
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	11.797	9.448	11.353	1.905	20,17%	143	15.071	12.328	25.280
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	20.526	12.534	9.887	-2.647	-21,12%	97.507	60.300	9.236	56.601
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	99	221	13	-207	-93,96%	23		53	0
BS012 - VACCINI		100	76	-24	-23,98%			0	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	3.003	2.450	2.819	369	15,06%	38	6	3.608	0
TOTALE BENI SANITARI	1.361.444	1.380.854	1.330.125	-50.730	-3,67%	105.986	80.651	1.385.348	84.060

RETTE PSICHIATRICHE	5.244.091	5.006.682	5.171.595	164.913	3,29%			5.164.350	
RETTE DIPENDENZE PATOLOGICHE	2.149.843	2.329.773	2.232.464	-97.309	-4,18%			2.248.804	
RETTE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1.250.454	1.548.202	1.880.625	332.423	21,47%			1.921.653	
SERVIZI SANITARI E RIABILITATIVI	1.126.128	1.303.037	1.446.902	143.865	11,04%			1.448.593	
ASSEGNI E CONTRIBUTI	2.506	2.696	23.537	20.841	773,03%			31.650	

Delta NO COVID vs 2021: + 55.224 €
+54.032 € Medicinali

Delta vs 2019: +23.905 €

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI	Punti Dirigenza	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE										
	Area di performance dell'accesso e della domanda										
		15		15		30		20			
Rendicontazione Referente progetto con evidenza documentale	Gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza Indicatore: avvio applicazione procedura entro giugno 2022	X		X		X		X		X	
Rendicontazione referente Percorso DCA	PERCORSO DCA - Tempi d'attesa prime visite CUP: Visita Neuropsichiatrica DCA < 18 anni e Visita Psichiatrica DCA > 18 anni. Target: <= 30gg INDICATORE: monitoraggio mensile prenotazione agende					X		X		X	
Rendicontazione referente Programma Autismo	Rispettare lo standard previsto dal PRIA nella fascia 0-6 anni Indicatore: n. pazienti con tempo attesa tra diagnosi e inizio trattamento non superiore a 60 giorni/totale pazienti presi in carico. Target: >= 80%					X				X	
	Area di performance dell'integrazione										
				10		10		20			
Rendicontazione Direttore Dipartimento	Realizzazione Programma Regionale Adolescenza e Psicopatologia 14-25 con particolare attenzione alla transizione, valutazione e presa in cura congiunta INDICATORE: Definizione procedura entro settembre e audit di verifica applicazione a fine anno			X		X		X		X	
Rendicontazione Direttore Dipartimento	Predisposizione di una Procedura Dipartimentale per la definizione delle modalità organizzative e dei criteri di lavoro delle UVM su Budget di Salute e disabilità intellettiva/autismo adulti Indicatore: avvio applicazione entro settembre							X		X	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI										
	Area di performance della produzione										
		55		50		30		30			
Rendicontazione referente Percorso DCA	Pazienti DCA in carico ad equipe multidisciplinare/Prime visite DCA <18 e >18 Target: >= 80%					X		X		X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Governo delle prese in carico dei pazienti inseriti in comunità delle dipendenze Indicatore: revisione dei progetti in favore dei pazienti inseriti in struttura da oltre 3 anni Target: >= 80%			X							
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Potenziamento dei percorsi di presa in carico alternativi agli inserimenti residenziali area Salute mentale Adulti Indicatore: Incremento del rapporto % fra progetti di residenzialità alternativa alle strutture residenziali h24/numero di inserimenti in residenze h24 (nuovi percorsi 2022 vs 2021)							X		X	

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI	Punti Dirigenza	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Governo delle prese in carico dei minori inseriti in struttura Indicatore: Revisione dei progetti in favore dei pazienti inseriti in struttura da oltre 3 anni Target: >= 80%					X					
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + CdG	Esecuzione dello screening nazionale per l’eliminazione del virus dell’HCV fra l'utenza SerD Indicatore: % utenza testata/tot nuova utenza in carico Target: >= 90%			X						X	
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + CdG	Uniformare il ricorso agli esami di laboratorio INDICATORE: tasso di prescrizione con scostamento inferiore al 10% fra i SerDP			X							
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa + Dir. Farmaceutica	Migliorare l’appropriatezza prescrittiva dei farmaci Agonisti INDICATORE: riduzione consumo farmaci Agonisti vs 2021			X							
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Attivazione di monitoraggio e attività di prevenzione e cura degli effetti collaterali di tipo metabolico degli Antipsicotici INDICATORE: Attivazione di un ambulatorio di monitoraggio della sindrome metabolica in ciascun CSM entro anno							X		X	
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza ricovero INDICATORE: % trattati con degenza > 15 giorni Target: <= 15%	X									
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Appropriatezza ricovero INDICATORE: % episodi di contenzione/trattati in riduzione vs 2021 (mantenimento per SPDC Ravenna)	X								X	
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza continuità ospedale-territorio INDICATORE: % re-ricovero fra 8 e 30 giorni Target: <= 5%	X						X		X	
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico		5		5		5		5		
Risk Manager	Effettuazione di almeno un’analisi di evento significativo con metodo SEA (Significant Event Audit)/UO/servizio su eventi di grado minore (livelli 1 a 4 come da Procedura P04)	X		X		X		X		X	
Risk Manager	Effettuazione Corso FAD Regionale “Prevenzione della contenzione” da parte del 50% degli operatori delle UO di Degenza	X								X	
	Area di performance dell'organizzazione		5				5		5		
CdG Fonte: Flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO Target: >= 95%	X				X					

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI	Punti Dirigenza	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Esperto del Sostegno tra Pari (ESP) Percorso formativo e relativo servizio di formalizzazione e certificazione delle competenze finalizzato allo sviluppo e al consolidamento della figura del Facilitatore Sociale inteso come esperto nelle relazioni tra pari in grado di operare all'interno della rete dei servizi. Target: progettazione ed avvio corso entro anno							X			
D08.01	Anticorruzione e Trasparenza		5		5		5		5		
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. - Target: 100%	X		X		X		X			
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale - Target: 100%	X		X		X		X			
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO										
	Area di performance dello sviluppo organizzativo		5		5		5		5		
Rendicontazione Direttore di Dipartimento e di Unità Operativa	Avvio della Cartella CURE e Telemedicina per tutti i Servizi del DSM-DP e la Psicologia Clinica Indicatore: evidenza avvio CURE e telemedicina nel rispetto del tempogramma regionale	X		X		X		X		X	L'obiettivo include anche l'implementazione dell'area specifica delle professioni sanitarie
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'										
	Area economico-finanziaria		10		10		10		10		
Rendicontazione Direzione Assist. Farmaceutica, Committenza, Sociosanitario di concerto con Direttori di Distretto	Rispetto del Budget Economico (eventuali scostamenti dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse)	X		X		X		X			
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO										
	Area di performance dell'organizzazione										
Rendicontazione a cura RID	Predisposizione documento per autogestione turnistica ed implementazione Target: progetto entro giugno, implementazione secondo semestre	X		X		X		X			

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI	Punti Dirigenza	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI	Punti Dirigenza	Comparto	Note
dir. Farmaceutica/Uff. Formazione	Progetto di formazione in materia di utilizzo appropriato dei Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia (POCT): partecipazione di almeno il 50% del personale infermieristico al corso FAD regionale.	X		X		X		X			
Risk manager	Medicazioni avanzate: partecipazione di almeno l'80% dei referenti wound care e di almeno il 50% del personale infermieristico/UO al corso FAD "Le medicazioni avanzate - Edizione 2021"	X		X		X		X			
Rendicontazione a cura RID	Implementazione della figura del terapeuta della riabilitazione							X			

Firma

Direttore Generale
(Fir.to digitalmente)

Direttore Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(Fir.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2022

DIPARTIMENTO: D0047 - DIP.SALUTE MENTALE E DIP.PATOLOGICHE RIMINI

Indicatore	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020 NO COVID	Preconsunti vo 2021 NO COVID	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Var. Costi NO COVID 2021 - 2020 Gennaio - Dicembre	Consuntivo 2020 COVID	Preconsuntiv o 2021 COVID	Stima NO COVID 2022	Stima COVID 2022
BS001 - MEDICINALI	1.040.424	1.025.311	1.084.897	59.586	5,81%		436	1.133.621	0
BS002 - EMODERIVATI	19.425	10.690	6.300	-4.390	-41,07%			3.000	0
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	12.187	12.349	6.487	-5.862	-47,47%	5.669	2.976	8.030	2.209
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	6.449	5.287	6.714	1.427	26,99%	215	9.977	6.891	14.051
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	22.188	14.997	18.796	3.800	25,34%	73.448	60.408	17.040	57.298
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	67	117	87	-30	-25,60%		1	235	0
BS012 - VACCINI	30							0	0
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	1.115	950	3.362	2.413	254,09%			4.308	0
TOTALE BENI SANITARI	1.101.885	1.069.700	1.126.643	56.944	5,32%	79.331	73.799	1.173.126	73.558

RETTE PSICHIATRICHE	4.816.208	4.832.552	5.029.767	197.215	4,08%			5.032.000	
RETTE DIPENDENZE PATOLOGICHE	1.592.828	1.593.504	1.538.100	-55.404	-3,48%			1.759.430	
RETTE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1.155.943	1.004.541	1.721.890	717.349	71,41%			1.992.304	
SERVIZI SANITARI E RIABILITATIVI	1.993.465	2.259.177	3.186.009	926.832	41,03%			3.164.355	
ASSEGNI E CONTRIBUTI	37.159	42.212	69.776	27.564	65,30%			60.150	

Delta NO COVID vs 2021: + 46.483 €
+ 48.724 € Medicinali

Delta vs 2019: + 71.241 €

4. Obiettivi operativi direzioni di distretto e direzioni tecniche

DIREZIONI DI DISTRETTO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0281 - DIREZIONE DISTRETTO RAVENNA	Punti Dirigenza	C0282 - DIREZIONE DISTRETTO CESENA-RUBICONE	Punti Dirigenza	C0283 - DIREZIONE DISTRETTO FORLÌ	Punti Dirigenza	C0284 - DIREZIONE DISTRETTO RIMINI	Punti Dirigenza	C0285 - DIREZIONE DISTRETTO RICCIONE	Punti Dirigenza	C0288 - DIREZIONE DISTRETTO FAENZA	Punti Dirigenza	C0289 - DIREZIONE DISTRETTO LUGO	Punti Dirigenza	Note
			100		100		100		100		100		100		100	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE															
	Area di performance dell'accesso e della domanda															
Insider	Governo del piano di produzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi di accesso. Indicatore: Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg. Target: 90% entro standard	X		X		X		X		X		X		X		
Insider	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg. Target: 90% entro standard	X		X		X		X		X		X		X		
Insider	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg. Target: 90% entro standard	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte ASA	Potenziamento telemedicina Indicatore: n. televisite/prestazioni organizzative Target : +10% vs 2021	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso e ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X		X		X		X		
Rendicontazione a cura DIT/Direttori Distretto	Assicurare il contributo al completamento del processo di riorganizzazione dei PPI territoriali (Cattolica, Santarcangelo e Cesenatico) con passaggio di afferenza ai Dip. di Cure Primarie. Indicatore e target: evidenza documentale dell'avvenuta revisione dell'assetto organizzativo e funzionale			X				X		X				X		
Fonte: flusso PS e ASA	Consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione	X		X		X		X		X		X		X		
	Area di performance dell'integrazione															
Evidenza documentale come da target	Assicurare il monitoraggio del livello di adesione/applicazione e la rendicontazione periodica del livello di applicazione e adesione dei PDTA formalizzati (BPCO, demenze, Diabete, Scompenso, Nucot, SLA) secondo rispettive responsabilità. Target: rendicontazione periodica secondo PA40. In caso di scostamenti significativi proposta delle azioni da porre in essere per raggiungere l'obiettivo nei tempi previsti o, a fronte di situazioni intercorrenti e non previste, proposta di eventuale revisione del	X		X		X		X		X		X		X		
CdG: report PS-CRA	Applicazione Progetto di Miglioramento per il governo/contenimento degli accessi a PS dei pazienti residenti in CRA Indicatore: Riduzione degli accessi a PS di ospiti con classificazione A rispetto anno precedente	X		X		X		X		X		X		X		
Rendiconatazione e Coordinatore PdP	Assicurare le azioni necessarie per l'attuazione locale del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 con particolare riferimento ai seguenti Programmi: PP01 Scuole che promuovono salute, PP02 Comunità attive, PP04 Dipendenze, PL11 Interventi nei primi 1000 giorni di vita, PL 12 Infanzia e adolescenza in condizioni di vulnerabilità, PI 20 Sani Stili di vita: dalla promozione alla presa in carico. Indicatore: Stato avanzamento del PRP e degli specifici programmi per l'anno 2022 come da indicatori previsti dal monitoraggio Regionale	X		X		X		X		X		X		X		
	Area di performance degli Esiti															

DIREZIONI DI DISTRETTO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0281 - DIREZIONE DISTRETTO RAVENNA	Punti Dirigenza	C0282 - DIREZIONE DISTRETTO CESENA-RUBICONE	Punti Dirigenza	C0283 - DIREZIONE DISTRETTO FORLI'	Punti Dirigenza	C0284 - DIREZIONE DISTRETTO RIMINI	Punti Dirigenza	C0285 - DIREZIONE DISTRETTO RICCIONE	Punti Dirigenza	C0288 - DIREZIONE DISTRETTO FAENZA	Punti Dirigenza	C0289 - DIREZIONE DISTRETTO LUGO	Punti Dirigenza	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI															
	Area di performance della produzione															
Fonte: portale regionale/BO	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione specialistica ambulatoriale. Indicatori: volumi erogato 2022 Target: >= 2019 per le prestazioni monitorate	X		X		X		X		X		X		X		
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico															
Risk manager	Partecipare alla condivisione e realizzazione del Piano Programma Gestione del Rischio Target: condivisione documento	X		X		X		X		X		X		X		
	Area di performance dell'organizzazione															
Evidenza partecipazione a incontri gruppo di lavoro e presentazione progetto di miglioramento	Analisi delle eventuali criticità di appropriatezza degli accessi in PS; proseguire il lavoro del gruppo per approfondire altre traiettorie specifiche: "frequent user" e "accessi a PS pazienti seguiti in ADI". Target: evidenza documento di sintesi esito analisi e presentazione/condivisione progetto di miglioramento.	X		X		X		X		X		X		X		
Evidenza documentale	Elaborare, in collaborazione con i Direttori di Distretto, il documento organizzativo per la realizzazione delle COT, sulla base di quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle indicazioni regionali, che contempli anche il raggiungimento di una maggiore uniformità funzionale ed organizzativa dei punti di continuità assistenziale territoriale. Target: Documento entro 31.12.2022	X		X		X		X		X		X		X		
	Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza															
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO															
	Area di performance della Ricerca e della Didattica															
	Area di performance dello sviluppo organizzativo															
Evidenza documentale a cura Direttori Distretto	Presidiare le progettazioni relative all'implementazione degli interventi previsti dal PNRR nei singoli distretti sanitari. Target: Approvazione Progettazioni e Relazioni di fattibilità	X		X		X		X		X		X		X		
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'															
	Area economico finanziaria															

DIREZIONI DI DISTRETTO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0281 - DIREZIONE DISTRETTO RAVENNA Punti Dirigenza	C0282 - DIREZIONE DISTRETTO CESENA-RUBICONE Punti Dirigenza	C0283 - DIREZIONE DISTRETTO FORLI' Punti Dirigenza	C0284 - DIREZIONE DISTRETTO RIMINI Punti Dirigenza	C0285 - DIREZIONE DISTRETTO RICCIONE Punti Dirigenza	C0288 - DIREZIONE DISTRETTO FAENZA Punti Dirigenza	C0289 - DIREZIONE DISTRETTO LUGO Punti Dirigenza	Note
Evidenza documentale a cura Direttori Distretto	Governo dei Fondi per la non autosufficienza assegnato al distretto. Monitoraggio e attuazione degli interventi e delle attività distrettuali a garanzia del pieno e appropriato utilizzo delle risorse disponibili. Target: rispetto della programmazione	X	X	X	X	X	X	X	
Evidenza documentale come da target trasmessa di concerto fra Direttore di Distretto di riferimento per i DCP e DSM, direttore Dip/UO	Monitorare l'andamento dei budget operativi in capo ai dipartimenti/UUOO di area clinica, analizzandone le dinamiche, l'appropriatezza d'uso e partecipando alla individuazione di eventuali interventi/azioni correttive. Indicatore: - delta costi vs budget per dipartimento/UO Target: Analisi dei determinanti, eventuali azioni correttive e/o eventuale necessità di revisione del budget	X	X	X	X	X	X	X	

Firma

Direttore Generale

(Fir.to digitalmente)

Direttori di Distretto

(Fir.to digitalmente)

Direttore Distretto Ravenna

Direttore Distretto Cesena Rubicone

Direttore Distretto Forlì

Direttore Distretto Rimini

Direttori di Distretto

(Fir.to digitalmente)

Direttore Distretto Riccione

Direttore Distretto Faenza

Direttore Distretto Lugo

D0010 DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0034 - DIREZIONE MEDICA P.O CESENA	Punti Dirigenza	C0036 - DIREZIONE MEDICA P.O FORLI'	Punti Dirigenza	C0037 - DIREZIONE MEDICA P.O FAENZA	Punti Dirigenza	C0038 - DIREZIONE MEDICA P.O LUGO	Punti Dirigenza	C0039 - DIREZIONE MEDICA P.O RAVENNA	Punti Dirigenza	C0040 - DIREZIONE MEDICA P.O RICCIONE	Punti Dirigenza	C0041 - DIREZIONE MEDICA P.O RIMINI	Punti Dirigenza	Note
			100		100		100		100		100		100		100	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE															
	Area di performance dell'accesso e della domanda															
Insider	Governo del piano di produzione interno delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi di accesso. Indicatore: Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg. Target: 90% entro standard	X		X		X		X		X		X		X		
Insider	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg. Target: 90% entro standard	X		X		X		X		X		X		X		
Insider	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg. Target: 90% entro standard	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte ASA	Potenziamento telemedicina. Indicatore: n. televisite e prestazioni organizzative Target : +10% vs 2021	X		X		X		X		X		X		X		Da strutturare e consolidare adeguato strumento/supporto informatico
Fonte indicatore: Insider/BO. Rendicontazione progetti di miglioramento attivati a cura del Direttore di Presidio	Promuovere le soluzioni organizzative per l'attuazione degli interventi/progetti di miglioramento dei percorsi in emergenza urgenza. Indicatore: % accessi con permanenza <6 +1 ore Target: => 90% con più di 45.000 accessi; >= 95% PS con meno di 45.000 accessi Indicatore: n. progetti di miglioramento attivati Target: evidenza documentale progetti di miglioramento attivati	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding >= a 3 ore. Target: tendente a 0	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso PS e ASA	Strutturare/consolidare percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza) portando ad un tendenziale azzeramento degli accessi a pronto soccorso con richiesta del MMG/PLS. Indicatore: n. accessi a PS su invio da MMG Target: in riduzione verso 2021	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso e ASA	Presa in carico da parte dello specialista: % visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso SDO	Governo del piano di produzione interno degli interventi chirurgici programmati per il rispetto dei tempi di accesso. Indicatore: Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg. Target: => 90%	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso SDO	Tempi di attesa retrospettivi per altri interventi monitorati: % casi entro la classe di priorità assegnata. Target: endoarteriectomia, biopsia fegato, coronarografia, PTCA => 90% Colecistectomia, emorroidectomia >= 75% Riparazione ernia inguinale >=80%	X		X		X		X		X		X		X		Da considerare l'effetto sulla performance conseguita del recupero scaduti al 31/12/2020 per colecistectomie ed ernie inguinali
Fonte: flusso SDO	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg. Target: => 90%	X		X		X		X		X		X		X		
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI															
	Area di performance della produzione															

D0010 DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0034 - DIREZIONE MEDICA P.O. CESENA	Punti Dirigenza	C0036 - DIREZIONE MEDICA P.O. FORLI'	Punti Dirigenza	C0037 - DIREZIONE MEDICA P.O. FAENZA	Punti Dirigenza	C0038 - DIREZIONE MEDICA P.O. LUGO	Punti Dirigenza	C0039 - DIREZIONE MEDICA P.O. RAVENNA	Punti Dirigenza	C0040 - DIREZIONE MEDICA P.O. RICCIONE	Punti Dirigenza	C0041 - DIREZIONE MEDICA P.O. RIMINI	Punti Dirigenza	Note
Fonte: portale regionale/BO	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatori: delta produzione media mensile verso target (4.000 interventi/mese) Target: tendenziale riduzione con allineamento a target a partire da settembre	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: SIGLA Rendicontazione progetti di miglioramento attivati a cura del Direttore di Presidio	Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021 Target: recupero scaduti al 31.12 (100%) Indicatore: n. progetti di miglioramento attivati Target: evidenza documentale progetti di miglioramento attivati coerentemente con l'andamento rappresentato nelle relazioni periodiche del DS	X		X		X		X		X		X		X		
Rendicontazione progetti di miglioramento attivati a cura del Direttore di Presidio	Assicurare massima efficienza e ottimizzazione delle risorse professionali e della potenzialità produttiva. Monitoraggio attraverso indicatori di produttività, e applicazione strumento "carichi di lavoro". Indicatori e target: evidenza progetti azioni di miglioramento a seguito risultanze emerse da indicatori/strumento "carichi di lavoro"	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: portale regionale/BO	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione specialistica ambulatoriale. Indicatori: volumi erogato 2022 (strutture pubbliche) Target: >= 2019 per le prestazioni monitorate	X		X		X		X		X		X		X		
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico																
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Collaborare alla messa in atto eventuali interventi correttivi a seguito esito audit oggetto di obiettivi budget 2022 con le UUOO di area clinica (area chirurgia generale, area ginecologia, area cardiologia). Indicatore: evidenza documentale piano di miglioramento e evidenza azioni attivate	X		X		X		X		X		X		X		
Area di performance dell'organizzazione																
Evidenza documentale a cura Direzioni di Presidio	Rimodulazione delle funzioni di terapie intensiva cardiologica alla luce della attivazione delle UO di cardiologia territoriale TARGET: Superamento dei letti di UTIC ed tilizzo appropriato dei posti letto di terapia intensiva attraverso la condivisione di protocolli di elegibilità delle patologie . Evidenza documentale dei protocolli					X		X				X				
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza																
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																
Area di performance dello sviluppo organizzativo																
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																

D0010 DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s strumenti di verifica		C0034 - DIREZIONE MEDICA P.O CESENA	Punti Dirigenza	C0036 - DIREZIONE MEDICA P.O FORLI'	Punti Dirigenza	C0037 - DIREZIONE MEDICA P.O FAENZA	Punti Dirigenza	C0038 - DIREZIONE MEDICA P.O LUGO	Punti Dirigenza	C0039 - DIREZIONE MEDICA P.O RAVENNA	Punti Dirigenza	C0040 - DIREZIONE MEDICA P.O RICCIONE	Punti Dirigenza	C0041 - DIREZIONE MEDICA P.O RIMINI	Punti Dirigenza	Note
Area economico finanziaria																
Partecipazione ai tavoli di monitoraggio documentata dal Servizio Amministrativo di supporto; azioni di governo attivate documentate a cura del Direttore di UO	Assicurare il presidio e il monitoraggio delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale (secondo procedura aziendale - PA40) allertando tempestivamente a fronte di eventuali scostamenti rispetto alla spesa programmata, analizzando le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento e le eventuali azioni di rientro programmate. Indicatore: - delta costi vs budget Target: - partecipazione al 100% degli incontri dei tavoli di monitoraggio con i servizi amministrativi di supporto (almeno con cadenza bimestrale). Relazioni bimestrali (costruite di concerto con i servizi amministrativi di supporto)con evidenza dell'andamento e delle eventuali azioni di governo attivate per il rispetto del budget	X		X		X		X		X		X		X		
Evidenza documentale come da target trasmessa di concerto fra Medico di Direzione di riferimento, farmacista, direttore Dip/UO	Assicurare il presidio e il monitoraggio dei budget operativi in capo ai dipartimenti/UUOO di area clinica, analizzandone le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento, l'appropriatezza d'uso e partecipando alla individuazione di eventuali interventi/azioni correttive. Eventuali scostamenti rispetto al budget dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. Indicatore: - delta costi vs budget per dipartimento/UO Target: segnalazione tempestiva a NdB di eventuali disallineamenti rispetto a budget, analisi dei determinanti, eventuali azioni correttive e/o eventuale necessità di revisione del budget	X		X		X		X		X		X		X		

Firma

Direttore Generale

(Fir.to digitalmente)

Coordinatore Direzioni Mediche di Presidio

(Fir.to digitalmente)

D0011 DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA AZIENDALE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		CO042 - DIT - AMBITO TERRITORIALE CESENA	Punti Dirigenza	CO043 - DIT - AMBITO TERRITORIALE FORLI'	Punti Dirigenza	CO044 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RAVENNA	Punti Dirigenza	CO045 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RIMINI	Punti Dirigenza	Note
			100		100		100		100	
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE										
Area di performance dell'accesso e della domanda										
Insider/BO Rendicontazione progetti di miglioramento attivati a cura del Direttore DIT	Collaborare con le Direzioni di Presidio nel promuovere le soluzioni organizzative per l'attuazione degli interventi/progetti di miglioramento dei percorsi in emergenza urgenza. Indicatore: % accessi con permanenza <6 +1 Target: => 90% PS con più di 45.000 accessi; >= 95% PS con meno di 45.000 accessi Indicatore: n. progetti di miglioramento attivati Target: evidenza documentale progetti di miglioramento attivati	X		X		X		X		
Fonte: flusso PS	% casi con tempo di boarding >= a 3 ore. Target: tendente a 0	X		X		X		X		
Rendicontazione a cura DIT/Direttori Distretto	Assicurare il contributo al completamento del processo di riorganizzazione dei PPI territoriali (Cattolica, Santarcangelo e Cesenatico) con passaggio di afferenza ai Dip. di Cure Primarie. Indicatore e target: evidenza documentale dell'avvenuta revisione dell'assetto organizzativo e funzionale	X		X		X		X		
Area di performance dell'integrazione										
Evidenza documentale come da target	Assicurare il monitoraggio del livello di adesione/applicazione e la rendicontazione periodica del livello di applicazione e adesione dei PDTA formalizzati (BPCO, demenze, Diabete, Scompenso, Nucot, SLA) secondo rispettive responsabilità. Target: rendicontazione periodica secondo PA40. In caso di scostamenti significativi proposta delle azioni da porre in essere per raggiungere l'obiettivo nei tempi previsti o, a fronte di situazioni intercorrenti e non previste, proposta di eventuale revisione del budget.	X		X		X		X		
Evidenza documentale come da target	Avvio progetto con infermiere di famiglia e di comunità nei quattro ambiti entro anno. Indicatore: Completamento della formazione e avvio di almeno una sperimentazione in ogni ambito entro l'anno	X		X		X		X		
Evidenza documentale come da target	Analisi dell'applicazione della PA 210 nei punti di accettazione del Servizio Infermieristico Domiciliare e identificazione di azioni formative/correttive per MMG/NCP al fine di un miglioramento dell'applicazione della PA 210. Target: report esito analisi entro giugno; proposta piano azioni entro settembre	X		X		X		X		
Area di performance degli Esiti										
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI										
Area di performance della produzione										
Fonte: portale regionale/BO	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatori: delta produzione media mensile verso target (4.000 interventi/mese) Target: tendenziale riduzione con allineamento a target a partire da settembre	X		X		X		X		
Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico										
Area di performance dell'organizzazione										
Evidenza documentale	Elaborare, in collaborazione con i Direttori di Distretto, il documento organizzativo per la realizzazione delle COT, sulla base di quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle indicazioni regionali, che contempli anche il raggiungimento di una maggiore uniformità funzionale ed organizzativa dei punti di continuità assistenziale territoriale. Target: Documento entro 31.12.2022	X		X		X		X		

D0011 DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA AZIENDALE - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		CO042 - DIT - AMBITO TERRITORIALE CESENA	Punti Dirigenza	CO043 - DIT - AMBITO TERRITORIALE FORLI'	Punti Dirigenza	CO044 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RAVENNA	Punti Dirigenza	CO045 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RIMINI	Punti Dirigenza	Note
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza										
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO										
Area di performance della Ricerca e della Didattica										
Area di performance dello sviluppo organizzativo										
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'										
Area economico finanziaria										
Partecipazione ai tavoli di monitoraggio documentata dal Servizio Amministrativo di supporto; azioni di governo attivate documentate a cura del Direttore di UO	Assicurare il presidio e il monitoraggio delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale (secondo procedura aziendale - PA40) allertando tempestivamente a fronte di eventuali scostamenti rispetto alla spesa programmata, analizzando le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento e le eventuali azioni di rientro programmate. Indicatore: - delta costi vs budget Target: - partecipazione al 100% degli incontri dei tavoli di monitoraggio con i servizi amministrativi di supporto (almeno con cadenza bimestrale). Relazioni bimestrali (costruite di concerto con i servizi amministrativi di supporto) con evidenza dell'andamento e delle eventuali azioni di governo attivate per il rispetto del budget	X		X		X		X		

Firma

Direttore Generale

(Fir.to digitalmente)

Direttore Direzione Infermieristica/Tecnica

(Fir.to digitalmente)

D0012 DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		CO046 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA TERRITORIALE AZIENDALE	Punti Dirigenza	CO048 - DIREZIONE ASS. FARMACIA CENTRALIZZATA PIEVESESTINA	Punti Dirigenza	CO050 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.RAVENNA	Punti Dirigenza	CO051 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.RIMINI	Punti Dirigenza	CO049 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.FORLI-CESENA	Punti Dirigenza	SO031 - SSD FARMACIA ONCOLOGICA AZIENDALE	Punti Dirigenza	SO032 - SSD POLITICHE DISTRIBUTIVE DEL FARMACO	Punti Dirigenza	Note
			100		100		100		100		100		100		100	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE															
	Area di performance dell'accesso e della domanda															
	Area di performance dell'integrazione															
	Area di performance degli Esiti															
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI															
	Area di performance della produzione															
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico															
Fonte AFO AFT	Promuovere le soluzioni organizzative, di formazione e sensibilizzazione per il rispetto degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva area farmaco. Indicatore: - A11CC05 COLECALCIFEROLO - DDD*1000 ab die conv + dir; target: -3% verso anno 2021 - Biosimilari: target specifico per molecola - Antidiabetici; Target: ricorso a quelle con il migliore rapporto costo/beneficio, in particolare l'impiego delle insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno l'85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci. - Farmaci intravitreali anti VEGF: % bevacizumab per iniezioni intravitreali. Target: incremento rispetto al 2021 - Farmaci epatite C: % di pazienti naive trattati con il farmaco meno costoso rispetto al totale dei pazienti naive in trattamento con DAA (Doc PTR n 229). Target: ≥90% - Terapia immunosoppressiva con farmaci biologici: nei pazienti incidenti affetti da malattie cutanea e/o reumatologica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti TNF alfa a miglior costo opportunità come biologici di prima scelta. Target: ≥75%	X		X		X		X		X		X		X		
Consumi fonte NFS. Evidenza documentale come da target	Promuovere le soluzioni organizzative, di formazione e sensibilizzazione per il rispetto degli obiettivi di appropriatezza area DM. Di concerto con Risk Manager, SPP e SPIAR: - promuovere azioni finalizzate a garantire adesione al documento regionale di appropriatezza sui Guanti non Sterili «indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario». Target: evidenza documentale esito monitoraggio andamento e azioni attivate (attesa riduzione vs 2021 dei consumi) - utilizzo appropriato del materiale da medicazione avanzata. Target: evidenza documentale esito monitoraggio andamento e azioni attivate.	X		X		X		X		X		X		X		
Evidenza documentale a cura Direttore UO IVT	Collaborazione con UO IVT per elaborazione progetto pilota e tempogramma per la tracciabilità dei DM per procedure chirurgiche (ambito di Forlì). Target: aggiornamento del progetto entro dicembre 2022			X						X						
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Progetto presa in carico paziente ospedale territorio "riconciliazione terapeutica": presentazione del progetto, formazione specifica ai NCP pilota individuati dalle Cure Primarie e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità.	X				X		X		X		X		X		Evidenza documentale avvio progetto, coinvolgimento MMG e NCP partecipazione >= 80% dei MMG dei NCP pilota, coinvolgimento dei Dipartimenti Emergenze (U000 Cardiologia e U000 Medicina) e Medicine Specialistiche (U000 Pneumologia, Diabetologia, Nefrologia). Discussione coi Professionisti coinvolti sulla reportistica finale che comprenderà: n. riconciliazioni effettuate sul totale del campione, n. farmaci prescritti, n. di farmaci critici secondo i criteri di Beers e n. di interazioni farmacologiche, n. ricoveri e n. accessi PS misurati prima e dopo la riconciliazione. Obiettivo trasversale per: DCP, Controllo di Gestione, Distretti, Direzioni Sanitarie PO, Rischio Clinico, Dipartimenti clinici coinvolti, Assistenza Farmaceutica
Evidenza documentale a cura Direttore Dip Cure Primarie	Collaborazione con il Dip. Cure Primarie Forlì-Cesena per l'avvio del Progetto di Riconciliazione-Riconciliazione nelle CRA pilota di FO-CE: studio di fattibilità e delle azioni da mettere in campo (estrazione dati dalle cartelle informatizzate, aspetti privacy e coinvolgimento dei medici). Target: evidenza documentale dello studio di fattibilità nelle 4 CRA pilota (2 per Forlì e 2 per Cesena) entro il secondo semestre 2022.	X								X						

D0012 DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0046 - DIREZIONE ASS. FARMACEUTICA TERRITORIALE AZIENDALE	Punti Dirigenza	C0048 - DIREZIONE ASS. FARMACIA CENTRALIZZATA PIEVESESTINA	Punti Dirigenza	C0050 - DIREZIONE ASS. FARMACEUTICA OSP RAVENNA	Punti Dirigenza	C0051 - DIREZIONE ASS. FARMACEUTICA OSP RIMINI	Punti Dirigenza	C1049 - DIREZIONE ASS. FARMACEUTICA OSP FORL+CESENA	Punti Dirigenza	S0031 - SSD FARMACIA ONCOLOGICA AZIENDALE	Punti Dirigenza	S0032 - SSD POLITICHE DISTRIBUTIVE DEL FARMACO	Punti Dirigenza	Note
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Attività formativa rivolta ai MMG: - incontri formativi con approccio multidisciplinare rivolti ai MMG su appropriatezza prescrittiva farmaci nota AIFA 99, nota AIFA 100, antibiotici, Vitamina D e farmaci ipolipemizzanti. Almeno 9 incontri in presenza dello specialista di branca. - incontri con singoli MMG (con particolare riferimento ai nuovi Convenzionati) focalizzati sulle categorie di farmaci prescritti che presentano maggiore rischio di appropriatezza. Almeno 30 incontri con i singoli MMG (con particolare riferimento ai nuovi Convenzionati)	X		X		X		X		X		X		X		Partecipazione del farmacista facilitatore agli incontri effettuati con MMG e specialisti. Obiettivo in corresponsabilità con DCP.
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Partecipazione attiva, per la parte di competenza, nella stesura dei PDTA Aziendali: Diabete, Scompenso Cardiaco, Demenze, BPCO	X		X		X		X		X				X		Evidenza documentale incontri e contributi per l'area di competenza.
Area di performance dell'organizzazione																
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Vaccinoviolenza e supporto alla campagna vaccinale antiCOVID: facilitazione nella compilazione delle ADRs inerenti i vaccini antiCOVID. Indicatore: evidenza documentale ADRs. Target: mantenimento delle attività in base all'andamento della campagna vaccinale	X		X		X		X		X		X		X		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la gestione/organizzazione della campagna vaccinale e terapie antiCOVID. Indicatore: evidenza documentale procedure ed istruzioni operative aziendali. Target: mantenimento delle attività in base all'andamento della campagna vaccinale	X		X		X		X		X		X		X		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Allineamento dei progetti sviluppati nei gruppi di lavoro multidisciplinari a quanto previsto dal PNRR e dal DM 77 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" e al nuovo Accordo RER Distribuzione Per Conto (coerentemente con le indicazioni di cui alla DGR 1409/2022). Indicatori e target: - implementazione attività e funzioni coerentemente alle indicazioni ed accordi regionali e locali - Formazione e appropriatezza prescrittiva: almeno 1 evento formativo per ambito rivolto a farmacisti convenzionati - evidenza documentale avvio del progetto sperimentale "farmacia dei servizi" applicati alla DPC.	X		X		X		X		X				X		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Collaborazione con la Farmacia oncologica IRST per misurare e migliorare la qualità percepita ed il coinvolgimento (engagement) dei pazienti (sviluppare progetti di umanizzazione e alleanza con i pazienti). Indicatore e target: avvio entro l'anno dell'attività del "farmacista counselor" presso la sede di Ravenna e Rimini in collaborazione con la Farmacia oncologica IRST					X		X		X		X		X		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Collaborazione con la Farmacia oncologica IRST per il progetto "nuova Farmacia oncologica della Romagna". Indicatore e Target: partecipazione attiva agli specifici gruppi di lavoro e rispetto degli obiettivi previsti			X								X				
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Progetto di riconversione della farmacia oncologica aziendale nella "Farmacia Galenica Clinica Aziendale". Indicatore e Target: aggiornamento del progetto e presentazione all'ufficio di staff											X				
Evidenza documentale a cura Direttore UO	PROGETTO SMART Forlimpopoli: presa in carico di pz oncoematologici e consegna terapia orale presso la casa di comunità di Forlimpopoli, con la collaborazione del farmacista counsellor. a) Entro il I semestre 2022: condivisione della fattibilità del progetto SMART, attraverso la messa in campo di: 1-strumenti informativi (vincolato al Servizio Informatico IRST/AUSL) 2-formazione sull'attività di counselling 3- condivisione della procedura inerente il counselling a cura della farmacia oncologica IRST b) per il II semestre 2022: erogazione delle terapie orali presso la CdS di Forlimpopoli a > 1 paziente	X		X		X		X		X		X		X		

D0012 DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0046 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA TERRITORIALE AZIENDALE	Punti Dirigenza	C0048 - DIREZIONE ASS. FARMACIA CENTRALIZZATA PIEVESESTINA	Punti Dirigenza	C0050 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.RAVENNA	Punti Dirigenza	C0051 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.RIMINI	Punti Dirigenza	C1049 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.FORLI-CESENA	Punti Dirigenza	S0031 - SSD FARMACIA ONCOLOGICA AZIENDALE	Punti Dirigenza	S0032 - SSD POLITICHE DISTRIBUTIVE DEL FARMACO	Punti Dirigenza	Note
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Organizzazione e costruzione corso FAD "Sicurezza delle cure: prescrizione informatizzata e Dose Unitaria" per le UUOO ambito di Forlì.									X						
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza																
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO																
Area di performance dello sviluppo organizzativo																
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																
Area economico finanziaria																
Partecipazione ai tavoli di monitoraggio ; azioni di governo attivate documentate a cura del Direttore di UO	Assicurare il presidio e il monitoraggio delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale (secondo procedura aziendale - PA40) allertando tempestivamente a fronte di eventuali scostamenti rispetto alla spesa programmata, analizzandone le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento e le eventuali azioni di rientro programmate. Indicatore: - delta costi vs budget Target: partecipazione al 100% degli incontri/step di verifica (almeno con cadenza bimestrale). Relazioni bimestrali andamento e eventuali azioni di governo attivate per il rispetto del budget	X		X		X		X		X		X		X		
Evidenza documentale come da target trasmessa di concerto fra Medico di Direzione di riferimento, farmacista, direttore Dip/UO	Assicurare il presidio e il monitoraggio dei budget operativi (per le voci di spesa di competenza com budget trasversale) in capo ai dipartimenti/UUOO di area clinica, analizzandone le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento, l'appropriatezza d'uso e partecipando alla individuazione di eventuali interventi/azioni correttive. Eventuali scostamenti rispetto al budget dovranno trovare ragioni di ordine clinico e/o organizzativo nel rispetto dei criteri di massima appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. Indicatore: - delta costi vs budget per dipartimento/UO Target: segnalazione a NdB di eventuali disallineamenti rispetto a budget, analisi dei determinanti, eventuali azioni correttive e/o eventuale necessità di revisione del budget	X		X		X		X		X		X		X		
Report magazzino e/o evidenza documentale a cura Direttore UO	Monitoraggio ed azioni per promuovere l'adesione gare regionali: - Riduzione della spesa per le medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (cnd M0404), in conseguenza alla miglior adesione alla gara. Target: (regionale) -1,5% - Dispositivi da elettrochirurgia: distribuzione consumi dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara. Target: Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40% - adesione nuova gara regionale Endoprotesi Coronariche. Target: acquisti fuori gara <5% - adesione gara regionale suture meccaniche: elaborazione report periodico per Dip/UO con livello di adesione.	X		X		X		X		X		X		X		

D0012 DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/strumenti di verifica		C0046 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA TERRITORIALE AZIENDALE	Punti Dirigenza	C0048 - DIREZIONE ASS. FARMACIA CENTRALIZZATA PIEVESESTINA	Punti Dirigenza	C0050 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.RAVENNA	Punti Dirigenza	C0051 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.RIMINI	Punti Dirigenza	C1049 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.FORLI-CESENA	Punti Dirigenza	S0031 - SSD FARMACIA ONCOLOGICA AZIENDALE	Punti Dirigenza	S0032 - SSD POLITICHE DISTRIBUTIVE DEL FARMACO	Punti Dirigenza	Note
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Evidenza documentale presentazione/condivisione con dipartimenti/UUOO indicatori consumo DM e farmaci predefiniti in collaborazione con il Controllo di gestione a cura di ogni farmacista di Dipartimento	X		X		X		X		X		X		X		

Firma

Direttore Generale

(Fir.to digitalmente)

Direttore Assistenza Farmaceutica

(Fir.to digitalmente)

5. Obiettivi operativi aree dipartimentali amministrative e tecniche

D0006 - AREA DIPARTIMENTALE GIURIDICO AMMINISTRATIVA - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	CO016 - UO GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	CO017 - UO AFFARI GENERALI E LEGALI	Punti dirigenza	CO018 - UO GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	CO019 - UO GESTIONE GIURIDICO-ECONOMICA PROFESSIONISTI CONVENZIONATI	Punti dirigenza	CO002- UO FORMAZIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE	Punti dirigenza	Note
			100		100		100		100		100	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI											
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico											
Relazione direttore UO coinvolte	Commissione Aziendale Appropriatezza e conformità della prescrizione farmaceutica Target: aggiornamento ed applicazione del Regolamento entro il 2022							x				In collaborazione con Dipartimenti Cure Primarie
	Area di performance dell'organizzazione											
Reportistica RER contenzioso assicurativo	Rispetto dei tempi di processo nella gestione dei sinistri INDICATORE: % Sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico Legale e determinazione CVS entro 31.12 - TARGET: >= MEDIA RER			x								% determinazioni CVS calcolate su sinistri con valutazione medico legale effettuata
Reportistica RER (se non disponibile relazione Direttori servizi convoiti)	Rispetto dei tempi di processo nella gestione dei sinistri INDICATORE: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019) - TARGET: 100%			x								Obiettivo in co-responsabilità con UO Medicina Legale e Gestione del Rischio
Reportistica RER contenzioso assicurativo	Grado di completezza del database regionale INDICATORE: % dei casi aperti nell'anno caricati sul database regionale entro il 31 gennaio dell'anno successivo - TARGET: 100%			x								
Reportistica RER (se non disponibile relazione Direttori servizi convoiti)	Riduzione dei tempi di risarcimento e del ricorso al contenzioso INDICATORE: Addivenire alla definizione stragiudiziale dei sinistri per i quali vi sia stato un accertamento di responsabilità aziendale nell'ambito di un procedimento ex art. 696-bis c.p.c. per effetto di una consulenza tecnica preventiva, entro il valore quantificato dal CVS o dal NRV sinistri; target: 65%.			x								
Relazione direttore UO coinvolte	Portare a regime applicazione regolamento unico aziendale sulla Libera Professione relativamente alla tariffazione per la specialistica ambulatoriale INDICATORE: evidenza applicazione entro il 2022	x										
Relazione direttore UO coinvolte	Nuovo sistema informativo assenze/presenze. Garantire supporto all'implementazione ed avvio e gestione delle implicazioni inerenti il modulo valutazione INDICATORE: Rispetto delle tempistiche regionali	x						x		x		
Relazione direttore UO coinvolte	Ricognizione procedimenti dematerializzabili Indicatore: evidenza mappatura e attivazione di almeno un processo dematerializzato per ciascuna UO entro il 2022	x		x		x		x		x		
Relazione direttore UO coinvolte	Parziale revisione del Manuale di conservazione e scarto dei documenti , con particolare riguardo ai tempi di conservazione, e relativa proposta alla Soprintendenza Archivistica Emilia-Romagna INDICATORE: evidenza della parziale revisione entro 2022			x								
Relazione direttore area dipartimentale	Sviluppo di percorsi di implementazione ed integrazione del nuovo assetto dipartimentale INDICATORE: evidenza documentale	x		x		x		x		x		Relazione andamento implementazione del nuovo assetto
Relazione direttore UO coinvolte	Definizione di progetto di riordino UO Professionisti Convenzionati INDICATORE: evidenza proposta progettuale entro il 2022							x				
Relazione direttore UO coinvolte	Supporto alla rimodulazione delle schede di valutazione in particolare di fine incarico nel rispetto delle indicazioni della direzione strategica INDICATORE: evidenza proposta rimodulazione entro il 2022									x		Richiesta collaborazione DIT, Direzioni Mediche, Direzione amministrativa, DASS

D0006 - AREA DIPARTIMENTALE GIURIDICO AMMINISTRATIVA - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	CO016 - UO GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	CO017 - UO AFFARI GENERALI E LEGALI	Punti dirigenza	CO018 - UO GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	CO019 - UO GESTIONE GIURIDICO-ECONOMICA PROFESSIONISTI CONVENZIONATI	Punti dirigenza	CO002- UO FORMAZIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE	Punti dirigenza	Note
	Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza											
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	x		x		x		x		x		
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	x		x		x		x		x		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'												
	Area economico-finanziaria											
Coordinatore progetto GAAC	GAAC - Assicurare collaborazione e supporto tecnico-specialistico nelle fasi di preparazione e di implementazione del nuovo sistema di gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	x		x				x		x		Per parti di competenza
UO Bilancio	Rispetto dei tempi di pagamento previsti nella PA 67 INDICATORE: GG tra la data in cui la fattura è disponibile al servizio con elenco 3 e la data di rientro all'U.O. Bilancio con elenco 4	x		x				x		x		Report di monitoraggio periodico a cura di UO Bilancio e Flussi Finanziari per singola UO
Relazione direttore UO coinvolte	Garantire presidio della programmazione annuale dei fabbisogni di risorse umane e assicurare i relativi monitoraggio nel rispetto delle indicazioni regionali e della direzione strategica INDICATORE: evidenza monitoraggio a garanzia del rispetto della programmazione	x				x						
Relazione direttore UO coinvolte	Garantire il miglioramento costi attraverso la gestione della trattive del contenzioso INDICATORE: Spese a consuntivo inferiori di almeno il 5% rispetto le indicazioni CVS locale			x								
UO CdG	Assicurare il presidio e il monitoraggio delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale (secondo procedura aziendale - PA40) allertando tempestivamente a fronte di eventuali scostamenti rispetto alla spesa programmata, analizzando le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento e le eventuali azioni di rientro programmate.	x						x		x		Evidenza esito monitoraggio periodico

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Area Dipartimentale
Patrizia Casadio
(Fir.to digitalmente)

Direttori Unità Operativa
(Fir.to digitalmente)

UO GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE

UO AFFARI GENERALI E LEGALI

UO GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE

UO GESTIONE GIURIDICO-ECONOMICA PROFESSIONISTI CONVENZIONATI

UO FORMAZIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE

D0007 - AREA DIPARTIMENTALE RISORSE STUTTURALI E TECNOLOGICHE - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	CO020 - UO PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO	Punti dirigenza	CO021 - UO MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI	Punti dirigenza	CO022 - UO FISICA MEDICA E INGEGNERIA CLINICA	Punti dirigenza	CO023 - UO HOME CARE E TECNOLOGIE DOMICILIARI	Punti dirigenza	CO279 - UO INNOVAZIONE E VALUTAZ. TECNOLOGIE	Punti dirigenza	Note
		100		100		100		100		100		
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI											
	Area di performance dell'organizzazione											
Relazione direttore area dipartimentale	Sviluppo di percorsi di implementazione ed integrazione del nuovo assetto dipartimentale INDICATORE: evidenza proposta progettuale entro il 2022	x		x		x		x		x		
Relazione direttore UO Manutenzioni	Piano delle manutenzioni cicliche INDICATORE: rispetto delle tempistiche definite nel piano			x								Relazione in corrispondenza con CE da trasmettere a direzione amministrativa su andamento piano manutenzioni cicliche
Relazione direttore UO Logistica	Riorganizzazione attività parco auto INDICATORE: evidenza procedure omogeneizzazioni processi entro anno	x										Collaborare con UO Logistica
Relazione direttori UO coinvolte	Telemedicina: sviluppo Progetto Telemedicina Alta ValMarecchia INDICATORE: Attivazione operativa entro il 2022							x		x		
Relazione direttore UO IVT	Dispositivo Vigilanza – Adeguamento ed Implementazione Soluzioni secondo MDR (UE 2017/745) e IVDR (UE 2017/746) – In collaborazione con competente Ufficio Regionale INDICATORE: Applicazione linee guida regionali entro il 2022									x		
Relazione direttore UO IVT	Elaborazione progetto di fattibilità e tempogramma per la tracciabilità dei DM per procedure chirurgiche									x		Coinvolge direzione farmaceutica
Relazione direttore UO HC	Dematerializzazione percorso assorbenza INDICATORE: Analisi fattibilità, sviluppo software e applicazione entro il 2022							x				
Relazione direttore UO HC	Procedura sviluppo semplificato per erogazione ausili in dimissione ai fini della continuità di cura INDICATORE: Definire procedura in collaborazione direzioni di presidio. TARGET: coinvolgimento almeno 50% reparti							x				
Relazione direttore UO GISA	INVENTARIO INDICATORE: Avvio esecuzione contratto relativo alla rietichettatura di tutti i beni mobili aziendali	x		x		x		x		x		Obiettivo in capo a UO GISA. Garantire collaborazione
	Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza											
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	x		x		x		x		x		
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	x		x		x		x		x		
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'											
	Area economico-finanziaria											
Coordinatore progetto GAAC	GAAC - Assicurare collaborazione e supporto tecnico-specialistico nelle fasi di preparazione e di implementazione del nuovo sistema di gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	x		x		x		x		x		Per parti di competenza

D0007 - AREA DIPARTIMENTALE RISORSE STUTTURALI E TECNOLOGICHE - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	CO020 - UO PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO	Punti dirigenza	CO021 - UO MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI	Punti dirigenza	CO022 - UO FISICA MEDICA E INGEGNERIA CLINICA	Punti dirigenza	CO023 - UO HOMECARE E TECNOLOGIE DOMICILIARI	Punti dirigenza	CO279 - UO INNOVAZIONE E VALUTAZ. TECNOLOGIE	Punti dirigenza	Note
UO Bilancio	Rispetto dei tempi di pagamento previsti nella PA 67 INDICATORE: GG tra la data in cui la fattura è disponibile al servizio con elenco 3 e la data di rientro all'U.O. Bilancio con elenco 4	x		x		x		x		x		Report di monitoraggio periodico a cura di UO Bilancio e Flussi Finanziari per singola UO
UO CdG	Assicurare il presidio e il monitoraggio delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale (secondo procedura aziendale - PA40) allertando tempestivamente a fronte di eventuali scostamenti rispetto alla spesa programmata, analizzandone le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento e le eventuali azioni di rientro programmate.	x		x		x		x		x		Evidenza esito monitoraggio periodico
Area di performance degli investimenti												
Relazione direttori UO coinvolte	Rispetto piano investimenti e collaborazione nell'applicazione della procedura urgenze indifferibili PA47 per competenza INDICATORE: Evidenza documentale rispetto piano	x		x		x		x		x		
Relazione direttori UO coinvolte	PNRR INDICATORE: evidenza progetti e rispetto delle tempistiche definite per le parti di competenza	x		x		x		x		x		Sviluppo piano cui è richiesta collaborazione da servizi per competenza (direzioni mediche, DIT, distretto, aree economica)
Relazione direttori UO coinvolte	Rispetto delle tempistiche definita dalla regione per tutte le opere da realizzare con finanziamenti regionali e nazionali	x				x						
Relazione direttori UO coinvolte	Progetto nuovo ospedale di Cesena INDICATORE: Evidenza documentale rispetto piano per le parti di competenza	x		x		x				x		

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Area Dipartimentale
Stefano Sanniti
(Fir.to digitalmente)

Direttori Unità Operativa
(Fir.to digitalmente)

UO PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO

UO MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI

UO FISICA MEDICA E INGEGNERIA CLINICA

UO HOMECARE E TECNOLOGIE DOMICILIARI

UO INNOVAZIONE E VALUTAZ. TECNOLOGIE

D0008 - AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	CO025 - UO BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	Punti dirigenza	CO026 - UO GESTIONE DELLA LOGISTICA E FUNZIONI ECONOMICI	Punti dirigenza	CO027 - UO PROGRAMMAZIONE E ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	Punti dirigenza	CO028 - UO GESTIONE INVENTARIO E SERVIZI ALBERGHIERI	Punti dirigenza	CO029 - UO ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI	Punti dirigenza	CO030 - UO GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO-SANTARI	Punti dirigenza	Note
			100		100		100		100		100		100	
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI														
Area di performance dell'organizzazione														
Relazione direttore area dipartimentale	Dematerializzazione dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di servizi di cui al DM 7 dicembre 2018 e s.s.m.m (NSO) e delle sue implicazioni legate agli aspetti relativi alla registrazione, liquidazione e pagamento della fattura elettronica. INDICATORE: >= 90% documenti dematerializzati	x		x		x		x		x		x		Standard espresso in percentuale del valore economico relativo ai fornitori che hanno l'ID PEPPOL per contratti nei quali il DEC è componente della U.O. UO Acquisti contribuisce al raggiungimento obiettivo attraverso la funzione del RUP
Relazione direttore UO GRSSS	Revisione e rimodulazione delle funzioni trasversali e dei processi amministrativi e tecnico contabili in Area Salute mentale in seguito alla riorganizzazione del settore che ha previsto, in luogo di un unico Dipartimento CSM-DP aziendale, la costituzione di tre dipartimenti territoriali verticali di salute mentale e dipendenze patologiche INDICATORE: procedura condivisa entro il 2022											x		
Relazione direttore UO GRSSS	Organizzazione e gestione dell'applicazione ai soggetti gestori di strutture dedicate ai servizi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali, delle nuove misure economiche legate alla prevenzione/gestione dell'infezione da Covid-19 previste dalle Delibere di Giunta Regionale n. 486-2022 e n. 647-2022 ed eventuali loro revisioni/integrazioni INDICATORE: Evidenza di adeguata applicazione delibere entro il 2022											x		
Relazione direttore UO Acquisti	Governo dei tempi dei gruppi tecnici e delle commissioni giudicatrici. Indicatore: Modifica regolamento aziendale deliberazione 319/2020 entro 31.12.2022					x								
Relazione direttore UO Logistica	Riorganizzazione attività parco auto INDICATORE: evidenza procedure omogeneizzazione processi entro il 2022			x										In collaborazione con UO PSE
Relazione direttore UO GISA	INVENTARIO INDICATORE: Avvio esecuzione contratto relativo alla rietichettatura di tutti i beni mobili aziendali			x				x						Obiettivo in capo a UO GISA cui i seguenti servizi devono garantire collaborazione: Logistica, Direzioni di Presidio, DIT, Distretti, GSI, IVT, PSE, FMIC
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza														
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	x		x		x		x		x		x		
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	x		x		x		x		x		x		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'														
Area economico-finanziaria														
Coordinatore progetto GAAC	GAAC - Assicurare collaborazione e supporto tecnico-specialistico nelle fasi di preparazione e di implementazione del nuovo sistema di gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	x		x		x		x		x		x		Per parti di competenza
UO Bilancio	Rispetto dei tempi di pagamento previsti nella PA 67 INDICATORE: Evidenza invio report bimestrale con GG tra la data in cui la fattura è disponibile al servizio con elenco 3 e la data di rientro all'U.O. Bilancio con elenco 4	x												
UO Bilancio	Rispetto dei tempi di pagamento previsti nella PA 67 INDICATORE: GG tra la data in cui la fattura è disponibile al servizio con elenco 3 e la data di rientro all'U.O. Bilancio con elenco 4			x		x		x		x		x		Report di monitoraggio periodico a cura di UO Bilancio e Flussi Finanziari per singola UO
UO CdG	Assicurare il presidio e il monitoraggio delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale (secondo procedura aziendale - PA40) allertando tempestivamente a fronte di eventuali scostamenti rispetto alla spesa programmata, analizzandone le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento e le eventuali azioni di rientro programmate.	x		x				x		x		x		Evidenza esito monitoraggio periodico

D0008 - AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0025 - UO BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	Punti dirigenza	C0026 - UO GESTIONE DELLA LOGISTICA E FUNZIONI ECONOMALI	Punti dirigenza	C0027 - UO PROGRAMMAZIONE E ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	Punti dirigenza	C0028 - UO GESTIONE INVENTARIO E SERVIZI ALBERGHIERI	Punti dirigenza	C0029 - UO ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI	Punti dirigenza	C0030 - UO GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO- SANITARI	Punti dirigenza	Note
Relazione direttore UO Acquisti	Riprogrammazione funzionale procedure di gara per perseguire riduzione tempi di processo e delle proroghe INDICATORE: Pianificazione con riduzione del numero delle procedure aziendali di rilievo comunitario di almeno il 5% rispetto all'ultima programnmazione approvata (Deliberazione n. 510/2021) e riduzione di almeno il 15% del valore contrattuale delle proroghe extracontrattuali rispetto al 2021					X								
Relazione direttore UO Logistica	Collaborazione con la Cabina di Regia PAC Regionale per l'aggiornamento delle Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci			X										
Area di performance degli investimenti														
Relazione direttori UO coinvolte	PNRR: Collaborazione per competenza alle attività propedeutiche per la realizzazione dei progetti			X		X								

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Area Dipartimentale
Scalorbi Alessandro
(Fir.to digitalmente)

Direttori Unità Operativa
(Fir.to digitalmente)
UO UO BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI

UO GESTIONE DELLA LOGISTICA E FUNZIONI ECONOMICHE

UO PROGRAMMAZIONE E ACQUISTI DI BENI E SERVIZI

UO GESTIONE INVENTARIO E SERVIZI ALBERGHIERI

UO ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI

UO GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO-SANITARI

D0009 - AREA DIPARTIMENTALE PIATTAFORME AMMINISTRATIVE - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	CO031 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA FORLI'-CESENA	Punti dirigenza	CO032 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA RAVENNA	Punti dirigenza	CO033 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA RIMINI	Punti dirigenza	Note
			100		100		100	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE							
	Area di performance dell'accesso e della domanda							
Relazione direttori	Uniformare l'iter di richiesta contributi e rimborsi per semplificare percorsi per i cittadini INDICATORE: Creazione sul sito aziendale di link e informative dedicate alle tipologie di rimborsi o contributi erogati ai cittadini e di pertinenza delle UU.OO Piattaforme Amministrative entro il 31/12/2022	x		x		x		
Relazione direttori	Favorire la partecipazione alla programmazione per le associazioni dei cittadini e del volontariato Indicatore: Approvazione regolamento aziendale CCM e implementazione pagina web dedicata ai CCM e alle associazioni di volontariato che collaborano con l'Azienda entro il 31/12/2022	x		x		x		Omogeneizzare procedure e favorire partecipazione alla programmazione. Favorire conoscenza e percorsi delle associazioni per i cittadini
Relazione direttori	URP - Implementazione della nuova banca dati regionale SEGNALER di raccolta delle segnalazioni INDICATORE: Implementazione in Romagna delle indicazioni del Programma SEGNAL-ER nel rispetto delle tempistiche regioanali	x		x		x		
Relazione direttori	URP: Riordino modalità di risposta a segnalazioni dei cittadini INDICATORE: Entro il 31/12/2022 evidenza documentale	x		x		x		Completare percorso avviato nel 2021
	Area di performance dell'integrazione							
Relazione direttori	Avvio del progetto FARMACUP INDICATORE: redazione di indicazioni operative finalizzate all'avvio nuovi servizi a front office entro il 31/12/2022	x		x		x		Prosecuzione obiettivo 2021. La redazione delle indicazioni operative è subordinata e vincolata alla sottoscrizione, in collaborazione con la Direzione Assistenza Farmaceutica, dell'accordo con le Associazioni di categoria nonché alla presenza di una tempistica compatibile
Relazione direttori	Redazione procedura / istruzione operativa rivolta al personale dedicato all'attività di consegna referti che afferisce alle piattaforme amministrative e alle farmacie e parafarmacie, che effettuano il servizio, al fine di standardizzare le attività in essere, facilitando l'accesso degli utenti. INDICATORE: entro il 31/12/2022 definizione / divulgazione del documento procedurale	x		x		x		
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI							
	Area di performance dell'organizzazione							
Relazione direttori	Redazione di istruzioni operative aziendali per le richieste di assistenza sanitaria in centri di altissima specializzazione all'estero - dematerializzazione dei percorsi interni INDICATORE: entro il 31/10/2022 istruzioni operative	x		x		x		
Relazione direttori	Azioni finalizzate all'avvio del nuovo assetto dipartimentale per la riorganizzazione delle attività delle UU.OO. dell'Area. INDICATORE: relazione andamento implementazione del nuovo assetto dipartimentale entro il 31/12/2022 e comunque compatibilmente con la decorrenza dei nuovi incarichi	x		x		x		
Relazione direttori	Presentazione di un progetto di fattibilità per la chiusura degli sportelli cassa con operatore sugli ambiti di Cesena e Rimini. Indicatore: entro il 31/12/2022 presentazione progetto	x				x		
Relazione direttori	Redazione di un progetto di fattibilità per la riorganizzazione delle attività che impattano sugli incarichi di funzione a valenza aziendale di seguito indicati: - Responsabile gestione recupero ticket, controllo e recupero esenzioni, attività malus; - Aspetti giuridici ed economici relativi all'iscrizione al SSN degli stranieri, mobilità sanitaria internazionale e gestione giuridica delle esenzioni; - Attività economiche, budget e pac; Coordinamento trasporti sanitari in emergenza e non urgenti e gestione rapporti con il volontariato. INDICATORE: entro il 30/09/2022 presentazione progetto e avvio entro l'anno.	x		x		x		

D0009 - AREA DIPARTIMENTALE PIATTAFORME AMMINISTRATIVE - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0031 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA FORLI'-CESENA	Punti dirigenza	C0032 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA RAVENNA	Punti dirigenza	C0033 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA RIMINI	Punti dirigenza	Note
Relazione direttori	Centro interno di prenotazione Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì INDICATORE: Presentazione Progetto ed accentramento in via sperimentale del 50% delle attività entro l'anno - Relazione sull'andamento/implementazione	x						
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza								
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	x		x		x		
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	x		x		x		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'								
Area economico-finanziaria								
Coordinatore progetto GAAC	GAAC - Assicurare collaborazione e supporto tecnico-specialistico nelle fasi di preparazione e di implementazione del nuovo sistema di gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	x		x		x		Per parti di competenza
UO Bilancio	Rispetto dei tempi di pagamento previsti nella PA 67 INDICATORE: GG tra la data in cui la fattura è disponibile al servizio con elenco 3 e la data di rientro all'U.O. Bilancio con elenco 4	x		x		x		Report di monitoraggio periodico a cura di UO Bilancio e Flussi Finanziari per singola UO
UO CdG	Assicurare il presidio e il monitoraggio delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale (secondo procedura aziendale - PA40) allertando tempestivamente a fronte di eventuali scostamenti rispetto alla spesa programmata, analizzandone le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento e le eventuali azioni di rientro programmate.	x		x		x		Evidenza esito monitoraggio periodico

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Area Dipartimentale
Interim - Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttori Unità Operativa
(Fir.to digitalmente)

UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA FORLI'-CESENA

UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA RAVENNA

UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA RIMINI

6. Obiettivi operativi area staff

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s trumenti di verifica	Descrizione obiettivo, indicatore e target	C0001 - UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Punti Dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti Dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti Dirigenza	C0010 - UO MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO	Punti Dirigenza	C0292 - UO SORV.SAN.E PROMOZ.DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	Punti Dirigenza	Note
			100		100		100		100		100	
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE											
	Area di performance dell'accesso e della domanda											
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Definizione criteri di priorità dei sinistri e standard di riferimento per completamento istruttoria medico legale. Indicatore: evidenza documento formale di definizione criteri di priorità. Target: entro dicembre							X				
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Percorso di presa in carico delle richieste di suicidio assistito (ai sensi sentenza n.242/2019 della Corte Costituzionale). Indicatore: evidenza documento formale. Target: entro anno							X				
	Area di performance dell'integrazione											
	Area di performance degli Esiti											
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI											
	Area di performance della produzione											
	Area di performance dell'Appropriatezza, Qualità, sicurezza e rischio clinico											
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Coordinamento dei processi di accreditamento istituzionale secondo programmazione Regionale (previsti per il 2022: Verifica Sistema Sangue Romagna, PMA di 1° livello Forlì). Indicatori: - Verbali di Verifica RER. - Predisposizione eventuali controdeduzioni. Target: da completare entro tempogramma regionale					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Supporto alla preparazione dell'Audit regionale ai Centri Screening oncologici AUSL Romagna Indicatori: - Invio documentazione richiesta in RER. - Atto deliberativo di adozione del Centro screening aziendale ed organigramma funzionale. - Verbale di audit RER Target: da completare entro tempogramma regionale					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Audit: "Correlazione SDO-PNE: analisi dell'impatto della codifica delle SDO in ambito chirurgico". Identificazione di eventuali ambiti di miglioramento. INDICATORI DA COMPLETARE ENTRO IL 2022: - Scheda progetto audit. target: entro luglio - Elaborazione dati. - Predisposizione report analisi. Target: entro 31/12					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Indagine di Qualità Percepita sull'assistenza domiciliare in Collaborazione con l'UO Ricerca Valutativa e Policy dei Servizi Sanitari e D.I.T. Indicatori: - Predisposizione protocollo metodologico - Somministrazione questionario e analisi dei dati. - Predisposizione report analisi Target: completamento step entro 31/12					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO Governo Clin.	Collaborazione con la UO Qualità e Governo Clinico nella indagine di Qualità Percepita sull'assistenza domiciliare . Indicatori: - Predisposizione protocollo metodologico - Somministrazione questionario e analisi dei dati. - Predisposizione report analisi Target: completamento step entro 31/12			X								

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s trumenti di verifica	Descrizione obiettivo, indicatore e target	C0001 - UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Punti Dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti Dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti Dirigenza	C0010 - UO MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO	Punti Dirigenza	C0292 - UO SORV.SAN.E PROMOZ.DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	Punti Dirigenza	Note
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Supporto percorso di adesione al Programma Nazionale Trapianto Microbiota Fecale Umano Indicatori: - Predisposizione documenti richiesti da CNT - Sviluppo gestionale FMT con supporto della UO - Invio documenti a CNT per verifica Target: completamento step entro 31/12					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Supporto alla redazione del PDTA02 aziendale "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente con carcinoma della mammella" Indicatori: - Atto deliberativo di adozione del PDTA - Atto deliberativo di adozione dei Centri di senologia Target: entro giugno					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Supporto alle attività integrate AUSL/IRST nell'ambito degli studi di Fase 1, con particolare riferimento al Laboratorio di Fase 1. Coordinamento dei lavori propedeutici per l'accreditamento del Programma Trapianti Metropolitano Romagna (Rif. req. JACIE e CNT-CNS) INDICATORI DA COMPLETARE ENTRO IL 2022: - Report attività nell'ambito del Gruppo Qualità Integrata CCCN della Romagna Audit interno laboratorio FASE1					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Supporto alle attività del progetto per l'applicazione della Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) per la gestione del rischio clinico nel processo di gestione delle terapie antitumorali - case study AUSL della Romagna e IRST IRCCS. INDICATORI DA COMPLETARE ENTRO GIUGNO 2022: - Partecipazione agli incontri team operativo 17 e 27 maggio, 7 e 29 giugno (Tutor: Galardi per IRST, Caminati-Triani per AUSL). Elaborazione FMEA documentata.					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Supporto alla redazione del PDTA Cardiopatie Congenite INDICATORE: adozione PDTA entro il 2022					X						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Supporto nell'identificazione degli indicatori dei percorsi in corso di redazione: PDTA BPCO - PDTA Gestione territoriale del Diabete - PDTA Gestione del diabete pediatrico - procedure del percorso nascita INDICATORE: bozza documenti (procedure/percorsi) con indicatori entro il 2022					X						I tempi previsti sono condizionati dai tempi dei Direttori di riferimento individuati in sede di Budget
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Elaborazione e presentazione della procedura per la redazione del DVR "Metodologia di valutazione del rischio a livello aziendale" INDICATORE: evidenza documentale procedura formalizzata Target: entro dicembre	X										Da realizzare previa condivisione per le parti di competenza con i Medici Competenti. La procedura deve prevedere la check list dei gruppi di pericolo e dettaglio della metodica della valutazione in uso, le modalità di effettuazione dei sopralluoghi (con le fasi previste per ogni step valutativo) e la gestione del piano di miglioramento.
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Avvio applicazione della procedura per la redazione del DVR INDICATORE: evidenza documentale sperimentazione applicazione DVR in n. 4 MURG e n. 3 Blocchi Operatori dell'AUSL della Romagna e sperimentazione dell'implementazione dei risultati nel software per l'informatizzazione del DVR e propedeutico allo sviluppo di un SGSL. Target: entro 31/12	X										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Aggiornamento del Piano d’Emergenza Interno (PEI) INDICATORE: evidenza documentale di n. 4 PEI di strutture sanitarie Target: entro 31/12	X										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Aggiornamento Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) da esposizione a Formaldeide INDICATORE: evidenza del documento con valutazione del rischio da esposizione a Formaldeide. Target: entro 31/12	X										

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s trumenti di verifica	Descrizione obiettivo, indicatore e target	C0001 - UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Punti Dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti Dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti Dirigenza	C0010 - UO MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO	Punti Dirigenza	C0292 - UO SORV.SAN.E PROMOZ.DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	Punti Dirigenza	Note
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Contributo alla prevenzione e protezione degli operatori che effettuano la mobilitazione dei pazienti nei reparti di degenza attraverso l'analisi e l'elaborazione dei Documenti di Valutazione dei Rischi da movimentazione manuale dei pazienti con metodi EPM (Mapo , Epm Blocchi operatori, etc..). INDICATORE: evidenza documentale della redazione di n. 15 documenti di aggiornamento e/o nuove valutazioni “DVR-MMPZ” su settori individuati come “prioritari”. Target: entro 31/12	X										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Valutazione del rischio DVR approfondita dello stress lavoro correlato INDICATORE:evidenza documentale della avvenuta valutazione nelle UO di Neuroradiologia e Pronto Soccorso Aziendali. Target: entro 31/12	X										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Collaborazione con il Direttore dell’UO Formazione e Valutazione delle Risorse Umane per la stesura del programma di informazione, formazione e addestramento in tema di salute e sicurezza dei lavoratori al fine di attuare le politiche aziendali di formazione sulla salute e sicurezza sul lavoro INDICATORE: evidenza nel PAF di corsi riconducibili al "Pacchetto Sicurezza".	X										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Revisione procedura sulle lavoratrici madri INDICATORE: evidenza documentale avvenuta pubblicazione revisione procedura. Target: entro 31/12	X										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Implementazione delle linee di indirizzo regionali sulla prevenzione della violenza su operatori: aggiornamento della procedura aziendale PA095). INDICATORE: 1) evidenza documentale avvenuta pubblicazione revisione procedura. 2) adozione sistema di segnalazione signalER secondo tempistica definita a livello regionale. Target: revisone procedura entro 31/12; adozione signalER secondo tempogramma regionale	X										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Redazione/aggiornamento procedure Post Esposizione-infortunio biologico e Tubercolosi. Indicatore: evidenza documentale procedure pubblicate. Target: entro dicembre	X										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Collaborazione e partecipazione al percorso di redazione/aggiornamento procedure Post Esposizione-infortunio biologico e Tubercolosi. Indicatore: evidenza documentale procedure pubblicate. Target: entro dicembre									X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Tutoraggio dei Medici Competenti di nuova assunzione e dei Medici in formazione specialistica nella applicazione del protocollo sanitario e delle procedure aziendali relative alla sorveglianza sanitaria ex DLgs 81/08 Indicatori: MC formati/MC di nuova assunzione. target: 100% Medici in formazione specialistica formati/medici in formazione spec. Target: 100%									X		Aderenza a quanto viene indicato nel protocollo sanitario (relazione di accompagnamento)
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Redazione procedura Sorveglianza Sanitaria finalizzata anche alla definizione di standard e modelli di riferimento al fine di assicurare percorsi di omogenizzazione tra le 4 AT Indicatore: - evidenza documentale della procedura pubblicata. Target: entro settembre. - evidenza report periodico sulle conformità e non conformità dei percorsi di omogeneizzazione e degli indicatori di monitoraggio (verifica protocolli sanitari sulla cartella Arianna). Target: report mensile									X		Pubblicazione della procedura

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s trumenti di verifica	Descrizione obiettivo, indicatore e target	C0001 - UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Punti Dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti Dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti Dirigenza	C0010 - UO MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO	Punti Dirigenza	C0292 - UO SORV.SAN.E PROMOZ.DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	Punti Dirigenza	Note
Area di performance dell'organizzazione												
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Organizzazione della UOC di nuova istituzione con definizione competenze ed aree di referenza. Istituzione pagina Intranet. INDICATORE: evidenza delle informazioni sulla intranet aziendale entro ottobre									X		Presentazione alla Direzione. Istituzione della visibilità del Servizio nella pagina Intranet con documentazione inerente attività, protocollo sanitario e modulistica necessaria al servizio per svolgimento delle attività di competenza
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Garantire il recupero visite in scadenza/scadute. Indicatori: - definizione piano di recupero delle visite periodiche scadute al 01/08/2022. Target: entro agosto - rispetto del piano di recupero secondo tempogramma definito. Target: 100%									X		
Reportistica regionale sistema RURER	Completamento riorganizzazione servizio per il perseguimento di maggiore uniformità di accesso e performance su tutti gli ambiti. Indicatore: 1) progetto riorganizzazione. Target: entro agosto 2) piano di recupero pratiche in attesa commissione invalidi civili AT di Rimini. Target: entro agosto 3) rispetto piano di recupero. Target: 100% 4) tempi di attesa commissione invalidi AT di Rimini. Target: allineamento alle performance degli altri ambiti entro anno							X				
Reportistica RER contenzioso assicurativo	Rispetto dei tempi di processo nella gestione dei sinistri INDICATORE: % Sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico Legale entro 31.12 - TARGET: >= MEDIA RER							X				L'indicatore monitora il processo di valutazione clinica in quanto propedeutica alla determinazione CVS
Reportistica RER (se non disponibile relazione Direttori servizi coinvolti)	Rispetto dei tempi di processo nella gestione dei sinistri INDICATORE: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019) - TARGET: 100%							X				Obiettivo in co-responsabilità con Assicurazioni e Contenzioso Assicurativo
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Revisione percorso per la conduzione e gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca INDICATORE: evidenza documentale revisione procedura. Target: entro 31/12			X								
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Sviluppare iniziative di supporto alle attività di ricerca spontanea INDICATORE: report di rendicontazione			X								
Area di performance dell'anticorruzione e trasparenza												
Responsabile anticorruzione	Il direttore di U.O. verifica e promuove la compilazione/aggiornamento annuale degli obblighi relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale nel rispetto della scadenza prevista in sede di avvio annuale delle dichiarazioni e/o successivi solleciti Indicatore: numero dichiarazioni su conflitto di interessi compilate sul portale GRU/totale dipendenti U.O. Target: 100%	X		X		X		X		X		
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD Indicatore: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto corso FAD/personale. Target: 100%	X		X		X		X		X		

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2022

Metodo di calcolo dell'indicatore/s trumenti di verifica	Descrizione obiettivo, indicatore e target	C0001 - UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Punti Dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti Dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti Dirigenza	C0010 - UO MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO	Punti Dirigenza	C0292 - UO SORV.SAN.E PROM.OZ.DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	Punti Dirigenza	Note
	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO											
	Area di performance della Ricerca e della Didattica											
	Area di performance dello sviluppo organizzativo											
	AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'											
	Area economico finanziaria											

Firma

Direzione Generale

(Fir.to digitalmente)

Direttori Unità Operativa

(Fir.to digitalmente)

U.O. Servizio Prevenzione e Protezione

U.O. Ricerca Valutativa e Policy Serv. San.

U.O. Qualità e Governo Clinico

U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio

U.O. Serv. San. e Promoz.ne della Salute dei Lavoratori

C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET	C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI	Punti dirigenza	Note
100				
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI				
Area di performance dell'organizzazione				
Relazione direttore UO GSI	Implementazione lista unica su scala aziendale pubblico-privato per l'accesso agli interventi chirurgici. Indicatori e target: - progetto e tempogramma. Target: invio a Direzione entro settembre - avvio lista unica. Target: secondo tempogramma definito	x		
Relazione direttore UO GSI	Completamento informatizzazione delle agende di prenotazione per l'area cardiologica-emodinamica. Indicatori e target: - liste di attesa informatizzate. Target: Ravenna entro settembre, altri ambiti entro l'anno	x		
Relazione direttore UO GSI	Sviluppo degli strumenti informativi-informatici a supporto del presidio e governo dell'accesso alla specialistica ambulatoriale. Indicatori e target: - Cruscotto informativo. Target: completamento lavori entro settembre	x		
Relazione direttore UO GSI	Piano priorità informatiche in collaborazione con direzioni di presidio e di distretto INDICATORE: evidenza piano entro luglio e rispetto delle tempistiche definite	x		Piano definito entro luglio. Successivamente rispetto delle tempistiche definite nel piano stesso
Relazione direttore UO GSI	Completamento del progetto di re-informatizzazione dei servizi di Pronto Soccorso, in accordo con la pianificazione concordata con la direzione aziendale e le direzioni mediche di presidio. INDICATORE: uniformità della soluzione in tutti gli ambiti territoriali con completamento unificazione ambito Forlì entro ottobre 2022	x		
Relazione direttore UO GSI	Prescrizioni dematerializzate INDICATORE: invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate. TARGET: 100%	x		
Relazione direttore UO IVT	Elaborazione progetto di fattibilità e tempogramma per la tracciabilità dei DM per procedure chirurgiche	x		Coinvolge direzione farmaceutica
Relazione direttore UO HC	Dematerializzazione percorso assorbenza INDICATORE: Analisi fattibilità, sviluppo software e applicazione entro il 2022	x		

C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET	C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI	Punti dirigenza	Note
Relazione direttore UO HC	Procedura sviluppo semplificato per erogazione ausili in dimissione ai fini della continuità di cura INDICATORE: Definire procedura in collaborazione direzioni di presidio. TARGET: coinvolgimento almeno 50% reparti	x		
Relazione direttore UO GISA	INVENTARIO INDICATORE: Avvio esecuzione contratto relativo alla rietichettatura di tutti i beni mobili aziendali	x		Obiettivo in capo a UO GISA. Garantire collaborazione
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza				
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	x		
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	x		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'				
Area economico-finanziaria				
Coordinatore progetto GAAC	GAAC - Assicurare collaborazione e supporto tecnico-specialistico nelle fasi di preparazione e di implementazione del nuovo sistema di gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	x		Per parti di competenza
UO Bilancio	Rispetto dei tempi di pagamento previsti nella PA 67 INDICATORE: GG tra la data in cui la fattura è disponibile al servizio con elenco 3 e la data di rientro all'U.O. Bilancio con elenco 4	x		Report di monitoraggio periodico a cura di UO Bilancio e Flussi Finanziari per singola UO
UO CdG	Assicurare il presidio e il monitoraggio delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale (secondo procedura aziendale - PA40) allertando tempestivamente a fronte di eventuali scostamenti rispetto alla spesa programmata, analizzandone le dinamiche e le ragioni che ne motivano l'andamento e le eventuali azioni di rientro programmate.	x		Evidenza esito monitoraggio periodico
Area di performance degli investimenti				
Relazione direttori UO coinvolte	Rispetto piano investimenti e collaborazione nell'applicazione della procedura urgenze indifferibili PA47 per competenza INDICATORE: Evidenza documentale rispetto piano	x		
Relazione direttori UO coinvolte	PNRR INDICATORE: evidenza progetti e rispetto delle tempistiche definite	x		Sviluppo piano cui è richiesta collaborazione da servizi per competenza (direzioni mediche, DIT, distretto, aree economica)

C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI - Budget 2022

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET	C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI	Punti dirigenza	Note
Relazione direttori UO coinvolte	Progetto nuovo ospedale di Cesena INDICATORE: Evidenza documentale rispetto piano	x		

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Unità Operativa
Paolo Mosna
(Fir.to digitalmente)

C0005 - UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - Budget 2022

Strumenti di verifica/Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET	C0005 - UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Punti dirigenza	Note
100				
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI				
Area di performance dell'organizzazione				
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Collaborazione con le Direzioni di Presidio per l'implementazione dello strumento "analisi carichi di lavoro". Indicatore: report per UO/area omogenea.	x		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Analisi percorsi in emergenza urgenza, condivisione indicatori significativi e predisposizione monitoraggio periodico: "accessi PS da CRA, "accessi al PS con richiesta U del MMG" e altri percorsi in emergenza urgenza (come da esigenze emerse in negoziazione). Indicatori: report monitoraggio periodico	x		
Rendicontazione UO Qualità governo clinico	Partecipazione al progetto di Audit: "Correlazione SDO-PNE: Analisi dell'impatto della codifica delle sdo in ambito chirurgico". Indicatori: supporto alla predisposizione ed elaborazione dati	x		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Reingegnerizzazione flusso informativo ADI a seguito passaggio a nuovo applicativo. Indicatori: tempestività e completezza del flusso. Target: 90%	x		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Implementazione monitoraggio prestazioni erogate come da accordo integrativo 07/06/2022. Indicatore: invio report mensile a Direzioni di Presidio	x		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Implementazione report/indicatori a supporto UO Servizi Alberghieri per la gestione nuovo contratto servizi alberghieri. Indicatore: report e indicatori	x		
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza				
Responsabile anticorruzione	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori aziendali, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: il Direttore di UO verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori dell'UO alla partecipazione al corso FAD INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	x		
Responsabile anticorruzione	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni normative regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. verifica e promuove l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU. Target: 100%	x		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'				
Area economico-finanziaria				

C0005 - UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - Budget 2022

Strumenti di verifica/Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET	C0005 - UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Punti dirigenza	Note
Coordinatore progetto GAAC	GAAC - Assicurare collaborazione e supporto tecnico-specialistico nelle fasi di preparazione e di implementazione del nuovo sistema di gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	x		Per parti di competenza
Area di performance degli investimenti				

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Unità Operativa
Milva Fanti
(Fir.to digitalmente)