



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DOCUMENTO DI BUDGET

2023

Luglio 2023

Sommario

1. PREMESSA	2
2. IL PERCORSO DI BUDGET	3
3. OBIETTIVI OPERATIVI AREA DIPARTIMENTI CLINICI.....	10
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	11
DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE	14
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO.....	18
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE.....	23
DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE.....	28
DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA	32
DIPARTIMENTI CHIRURGICI – FORLÌ, RAVENNA, RIMINI	37
DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI CESENA.....	51
DIPARTIMENTI EMERGENZA, INTERNISTICO E CARDIOL.– FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI	56
DIPARTIMENTI MEDICINE SPECIALISTICHE – FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI.....	73
DIPARTIMENTI SALUTE DONNA INFANZIA ADOLESCENZA – FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI	87
DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITÀ – FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI	108
DIPARTIMENTI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PAT. - FORLÌ-CESENA, RAVENNA, RIMINI	123
4. OBIETTIVI OPERATIVI DIREZIONI DI DISTRETTO E DIREZIONI TECNICHE	144
DIREZIONI DI DISTRETTO.....	145
DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI OSPEDALIERI	148
DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA AZIENDALE.....	152
DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA	156
5. OBIETTIVI OPERATIVI AREE DIPARTIMENTALI AMMINISTRATIVE E TECNICHE	159
AREA DIPARTIMENTALE GIURIDICO AMMINISTRATIVA.....	160
AREA DIPARTIMENTALE ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO	163
AREA DIPARTIMENTALE GESTIONE E INNOVAZIONE DELLE TECNOLOGIE.....	165
AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE	168
AREA DIPARTIMENTALE SERVIZI AMMINISTRATIVI DI SUPPORTO	171
6. OBIETTIVI OPERATIVI AREA STAFF.....	174
7. OBIETTIVI OPERATIVI TECNOSTRUTTURA.....	183

1. Premessa

Gli eventi che si sono susseguiti in questi ultimi anni, inseriti in un contesto già di per sé complesso e articolato, hanno evidenziato che in Azienda lavorano persone che oltre alle competenze cliniche e professionali, possiedono l'importante qualità di saper affrontare i problemi attraverso una velocizzazione dei processi ed una non scontata flessibilità nell'abbandonare vecchi schemi. Quanto affrontato ha confermato che di qualunque livello è la complessità cui far fronte, nella nostra azienda possediamo conoscenze, capacità e mezzi per analizzarla, capirla, depotenziarla e gestirla.

Superata la fase pandemica e potendo contare su di un assetto organizzativo più strutturato, avendo concretizzato l'impegno di assicurare un governo stabile alla maggior parte delle unità operative con direzione vacante, ed avendo altresì completato la revisione dell'assetto dei dipartimenti clinici e l'attribuzione delle responsabilità degli incarichi di Programma, l'attenzione è stata prioritariamente rivolta al consolidamento del lavoro messo in campo e soprattutto lo spirito di coinvolgimento e partecipazione che nelle difficoltà si è manifestato con particolare energia.

A tal fine, la Direzione Aziendale ha avviato già mese di novembre 2022 un costruttivo e partecipato confronto fra strutture organizzative, direzioni mediche, infermieristiche e di distretto, responsabili di programma al fine di focalizzare - col massimo della trasversalità possibile - priorità, bisogni e criticità su cui impostare il percorso di budget del 2023.

Considerato che questa fase della programmazione si è svolta in assenza di precise informazioni programmatiche regionali ed ancora in una situazione di grande incertezza sulle condizioni economico finanziarie, in continuità con gli obiettivi indicati all'Allegato B della DGR n. 1772/2022 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie per l'anno 2022", l'orientamento della Direzione è stato quello di mantenere il focus centrato sul potenziamento della capacità di garantire reattività ed appropriatezza:

- sul tema dell'accesso in emergenza/urgenza;
- sui tempi di attesa per l'attività chirurgica elettiva;
- sui tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e i percorsi di presa in carico del paziente da parte dello specialista
- sullo sviluppo dell'assistenza territoriale;
- sulla presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria con patologie croniche.

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 2023 ne è una rappresentativa declinazione.

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 2023 ha preso avvio con la nota Prot. n. 2022/0324169/P del 01.12.2022 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.

Alle direzioni di distretto il compito di orientare e supportare il percorso decisionale, sulla base delle formulazioni e delle definizioni dei fabbisogni desunte dal loro ruolo di committenti.

Ai Dirigenti Referenti di Organizzazione il delicato ruolo di facilitare l'assunzione di soluzioni organizzative e di definire, insieme con le unità operative, gli obiettivi, le conseguenti azioni da mettere in atto, i criteri di misurazione dei risultati, l'impatto sulle risorse necessarie complessivamente intese.

Ai direttori di dipartimento l'importante funzione di coordinamento, coinvolgimento e confronto, in particolare nell'ambito dei comitati di dipartimento, per portare al tavolo negoziale evidenza dei risultati dell'azione gestionale e da qui partire per impostare le linee di lavoro future.

Il percorso di budget per l'anno 2023, ha visto inoltre un importante coinvolgimento dei "Responsabili di Programma" che, per la rilevanza programmatico-organizzativa delle linee di

attività che presidiano, sono chiamati ad espletare con determinazione il mandato strategico di garantire uniformità di approccio ed omogeneità di pratica su tutto il territorio aziendale, e di fruire del percorso di budget per condividere le responsabilità e fissare gli obiettivi cui tendere.

Da ultimo, ma di certo non per rilevanza, va sottolineato il coinvolgimento dei Servizi Amministrativi/Tecnici e degli staff di supporto in tutto il percorso di budget per non trascurare l'eventuale loro contributo – in termini di risorse e disponibilità – per garantire lo sviluppo degli obiettivi che ne implicano un significativo impegno.

Considerato che questa fase della programmazione si è svolta in assenza di precise informazioni programmatorie regionali ed ancora in una situazione di grande incertezza sulle condizioni economico finanziarie, in continuità con gli obiettivi indicati all'Allegato B della DGR n. 1772/2022 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie per l'anno 2022", si è ritenuto prioritario mantenere il focus centrato sul potenziamento della capacità di garantire reattività ed appropriatezza:

- sul tema dell'accesso in emergenza/urgenza;
- sui tempi di attesa per l'attività chirurgica elettiva;
- sui tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e i percorsi di presa in carico del paziente da parte dello specialista
- sullo sviluppo dell'assistenza territoriale;
- sulla presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria con patologie croniche.

Nell'ambito dei lavori preparatori alla negoziazione, è stata centrale la componente informativa, l'analisi dei dati di attività, delle criticità in essere e delle risorse disponibili, verso la definizione di fattibili proposte operative da portare al tavolo negoziale con la direzione per lo sviluppo dei temi sopracitati.

Questo lavoro propedeutico ha visto l'avvio nel mese di novembre 2022 con un costruttivo e partecipato confronto fra strutture organizzative, direzioni tecniche, direzioni di distretto, responsabili di funzioni aziendali trasversali e responsabili di programma al fine di focalizzare - col massimo della trasversalità possibile - priorità, bisogni e criticità su cui impostare il percorso di budget del 2023.

Nel prosieguo dei lavori i Direttori di Dipartimento con il funzionale supporto della rete dei referenti dipartimentali e in collaborazione con il Dirigente Referente di Organizzazione, 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 (nuovo assetto organizzativo di cui alla deliberazione n. 434/2021)	DATA e ORA
EMERGENZA, INTERNISTICO E CARDIOLOGICO FORLÌ CESENA	
EMERGENZA, INTERNISTICO E CARDIOLOGICO RAVENNA	07/02/2023 14.00 – 17.00
EMERGENZA, INTERNISTICO E CARDIOLOGICO RIMINI	
CHIRURGICO FORLÌ	08/02/2023 9.00 - 11.30
CHIRURGICO RIMINI	08/02/2023 12.00 - 14.30
CHIRURGICO RAVENNA	08/02/2023 15.00 - 17.30
CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI CESENA	09/02/2023 14.00 - 16.30
OSTEOARTICOLARE	16/02/2023 14.00 - 16.30
NEUROSCIENZE	15/02/2023 14.00 - 16.30
CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITÀ RAVENNA	
CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITÀ FORLÌ-CESENA	16/02/2023 9.00 - 12.00
CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITÀ RIMINI	
MEDICINE SPECIALISTICHE FORLÌ-CESENA	17/02/2023 9.00 - 11.30

DIPARTIMENTO <i>(nuovo assetto organizzativo di cui alla deliberazione n. 434/2021)</i>	DATA e ORA
MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA	17/02/2023 12.00 - 14.30
MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI	17/02/2023 15.00 - 17.30
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	21/02/2023 9.00 - 11.30
MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE	21/02/2023 11.30 – 13.30
ONCOEMATOLOGICO	22/02/2023 14.00 - 16.30
SALUTE DONNA, INFANZIA E ADOLESCENZA RAVENNA	23/01/2023 14.00 - 17.00
SALUTE DONNA, INFANZIA E ADOLESCENZA FORLÌ-CESENA	
SALUTE DONNA, INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLÌ CESENA	28/02/2023 9.00 - 12.00
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE RAVENNA	
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	
SANITÀ PUBBLICA	01/03/2023 14.00-16.30

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

AREA DIPARTIMENTALE/STAFF	DATA e ORA
DIREZIONI TECNICHE	19/04/2023 16.00-18.00
AREA STAFF e TECNOSTRUTTURA	26/04/2023 15.00-17.00
AREA DIPARTIMENTALE SERVIZI AMMINISTRATIVI DI SUPPORTO	04/05/2023 13.30-15.00
AREA DIPARTIMENTALE ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO E AREA DIPARTIMENTALE GESTIONE E INNOVAZIONE DELLE TECNOLOGIE	04/05/2023 09.30-12.00
AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE	11/05/2023 14.00-16.00
AREA DIPARTIMENTALE GIURIDICO AMMINISTRATIVA	11/05/2023 16.30-18.00

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;
- tecnostruttura.

3. Obiettivi operativi area dipartimenti clinici

D0015 DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	Comparto	Note Negoziazione
		100	100	100	100	100	100	100		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE										
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)									
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (Rx, ecografia, TC in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi con analisi adeguamento dell'offerta rispetto agli accessi urgenti	X	X	X	X	X	X	X	X	
Direttore di Dipartimento	Fenomeno "mancata erogazione esami" (esami TAC ed RM): diffusione decalogo per corretta prescrizione RM e utilizzo nuova modulistica regionale per somministrazione mezzo di contrasto Indicatori: incidenza % mancate erogazioni. Target: inferiore al dato 2022 (verifica a settembre). Target: evidenza delle azioni realizzate per la riduzione del fenomeno	X	X	X	X	X	X	X	X	
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE										
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse										
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Manteniment o 2022	Manteniment o 2022 RM Recupero TC x chiusura fasce COVID	Manteniment o 2022	Manteniment o 2022	Manteniment o 2022	Manteniment o 2022	Manteniment o 2022	X	Nella pianificazione delle sostituzioni delle tecnologie (secondo programma acquisizione da PNRR), collaborazione con committenza per eventuale periodo di fermo macchina
Ref. Medico Direzione PO	Telegestione dei presidi periferici in tutti gli ambiti aziendali come supporto integrativo al mantenimento dell'attività radiologica nel territorio, in condizioni di criticità organizzativa. Target: - Analisi progettuale e di fattibilità in ogni ambito ed elaborazione della relativa procedura per gli ambiti di Ravenna e Rimini entro settembre - Avvio attività su ambiti di Rimini e Ravenna nel quarto trimestre - Mantenimento attività su Cesena e incremento a Santa Sofia	X	X	X	X	X	X	X	X	
Direttore di Dipartimento	Predisposizione protocolli di esecuzione indagini diagnostiche TC ed RM per standardizzazione attività presso tutte le sedi eroganti. Indicatori: creazione GdL entro marzo 2023. Produzione documenti entro secondo semestre.	X	X	X	X	X	X	X	X	I protocolli di esecuzione dovranno poi essere condivisi con le strutture private accreditate. L'aderenza ai protocolli tecnici di esecuzione è garanzia di qualità della prestazione e utile a prevenire/contenere il fenomeno di eventuali esami ripetuti. Coinvolta UO Committenza
Direttore di Dipartimento	Rimodulazione sedute RM per incrementata richiesta RM multiparametrica della prostata in ottemperanza alle nuove LG europee. - adeguamento offerta con raddoppio posti settimanali a partire da marzo 2023 - eventuale revisione dell'offerta nel secondo semestre in seguito a esito monitoraggio liste d'attesa	X	X	X	X	X	X	X	X	Verifica in collaborazione con UUOO di Urologia
Direttore Dipartimento RID	Applicazione Radiologia Domiciliare secondo indicazioni e raccomandazione del documento intersocietario SIRM-AIFM. Valutazione fattibilità di utilizzo della tecnologia disponibile presso struttura territoriale da individuare in ciascun ambito. Target: predisposizione di un progetto pilota	X	X	X	X	X	X	X	X	In collaborazione con Dipartimenti Cure Primarie
Direttore UO Forli	Avvio di attività di Radioembolizzazione in integrazione con il Dip. Oncoematologico a seguito dell'autorizzazione regionale.		X						X	In collaborazione con UO Medicina Nucleare e UO Fisica Sanitaria. La previsione è di 10 pazienti/anno
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO										
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico										
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure. Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X	X	X	X	X	X	X	X	
Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico										
UO Qualità	Aggiornamento/completamento dei documenti della qualità dipartimentale sulla base dei requisiti dell'accreditamento Target: entro anno	X	X	X	X	X	X	X	X	
Direttore Dipartimento RID	Predisposizione manuale qualità su radioprotezione secondo quanto previsto dal DL 101 Target: entro anno	X	X	X	X	X	X	X	X	In collaborazione con UO Fisica Sanitaria.
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE										

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0069 - UO RADIOLOGIA CESENA		C0070 - UO RADIOLOGIA FORLÌ		C0071 - UO RADIOLOGIA FAENZA		C0072 - UO RADIOLOGIA LUGO		C0074 - UO RADIOLOGIA RICCIONE		C1073 - UO RADIOLOGIA RAVENNA		C1075 - UO RADIOLOGIA RIMINI		Punti Comparto	Note Negoziazione
		Punti	Dirigenza	Punti	Dirigenza	Punti	Dirigenza	Punti	Dirigenza	Punti	Dirigenza	Punti	Dirigenza	Punti	Dirigenza		
	Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"																
Responsabile Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio 2. Sviluppo applicativo per la tracciabilità	X		X		X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																	
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																	
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X		X		X	
Area di performance dello sviluppo organizzativo																	
Completamento RIS-PACS Unico Aziendale																	
IVT	ROAD MAP verso RIS-PACS Unico Aziendale Descrizione: Unificazione dei percorsi, del nomenclatore, delle procedure: 1. Omogeneizzazione ed adeguamento percorso del paziente: identificazione e tracciabilità degli stati tra: Prenotato, Arrivato etc. nei diversi casi d'uso (pazienti interno – paziente esterno etc.); 2. Adozione di nomenclatore unificato Aziendale per le prestazioni sia per pazienti esterni sia per pazienti interni con particolare riferimento alle prestazioni di radiologia interventistica. Fase 1: Definizione nomenclatore unico (a cura Dip Immagini in collaborazione con referente catalogo aziendale) - Entro Giugno Fase 2: Inserimento nel sistema RIS e integrazione applicativi per Order Entry a cura UO GSI/IVT - Entro Settembre 3. 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. Sviluppo regolamento per Radiologia entro settembre	X		X		X		X		X		X		X		X	
IVT	Predisposizione referti strutturati da inserire nel RIS Unico Aziendale. GdL entro marzo 2023. Verifica avanzamento lavori settembre 2023 con messa a punto di almeno 5 template di referto strutturato (II Livello)	X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'																	
Area economico finanziaria																	
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	
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																	
Area di performance dell'organizzazione																	
RID	Implementazione nuovo applicativo RIS PACS con formazione per gli operatori TSRM Omogeneizzazione dell'attività degli amministratori di sistema. Confrontabilità dei dati di attività															X	
RID	Implementazione del percorso ospedaliero ad accesso diretto alla diagnostica per immagini con possibile sviluppo a livello aziendale Analisi di fattibilità ed eventuale implementazione del servizio di Radiologia Domiciliare															X	

Referente Medico di Direzione
Francesca Raggi

Direttore Dipartimento
Emanuela Giampalma

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Giuseppe Serpe

Direttore Generale
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0015 - DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	Prev. Mat. TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023	
BS001 - MEDICINALI	87.677	102.831	15.154	0	102.831	
BS002 - EMODERIVATI		180	180	-180	0	
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	1.335.836	1.399.585	63.749	150.130	1.549.715	costi tot 2022 più 150.130 euro (incremento di spesa per mezzi di contrasto stimati dalla RER)
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	220.685	220.505	-180	0	220.505	
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.180.170	2.779.638	-400.532	200.000	2.979.638	
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	11.441	8.175	-3.267	0	8.175	
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	16.433	13.469	-2.964	0	13.469	
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		20.770	20.770	0	20.770	
TOTALE BENI SANITARI	4.852.241	4.545.153	-307.089	349.950	4.895.103	

Confermati i costi totali 2022, si incrementa l'indicatore BS011-Mezzi di Contrasto di 150.130 euro (incremento di spesa stimato da RER),
 Indicatore BS007 DM: richiesta di + 200.000 euro in previsione di procedure di ablazione per la Radiologia di Forlì , Ravenna e Rimini

D0017 DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO089 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FORLI'		CO090 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FAENZA		CO091 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LUGO		CO092 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RAVENNA		CO093 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RICCIONE		CO094 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RIMINI		CO276 - UO CHIRURGIA ORTOPEDICA DELLA SPALLA CATTOLICA		Comparto	Note	
		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza				
		100		100		100		100		100		100		100				
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO																	
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)																	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X		X		X		X		X		X		X		X		
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X		X		X		X		X		X		X		X		
Dir. programma EU	Ampliamento H 12 dei fast track per le UUOO con guardia attiva h12. Entro I quadrimestre	X		X		X		X		X		X		X		X		
Dir. programma EU	Condivisione istruzione operativa per la definizione di criteri uniformi di elezione per l'invio da PS a fast track ortopedico. Tempi: entro giugno	X		X		X		X		X		X		X				
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti																	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% protesi d'anca entro i 180 gg. Target >=85%	X		X		X		X		X		X		X		X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% dimessi >=65aa con diagnosi FCF entro 48h. Target >=80%	X		X		X		X		X		X		X		X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%	X		X		X		X		X		X		X		X		Il piano di recupero sarà definito entro aprile dalle DMPO, condiviso con il RUA, il Board chirurgico, la UO Committenza, le UUOO/Dip interessati
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: variazione % dell'arruolamento in lista. Target:<2%	X		X		X		X		X		X		X		X		
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																	
RUA Amb. (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				
Direttore Dip.	Elaborazione di documento "Percorso di presa in carico del paziente sottoposto a protesizzazione di articolazioni maggiori (anca, ginocchio e spalla)" - esteso a tutte le UUOO	X		X		X		X		X		X		X				
	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																	
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																	
Ref. Medico Direzione PO	Area specialistica ambulatoriale :Garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Attività livello anno 2019		Attività livello anno 2019		Attività livello anno 2019		Attività livello anno 2019		Attività livello anno 2019		Attività livello anno 2019		Attività livello anno 2019				
Ref. Medico Direzione PO	Garantire la necessaria flessibilità dell'offerta per il rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle visite prioritarie. Indicatore: Tempi di attesa prospettici. Target: Entro standard in 10 rilevazioni mensili su 12	X		X		X		X		X		X		X				

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO089 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	CO090 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FAENZA	Punti Dirigenza	CO091 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	CO092 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	CO093 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	CO094 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO276 - UO CHIRURGIA ORTOPEDICA DELLA SPALLA CATTOLICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Ref. Medico Direzione PO	Area produzione chirurgica: Garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting	Mantenimento livello anno 2022		Mantenimento livello anno 2022		Mantenimento livello anno 2022		Mantenimento livello anno 2022. (Robotica come da piano definito)		Mantenimento livello anno 2022		Mantenimento livello anno 2022		Mantenimento livello anno 2022			
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																	
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"																	
Dir. Programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X		X		X		X		X		X		X		X	
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																	
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X		X		X		X		X			
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	X		X		X		X		X		X		X			
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X		X		X		X		X		X		X			
Implementazione Progetto Chirurgia Robotica																	
Direttore Dip.	Partecipazione delle UUOO afferenti al Dipartimento al Progetto Chirurgia Robotica Ortopedica	X		X		X		X		X		X		X		X	
Omogenizzazione degli orari e dei carichi di lavoro dei Dirigenti Medici																	
Direttore Dip.	Adozione format e criteri uniformi per la predisposizione dei piani di lavoro settimanali. Indicatori: applicazione modello uniforme. Target: entro marzo	X		X		X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																	
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																	
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	
Adesione agli standard Area Qualità, Esiti e Governo Clinico																	
UO Qualità	Predisposizione carta dei servizi (fascicolo informativo per i cittadini) delle UO del Dipartimento. Target: entro settembre 2023	X		X		X		X		X		X		X		X	
RID-Referente Qualità Dipartimento	Analisi documentale con aderenza alle raccomandazioni: Choosing Wisely: Gestione CV	X		X		X		X		X		X		X		X	Non utilizzare il cateterismo vescicale in assenza di specifica indicazione. Se indispensabile, attenersi alle linee guida in materia di scelta dei presidi, procedura di inserzione, gestione, precoce rimozione ed educazione al paziente. Applicato a pazienti sottoposti a interventi PTA PTG in elezione
Direttore Dip.	Produzione scientifica : almeno 2 pubblicazioni scientifiche a stampa /anno per ogni UO	X		X		X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																	
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																	
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO089 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FORLI'	Punti Dirigenza	CO090 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FAENZA	Punti Dirigenza	CO091 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	CO092 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	CO093 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	CO094 - UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO276 - UO CHIRURGIA ORTOPEDICA DELLA SPALLA CATTOLICA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																	
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																	
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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																	
RID	Elaborare un documento che definisca il profilo di posto e una matrice di competenze dell'infermiere Case Manager nel setting assistenziale di Ortopedia.															X	
RID	Analisi e ricognizione della scheda unica integrata della terapia - fase propedeutica all'implementazione del modello informatizzato nell'ottica della gestione del rischio/sicurezza delle cure															X	

Referente Medico di Direzione

Davide Tellarini

Firma

Direttore Dipartimento

Alberto Belluati

Responsabile Infermieristico Dipartimento

Stella Vignoli

Direttore Generale

Tiziano carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0017 - DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023	NOTE
BS001 - MEDICINALI	327.882	388.611	60.729	4.038	392.649	Incremento spesa medicinali per 23 interventi robotica
BS002 - EMODERIVATI	137.022	45.369	-91.653	0	45.369	
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	2.290	2.648	358	0	2.648	
BS012 - VACCINI	70	229	159	0	229	
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	315	344	29	0	344	
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	6.003.017	6.297.818	294.801	106.602	6.404.420	Incremento per costi DM gara anca (106.000 euro)
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.418.380	2.504.344	85.964	16.547	2.520.891	Incremento spesa DM per 23 interventi robotica + 5.168euro aumento cappucci Stryker
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	101.074	29.399	-71.675	0	29.399	
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	55.767	63.417	7.649	0	63.417	
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		30.099	30.099	0	30.099	
TOTALE BENI SANITARI	9.045.817	9.362.277	316.460	127.187	9.489.464	

DM: allargamento utilizzo cappucci Stryker subordinati a parere CADM (42.636 euro) non ricompresi nel budget secondo le indicazioni della Direzione Generale e da valutare in corso d'anno

Ortopedia Ravenna: spesa MEDICINALI (+4.038 €) e DM (+11.379 €) per incremento attività robotica (+ N 23 interventi) AUTORIZZATE N. PROCEDURE 300 TOTALI

TOTALE SERVICE (SENZA IVA)		973.110		80.490	1.053.600	differenza service per robotica di ginocchio in previsione di 300 interventi nel 2023 rispetto ai 277 del 2022 (+ 23 int) senza IVA
TOTALE SERVICE (CON IVA AL 22%)		1.187.194		98.198	1.285.392	differenza service per robotica di ginocchio in previsione di 300 interventi nel 2023 rispetto ai 277 del 2022 (+ 23 int) CON IVA AL 22%

D0020 - DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO108 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA FORLÌ - CESENA Punti Dirigenza	CO110 - UO CURE PALLIATIVE ROMAGNA Punti Dirigenza	CO111 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA RAVENNA Punti Dirigenza	CO112 - UO ONCOLOGIA RAVENNA Punti Dirigenza	CO113 - UO EMATOLOGIA RAVENNA Punti Dirigenza	CO116 - UO ONCOLOGIA RIMINI Punti Dirigenza	CO117 - UO EMATOLOGIA RIMINI Punti Dirigenza	CO118 - UO RADIOTERAPIA RIMINI Punti Dirigenza	CO119 - UO CURE PALLIATIVE RIMINI Punti Dirigenza	CO1107 - UO MEDICINA NUCLEARE ROMAGNA Punti Dirigenza	CO0017 - SSD CURE PALLIATIVE RAVENNA Punti Dirigenza	CO1007 - SSD CURE PALLIATIVE CESENA Punti Dirigenza	CO1026 - SSD PREVENZIONE ONCOLOGICA RIMINI Punti Dirigenza	CO0082 - UO ANATOMIA PATOLOGICA CESENA Punti Dirigenza	CO0084 - UO ANATOMIA PATOLOGICA FORLÌ Punti Dirigenza	CO0085 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RAVENNA Punti Dirigenza	CO0087 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RIMINI Punti Dirigenza	Comparto	Note
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)																			
Ref. Medico Direzione PO	Strutturazione presso ciascun presidio di percorsi di "presa in carico diretta" da parte dell'oncologo e dell'ematologo dei pazienti oncologici e/o ematologici bypassando la presa in carico dei servizi di pronto soccorso. Pur nel rispetto delle peculiarità dei singoli territori (ove già in atto modelli di presa in carico diretta del paziente tipo fast-track o affidamento diretto da parte del medico di medicina generale) si raccomanda l'adozione di protocolli quanto più possibile condivisi negli intenti e nelle finalità tra ambiti della Azienda USL ed IRST di Meldola. Target: riduzione degli accessi PS di pazienti onco-ematologici nel secondo semestre.				X	X	X	X												Incontro specifico con Oncologi Ematologi e Irst per definire strutturazione del percorso: 2 ipotesi reperibili (possibilità al ps di leggere informazioni cartella clinica). Attualmente percorso dedicato per accesso diretto in degenza. Ipotesi: Da lunedì a venerdì pi day hospital dedicati ad urgenza, nel fine settimana pronta disponibilità infermiere day hospital e reperibilità medico disponibile.
Ref. Medico Direzione PO	Condivisione e formazione con MMG dei percorsi e criteri di accesso alle prestazioni urgenti e prioritarie presso gli ambulatori di Ematologia in accordo con MMG e Servizi di Trasfusionale secondo i criteri di massima appropriatezza. Indicatore: Adesione ai criteri di prescrizione definiti nei protocolli e formazione MMG. Target: almeno 2 incontri di formazione anno. Valutazione dell'appropriatezza tramite analisi a campione delle prescrizioni.					X		X						X						Già condivisione criteri clinici di invio all'Ematologia (tutte le Ematologie) e condivisione con Trasfusionale. Collaborazione con i Dipartimenti di Cure Primarie
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																			
RUA Amb. (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						
Ref. Medico Direzione PO	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													
Direttore Uo	Predisposizione Lista unica di prenotazione AUSL-IRST Medicina Nucleare										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		
	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																			
	Avvio attività di Radioembolizzazione in Medicina Nucleare																			
Medicina Nucleare	Avvio di attività di Radioembolizzazione in integrazione con il Dip. Diagnostica per Immagini a seguito dell'autorizzazione regionale.										X									La previsione è di 10 pazienti anno
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																			
	Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"																			
Direttore Programma Contrasto dolore acuto e cronico	Attuazione delle indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico") con riferimento al punto A "La terapia farmacologica del dolore cronico": documento applicativo nelle singole realtà con indicazioni sul trattamento del dolore cronico non oncologico, oncologico e nei pz con IRC o in dialisi entro primo semestre				X	X	X	X												
	Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobiotica"																			
Dir. Programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50				X	X	X	X												
	Adesione obiettivi Programma Screening																			
Resp. 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						
Resp. programma Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con FOBT positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali: % colonoscopie eseguite entro 30 giorni dal FOBT positivo (classe di età 50-69 anni) Target desiderato >=95%	X		X										X						Avviati incontro con i professionisti Gastroenterologi al fine di attivare azioni di miglioramento

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	Punti Dirigenza																			Comparto	Note
		C0108 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA FORLI'-CESENA	C0110 - UO CURE PALLIATIVE ROMAGNA	C0111 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA RAVENNA	C0112 - UO ONCOLOGIA RAVENNA	C0113 - UO EMATOLOGIA RAVENNA	C0116 - UO ONCOLOGIA RIMINI	C0117 - UO EMATOLOGIA RIMINI	C0118 - UO RADIOTERAPIA RIMINI	C0119 - UO CURE PALLIATIVE RIMINI	C1107 - UO MEDICINA NUCLEARE ROMAGNA	S0017 - SSD CURE PALLIATIVE RAVENNA	S1007 - SSD CURE PALLIATIVE CESENA	S1026 - SSD PREVENZIONE ONCOLOGICA RIMINI	C0082 - UO ANATOMIA PATOLOGICA CESENA	C0084 - UO ANATOMIA PATOLOGICA FORLI'	C0085 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RAVENNA	C0087 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RIMINI				
Resp. 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									
Resp. 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									
Resp. 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									
Resp. 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									
Resp. 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									
Resp. 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									
Resp. programma Screening	Progetto di sensibilizzazione MMG al fine del miglioramento adesione agli screening degli assistiti in carico: monitoraggio attività mirata del MMG in capo alla prevenzione oncologica (% adesione degli assistiti per MMG)	X		X									X									
Resp. programma Screening	Attivazione nell'ambito del programma aziendali di screening del collo dell'utero del primo invito a screening a 30 anni per le donne vaccinate contro HPV. Target: Attivazione entro 2023	X		X									X									
Resp. programma Screening	Avvio Progetto del Piano Equità Aziendale per aumentare adesione allo screening del collo dell'utero delle donne di origine straniera. Target:Attivazione entro 2023	X		X									X									
Riorganizzazione del Servizio di Anatomia Patologica della Romagna																						
Direttore Dip.	Fase 1: Realizzazione progetto e condivisione con la Direzione entro Aprile 2023 Fase 2: Valutazione di inizio realizzazione entro fine anno.													X	X	X	X					
Adesione agli obiettivi del CCCRN																						
Direttore Uo	Gestione del personale dirigente su entrambe le sedi AUSL ed IRST . Target: Redazione piani di lavoro condivisi												X									
Coordinamento unico Rete Romagna di Radioterapia Ausl - Irst, sia per la parte di ricerca, che per la parte assistenziale																						
Referente Medico Direzione	Omogeneizzazione dei percorsi e dei trattamenti Fase 1: Istituzione del tavolo tecnico per condivisione dei percorsi/ tipologie di trattamento, modalità di codifica e registrazione delle prestazioni. Target: Documento di condivisione entro anno 2023.									X												
Direttore Uo/UO Qualità	Diffusione carta dei servizi per la rete Cure palliative. Indicatore: Carta dei servizi entro primo semestre e diffusione nel secondo semestre.		X									X	X									
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																						
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%				X	X	X	X														
CdG Fonte: flusso ASA-DBO	% copertura ASA/DBO test NGS per il carcinoma non a piccole cellule non squamoso metastatico del polmone (Target 95%)				X	X	X	X											In attesa conclusione del confronto con il livello regionale per eventuale revisione del DBO Onco si conferma assoluta priorità per test genomici e NGS			
CdG Fonte: flusso ASA-DBO	Completezza della corrispondenza delle informazioni raccolte nel flusso ASA e nel flusso DBO : % copertura ASA/DBO test genomici per patologia mammaria (Target 95%)				X	X	X	X											In attesa conclusione del confronto con il livello regionale per eventuale revisione del DBO Onco si conferma assoluta priorità per test genomici e NGS			
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																						
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																						
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	X	X	X	X			
Risk manager	Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto.		X										X	X					Coinvolgimento degli hospice.			
Cure Palliative: Aggiornamento del percorso del paziente in cure palliative all'interno della RLCP aziendale																						
Direttore Cure Palliative Romagna	Indicatore: Revisione della PA203 Target: pubblicazione PA revisionata entro 31 dic 2023		X		X	X	X	X					X	X					X			
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici																						

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO108 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	CO110 - UO CURE PALLIATIVE ROMAGNA Punti Dirigenza	CO111 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA RAVENNA Punti Dirigenza	CO112 - UO ONCOLOGIA RAVENNA Punti Dirigenza	CO113 - UO EMATOLOGIA RAVENNA Punti Dirigenza	CO116 - UO ONCOLOGIA RIMINI Punti Dirigenza	CO117 - UO EMATOLOGIA RIMINI Punti Dirigenza	CO118 - UO RADIOTERAPIA RIMINI Punti Dirigenza	CO119 - UO CURE PALLIATIVE RIMINI Punti Dirigenza	CO107 - UO MEDICINA NUCLEARE ROMAGNA Punti Dirigenza	CO0017 - SSD CURE PALLIATIVE RAVENNA Punti Dirigenza	CO1007 - SSD CURE PALLIATIVE CESENA Punti Dirigenza	CO1026 - SSD PREVENZIONE ONCOLOGICA RIMINI Punti Dirigenza	CO082 - UO ANATOMIA PATOLOGICA CESENA Punti Dirigenza	CO084 - UO ANATOMIA PATOLOGICA FORLI' Punti Dirigenza	CO085 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RAVENNA Punti Dirigenza	CO087 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RIMINI Punti Dirigenza	Comparto	Note
Dir. Ass. Farm.	Melanoma: 1° linea o linee successive per il melanoma avanzato metastatico; encorafenib+binimetinib vs dabrafenib+trametinib Target>=60%				X		X													
Dir. Ass. Farm.	Melanoma: immunoterapia a minor costo nivolumab vs pembrolizumab I linea/adjuvante Target>=90%				X		X													
Dir. Ass. Farm.	Ematologia: Leucemia Linfocitica Cronica - in 1° linea, nel setting di pazienti LESS FIT/UNFIT (NON candidabili a fludarabina): venetoclax+obinutuzumab (terapia a schema fisso di 1 aa) vs anti-BTK: ibrutinib o avalabrutinib (terapia continuativa - mediana di trattamento di 4-5 aa) Target>=50%					X		X												
Dir. Ass. Farm.	Polmone: NSCLC avanzato, 1° linea di terapia con valori di PD-L1 >= 50%: atezolizumab vs cemiplimab, pembrolizumab Target>=80%				X		X													
Dir. Ass. Farm.	Polmone: Immunoterapia a miglior rapporto costo-opportunità in II linea atezolizumab vs nivolumab, pembrolizumab Target>=80%				X		X													
Dir. Ass. Farm.	Polmone: SCLC in stadio esteso (ES-SCLC) induzione con: Atezolizumab+carboplatino ed etoposide vs Durvalumab+etoposide e carboplatino o cisplatino Target>=80%				X		X													
Dir. Ass. Farm.	Gastroenterico: trifluridina vs regorafenib III linea colon-retto Target >=80%				X		X													
Dir. Ass. Farm.	Urologico: I linea del ca prostata metastatico castrazione resistente abiraterone vs enzalutamide Target >=80%				X		X													
Dir. Ass. Farm.	Urologico: abiraterone generico Target >=95%				X		X													
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)				X		X													
Adesione agli standard Area Qualità, Esiti e Governo Clinico																				
Ref. Medico Direzione PO	Adesione agli standard Choosing Wisely Medicina Nucleare:Utilizzo della scintigrafia con leucociti marcati per la diagnosi delle osteomieliti periferiche e per la diagnosi differenziale tra flogosi acuta vs cronica. INDICATORE: % scintigrafie con leucociti marcati vs PET/TC con FDG >90%										X									
Ref. Medico Direzione PO	Adesione agli standard Choosing Wisely Medicina Nucleare:Utilizzo della terapia con radioiodio, dopo tiroidectomia totale, nei carcinomi differenziati della tiroide a basso rischio ("microcarcinomi" ovvero carcinomi di dimensioni < 1 cm, in assenza di fattori prognostici sfavorevoli) INDICATORE 0%										X									
Ref. Medico Direzione PO	Adesione agli standard Choosing Wisely Cure Palliative: Non omettere e non ritardare di prescrivere, nei pazienti con patologie croniche inguaribili con limitata aspettativa di vita, l'uso di oppioidi per via orale o sistemica per il trattamento palliativo della dispnea.		X							X		X	X							
Ref. Medico Direzione PO	Analisi fine vita ultimo 30 giorni di vita per le Uo di Oncologia: analisi esiti trattamenti farmacologici. Indicatore: Esito analisi entro il primo semestre 2023.				X		X													In particolare farmaci off-label
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																				
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																				
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	X	X	X	X	X	X	X	X	X
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																				
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																				
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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	X

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	Punti Dirigenza																		Comparto	Note
		CO108 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA FORLI'-CESENA	CO110 - UO CURE PALLIATIVE ROMAGNA	CO111 - UO PREVENZIONE ONCOLOGICA RAVENNA	CO112 - UO ONCOLOGIA RAVENNA	CO113 - UO EMATOLOGIA RAVENNA	CO116 - UO ONCOLOGIA RIMINI	CO117 - UO EMATOLOGIA RIMINI	CO118 - UO RADIOTERAPIA RIMINI	CO119 - UO CURE PALLIATIVE RIMINI	CO107 - UO MEDICINA NUCLEARE ROMAGNA	CO0017 - SSD CURE PALLIATIVE RAVENNA	CO1007 - SSD CURE PALLIATIVE CESENA	CO1026 - SSD PREVENZIONE ONCOLOGICA RIMINI	CO082 - UO ANATOMIA PATOLOGICA CESENA	CO084 - UO ANATOMIA PATOLOGICA FORLI'	CO085 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RAVENNA	CO087 - UO ANATOMIA PATOLOGICA RIMINI			
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																					
RID	Revisione del Progetto "L'infermiere di Ricerca nella Sperimentazione Clinica" presso il DH Oncoematologico - P.O. di Ravenna Target: Implementazione del progetto entro 2023																			X	Revisione del profilo di posto e dei piani di attività delle figure infermieristiche dedicate sia alle attività inerenti la ricerca negli studi clinici di fase 1-2-3 sia alle attività di ricerca assistenziale/organizzativa.
RID	Implementazione di un modello innovativo per la continuità assistenziale: la consegna al letto del paziente (bedside handover) Target: Presentazione del Progetto entro 2023																			X	Il passaggio di consegne costituisce lo scambio di informazioni utili a garantire la continuità assistenziale, attraverso il coinvolgimento del paziente nel suo percorso di cura.
RID	Sviluppo in via sperimentale del Progetto "La proattività nella rilevazione dei bisogni del paziente Oncoematologico: il counseling telefonico". Target: Presentazione del progetto entro 2023																			X	Il personale infermieristico svolge un ruolo importante nella rilevazione dei bisogni del paziente, soprattutto nei sintomi correlati ai trattamenti chemioterapici. Tale progettualità mira a ridurre gli accessi in Pronto Soccorso, attraverso un counseling telefonico dedicato a pazienti individuati con criteri clinici ben definiti.
RID	Progetto di revisione del modello organizzativo: inserimento della figura del Case Manager in Ematologia Target: Presentazione/ implementazione del progetto entro 2023																			X	Implementazione della figura ICM al fine dell'ottimizzazione della presa in carico del paziente con patologia ematologica in tutte le sue fasi, inclusi i percorsi clinici JACIE e gli studi di Fase 1 (P.O. Ravenna)
RID	Sviluppo del Progetto "La Promozione dello Screening Colon-Retto" Implementazione di una campagna di sensibilizzazione per la prevenzione del tumore del colon retto attraverso degli incontri informativi destinati alla popolazione target per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto. Target: Realizzazione di n.2 eventi informativi per ambito territoriale																			X	L'obiettivo è sensibilizzare la popolazione e aumentare l'adesione allo screening.
RID	Sviluppo del Progetto "L'ambulatorio infermieristico per la gestione del rischio eredo-familiare per il Carcinoma della Mammella e/o Ovaio" Target: Presentazione del progetto entro 2023.																			X	La Regione Emilia-Romagna, con il Protocollo assistenziale nelle donne a rischio ereditario di tumore della mammella e/o ovaio (2016), definisce le linee guida per l'individuazione e la sorveglianza dedicata alle donne con un rischio eredo-familiare elevato.
RID	Sviluppo del Progetto "La presa in carico del paziente e il colloquio di accoglienza in Hospice" Target: presentazione del progetto entro 2023																			X	Tale progettualità prevede la strutturazione di un colloquio pre-ricovero con il paziente ed i familiari/caregiver presso l'Hospice, al fine di condividere congiuntamente il percorso di cura attraverso il coinvolgimento dell'infermiere Case Manager, del Medico Palliativista e dello Psicologo
RID	Consolidamento del nuovo modello organizzativo dell'U.O. Medicina Nucleare Romagna Target: Implementazione del modello organizzativo																			X	Vista la chiusura in data 31/12/2022 della U.O. Medicina Nucleare sede di Faenza, è necessario consolidare il nuovo modello organizzativo attraverso la revisione delle attività dei TSRM nei percorsi diagnostici delle sedi di Forlì e Cesena
RID	Valutazione dell'implementazione del Progetto Aziendale Sala settoria esecutivo dal 2018, analisi delle attività sulla base dei volumi produttivi, valutazione normativa/giuridica in relazione del profilo del TSLB. Target: presentazione del Progetto e implementazione entro fine anno.																			X	
RID	Sviluppo del Progetto La gestione dei farmaci classificati in fascia "H" nell'ambito delle Cure Palliative domiciliari Target: presentazione del Progetto entro 2023																			X	Analisi e valutazione della fattibilità del Progetto, con l'obiettivo di uniformare a livello aziendale l'utilizzo dei farmaci classificati "H" al domicilio e di garantire la continuità terapeutica tra ospedale e territorio

Referente Medico di Direzione
Caterina Florescu

Firma
Direttore Dipartimento
Fabio Falcini

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Federico Lauria

Direttore Generale
Tiziano carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0020 - DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	53.854.295	57.106.555	3.252.260	2.350.029	59.456.584
BS002 - EMODERIVATI	348.232	415.502	67.271	3.838	419.340
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	15.780	15.455	-326	666	16.121
BS012 - VACCINI	30	165	135	20	185
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	38.166	46.117	7.951	-11.310	34.807
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.234.201	2.654.095	-580.106	79.790	2.733.885
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	1.475.779	1.459.198	-16.581	27.036	1.486.234
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	135.401	137.774	2.373	341	138.115
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		23.531	23.531	471	24.002
TOTALE BENI SANITARI	59.140.315	61.858.392	2.718.077	2.450.881	64.309.273
CANONI NOLEGGIO ATTREZZATURE SANITARIE	365.935	414.452	48.517	36.402	450.854
RETTE HOSPICE	1.568.602	1.771.920	203.318	0	1.771.920

MEDICINALI: di cui INNOVATIVI 2023 € 5.636.000 (-2.777.146 € vs 2022)

MEDICINA NUCLEARE: è in corso la richiesta alla RER (su indicazione della CADM) di autorizzazione per l'implementazione dell'attività di radioembolizzazione epatica. Questa pratica prevista per circa 10pz prevede un impegno economico di circa 100.000€ (10.000€/pz per l'acquisto di sfere in resina/vetro marchate con Itrio90) Attualmente i pazienti vengono inviati a Bologna che però ha scarsa disponibilità. INCREMENTO NON INSERITO IN BUDGET. DA VALUTARE IN CORSO D'ANNO

D0037 DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	C1076 - UO NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO		100		100		100		100		100		100		100		100		100		
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)																				
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X		X		X															X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X		X		X															X
Ref. Medico Direzione PO	Adesione al cingolo come da P29 "Gestione del sovraccollamento in Pronto Soccorso e dei posti letto per ricoveri urgenti" - ambito Cesena			X																	X
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate	X		X		X		X				X				X					
Ref. Medico Direzione PO/RID	Collaborazione alla predisposizione di Istruzioni Operative di ambito per favorire il decentramento per funzioni HUB dell'Opedale di Cesena (stroke, grandi traumi e NCH ecc.) Target: 1. Realizzazione IO entro giugno 2023 per ambito 2. Monitoraggio indicatori da luglio 2023	X		X		X		X													X
Ref. Medico Direzione PO	Ampliamento progetto "EEG a domicilio" con estensione alle CRA Indicatore: Numero pazienti presi in carico e CRA coinvolte. Target: in aumento					X															X
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti																				
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% casi entro standard per patologie neoplastiche. Target >=90%	X																			X
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%	X												X							X
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: variazione % dell'arruolamento in lista. Target:<2%	X												X							X
CdG Fonte: flusso SDO	Degenza media preoperatoria per interventi programmati. Target <=1 gg	X																			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 2022													X							
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																				

D0037 DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 NEURORIABILITAZIONE Punti Dirigenza	C1076 - UO NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA RAVENNA Punti Dirigenza	Comparto	Note
RUA Amb. (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			Identificare 1 o 2 percorsi con autorevolezza di presa in carico
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE												
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse												
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Mantenimen to 2022	Mantenimen to 2022	Mantenimen to 2022	Mantenimen to 2022	Incremento 2022, secondo vocazione distintiva, in funzione al reclutament o risorse	Mantenimen to 2022	Mantenimen to 2022	Mantenimen to 2022	Incremento 2022, secondo vocazione distintiva, in funzione al reclutament o risorse	X	
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione Chirurgica , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting	Mantenimen to 2022					Mantenimen to 2022	Mantenimen to 2022			X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE												
Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"												
Progettualità NORA:												
Dir. Programma HPR	1. Elaborazione istruzione operativa di presidio 2. Sviluppo applicativo per la tracciabilità					X				X	X	In collaborazione con: Direzioni di Presidio, GSI, DIT
Dir. Programma HPR	Messa a regime gestione informatizzata lista di attesa chirurgica entro primo semestre 2023.						X					In collaborazione con: UO GSI
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"												
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Effettuazione del percorso di formazione sulla corretta applicazione della procedura relativa al Trattamento precoce del dolore in PS. Indicatori: Organizzazione e pubblicazione corso FAD entro Febbraio e di 4 eventi residenziali di ambito entro Marzo (seconda edizione entro Giugno).						X					In collaborazione con: Medicina Legale, Servizi di urg- emergenza, PS, PPI
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Strutturare un PDTA specifico sul dolore lombare. Indicatore: Presentazione documento condiviso con tutti gli specialisti coinvolti entro I trimestre						X					In collaborazione con: UOC Ricerca Valutativa (supporto con Chosing Wisely), UU.OO. TERRITORIALI (Cure Primarie, Medicina Riabilitativa), PS, NCH, Neurologia, Radiologia, Ortopedia
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Coinvolgimento, diffusione, formazione dei MMG nella stesura e nella corretta applicazione del documento sul Dolore Lombare. Indicatore: Evidenza degli incontri organizzati.	X					X					
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Strutturare un percorso neuromodulativo nei pazienti con sindrome di Raynaud e disturbi vascolari ischemici dolorosi: PVD-Piede Diabetico. Indicatore: Presentazione del progetto anche supportato da analisi costo-beneficio						X					In collaborazione con: CDG, Ricerca Valutativa
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Attuazione delle indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico") con riferimento al punto A "La terapia farmacologica del dolore cronico": documento applicativo nelle singole realtà con indicazioni sul trattamento del dolore cronico non oncologico, oncologico e nei pz con IRC o in dialisi entro primo semestre						X					

D0037 DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	C1076 - UO NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Attuazione delle indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico"); progetto fattibilità e analisi delle risorse necessarie con riferimento al punto B "Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative e tecniche interventistiche"											X									In collaborazione con: Direzioni di presidio DIT
	Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobiotica"																				
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X (Area Chir.)		X (Area Med.)		X (Area Med.)		X (Area Med.)						X (Area Chir.)		X (Area Med.)				X	
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																				
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X		X		X		X		X		X		X		X					
CdG Fonte: flusso SDO	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X												X							In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																				
	Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																				
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure: 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	
	Utilizzo farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità in base agli esiti di gara																				
Dir. Ass. Farm.	Farmaci Sclerosi Multipla: 1) pubblicazione documento condiviso da parte dei referenti aziendali con definizione dei criteri di utilizzo dei nuovi farmaci anche secondo criteri di costo-opportunità entro Aprile 2023; 2) monitoraggio indicatori definiti nel Documento a fine anno			X		X		X													
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici Informatizzati previa formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)			X		X		X													Farmaci Nota 85 e antipsicotici atipici
	Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico																				
Ref. Clinico ed Organizzativo PDTA	Implementazione PDTA Demenze early onset. Indicatore: 1. Deliberazione entro Giugno			X		X		X										X		X	
Ref. Clinico ed Organizzativo PDTA	Adesione al PDTA Stroke. Verifica con audit annuale del livello di adesione da parte di tutte le UUOO coinvolte. Target: 100%. (Report di monitoraggio degli indicatori di riferimento e rendicontazione periodica del referente PDTA)			X		X		X		X								X		X	
Ref. Clinico ed Organizzativo PDTA	Definizione PDTA Sclerosi Multipla. Indicatore: 1. Deliberazione PDTA entro l'anno																				X
Ref. Clinico ed Organizzativo PDTA	2. Attivazione Tavolo Permanente per analisi casi e terapia prescritta. Target: Evidenza report con esito del monitoraggio per controllo della spesa e appropriatezza																				X
Ref. Clinico ed Organizzativo PDTA	Implementazione del PDTA SLA. Target: 1. Elaborazione Istruzioni Operative di ambito. Entro Settembre			X		X		X													X
Ref. Clinico ed Organizzativo PDTA	2. Verifica livello di implementazione tramite audit annuale per ciascun ambito.																				X
Ref. Clinico ed Organizzativo PDTA	PDTA Parkinson			X		X		X										X		X	
	Identificazione responsabile clinico: entro Marzo 2023																				
	Costituzione tavolo tecnico: entro Dicembre 2023																				
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																				
	Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																				

D0037 DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0183 - UO NEUROCHIRURGIA CESENA		C1170 - UO NEUROLOGIA CESENA (FORLI')		C0211 - UO NEUROLOGIA RAVENNA		C0239 - UO NEUROLOGIA RIMINI		C1184 - UO NEURORADIOLOGIA CESENA (RIMINI)		C0115 - UO TERAPIA ANTALGICA RAVENNA		S0025 - SSD CHIRURGIA SISTEMA NERVOSO PERIFERICO		S1134 - SSD NEURORIABILITAZIONE		C1076 - UO NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA RAVENNA		Comparto	Note
		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza					
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																					
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																					
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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	
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																					

Firma

Referente Medico

Claudio Lazzari

Direttore Dipartimento

Luigino Tosatto

Responsabile Infermieristico Dipartimento

Giorgia Ciani

Direttore Generale

Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0037 - DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023	NOTE/ CONSIDERAZIONI
BS001 - MEDICINALI	11.653.036	13.960.736	2.307.701	1.728.206	15.688.942	Farmaci Sclerosi Multipla + € 1.930.815; costi cessanti Tecfidera € 203.000; Terapia antalgica + 391 €
BS002 - EMODERIVATI	535.225	660.142	124.917	-365.000	295.142	Budget trasferito a DDF Cesena (CDC Malattie rare)
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	29.042	25.924	-3.118	0	25.924	
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	163.670	163.623	-47	62	163.685	
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	704.205	714.015	9.811	36.907	750.922	Terapia antalgica
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	2.855.425	3.644.292	788.867	0	3.644.292	
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	5.418.287	5.230.898	-187.388	47.342	5.278.241	Terapia antalgica.
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	71.884	38.407	-33.476	0	38.407	
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	35.402	44.357	8.955	0	44.357	
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		11.526	11.526	0	11.526	
TOTALE BENI SANITARI	21.466.175	24.493.922	3.027.748	1.447.517	25.941.440	

NEURORADIOLOGIA CESENA-RIMINI: + 500.000 € (Impiantabili non attivi / DM) non ricompresi nel Budget secondo le indicazioni della Direzione Generale e da valutare in corso d'anno

Spostamento di € 67.656 Mezzi di contrasto e € 210.102 DM da Neuroradiologia Cesena-Rimini a nuova UO Neuroradiologia Ravenna

D0041 - DIP. MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0079 - UO GENETICA MEDICA ROMAGNA Punti Dirigenza 100	C0080 - UO MICROBIOLOGIA ROMAGNA Punti Dirigenza 100	C0086 - UO IMMUNOEMAT. E MED. TRASF. RAVENNA Punti Dirigenza 100	C0088 - UO IMMUNOEMAT. E MED. TRASF. RIMINI Punti Dirigenza 100	C1078 - UO PATOLOGIA CLINICA ROMAGNA Punti Dirigenza 100	C1083 - UO IMM. E MED. TRASF. CESENA-FORLI/OFFICINA TRASF. ROM Punti Dirigenza 100	Comparto	Note
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO									
Definire il percorso diagnostico e i criteri di elezione all'accesso alla diagnostica genetica su pazienti con disabilità intellettiva/disturbo dello spettro autistico in collaborazione con i professionisti coinvolti									
Direttore Dip.	Definizione progetto entro aprile 2023	X							Da condividere con NPI e SSI autismo
Direttore Dip.	Applicazione progetto entro maggio 2023	X							
Esecuzione di indagini pre natale e post natale di fibrosi cistica									
Direttore Dip.	Internalizzazione del 100% della post natale da aprile 2023	X						X	
Direttore Dip.	Internalizzazione del 100% della prenatale da ottobre 2023	X						X	
Studio di fattibilità sull'impiego dei POCT sui servizi territoriali (es. Case della Comunità) con analisi costi benefici									
Direttore Dip.	entro settembre 2023					X		X	Da condividere con Distretti/DCP
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE									
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse									
Ref. Medico Direzione PO e CdG	UO Patologia Clinica: Analisi dei consumi prescrittivi 2022 entro aprile 2023 e successiva eventuale individuazione di strategie (contatto con i prescrittori, invio di report periodici, filtri informatici etc.) con l'obiettivo di ridurre gli esami COVID correlati. Verifica al 31/12/2023.					X			
Ref. Medico Direzione PO e CdG	UO Microbiologia: mantenimento dell'attività 2022 con verifica a giugno 2023 per analisi eventuale ripresa dell'attività ospedaliera e del territorio (escluso COVID)		X					X	
Ref. Medico Direzione PO e CdG	UO Genetica Medica: allineamento ai valori 2019 dell'attività di laboratorio per riduzione diagnosi prenatale citogenetica e contestuale introduzione dell'attività di indagini per la fibrosi cistica. Contestuale verifica a giugno 2023	X						X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE									
Riduzione giacenze campioni sangue periferico per indagini citogenetiche POST NATALI									
Direttore Dip.	Garantire il recupero di almeno il 50% delle giacenze al 31/12/2022 entro giugno 2023	X							
Inserimento agende a sistema CUP									
Ref. Medico Direzione PO	Entro il 2023	X							Coinvolgimento della UO GSI e UO Accesso ai Percorsi Sanitari e Governo della Committenza
Implementazione di sistemi esperti di validazione presso LRR in ottica di omogeneizzazione delle modalità operative									

D0041 - DIP. MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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-FORLI/OFFICINA TRASF. ROM	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Ref. Medico Direzione PO	Implementazione su tutti LRR del SW DMS: installazione, formazione ed utilizzo in 2 LRR entro il 1° semestre 2023. Completamento di installazione, formazione ed utilizzo nei restanti LRR entro il secondo semestre 2023.									X				X	
	Gestione Emocolture in LRR con selezione dei pazienti severi mediante SW Sepsis Finder e uso FA														
Direttore Dip.	Studio di fattibilità entro giugno 2023 e eventuale introduzione nel 2° semestre			X						X				X	
	MICROBIOTA FECALE avvio attività														
Direttore Dip.	laboratorio operativo entro aprile 2023			X										X	Da condividere con gastroenterologie
	Preparazione documentazione per stesura convenzione Disaster Recovery Plan tra Ausl Romagna e Ausl Bologna														
Ref. Medico Direzione PO	Indicatore: invio documentazione alla Direzione Generale per la stipula della convenzione entro giugno 2023					X		X				X		X	
	Realizzazione "Progetto di analisi e miglioramento dei processi di lavoro attraverso la metodologia LEAN MANAGEMENT"														
RID	entro dicembre 2023			X						X				X	
	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO														
	Blocco esecuzione ABG in caso di isolamento da urinocoltura per esterni di E.coli														
Ref. Medico Direzione PO	Definizione del percorso con il DCP entro giugno 2023 e applicazione entro ottobre 2023			X											Da condividere con DCP
	Analisi attitudini prescrittive PROCALCITONINA														
Ref. Medico Direzione PO	Informativa e comunicazione ai reparti interessati entro marzo 2023 e contestuale introduzione del blocco informatico									X					
	Appropriatezza gestione Ig-vena in ambito ospedaliero della Ausl Romagna														
Direttore Dip.	Effettuazione di 3 incontri anno 2023 del GdL multidisciplinare aziendale per l'utilizzo appropriato di Medicinali Plasma Derivati con stesura raccomandazioni condivise per l'utilizzo appropriato delle Ig Vena					X		X				X			
	Pubblicazione di lavori scientifici su rivista internazionale peer reviewed														
Direttore Dip.	Almeno 6 pubblicazioni a livello dipartimentale	X		X						X					
	Utilizzo come back up dell'irrigatore di Ravenna														
Ref. Medico Direzione PO	Accordo con IRST per utilizzo irrigatore come backup Entro aprile 2023					X						X			
	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure														
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	
	Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico														
UO Qualità	Preparazione alla verifica di sorveglianza biennale di accreditamento: invio dei documenti in RER e Site Visit secondo la programmazione Regionale					X		X				X		X	

D0041 - DIP. MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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-FORLI/OFFICINA TRASF. ROM Punti Dirigenza	Comparto	Note
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA									
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza									
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X	X	X	X	X	X	X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA									
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa									
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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									
RID	Analisi e revisione dei percorsi di inserimento del personale tecnico di laboratorio neoassunto/neoinseriti. Indicatore: entro dicembre 2023							X	

Referente Medico

Paolo Masperi

Firma
Direttore Dipartimento

Vittorio Sambri

Responsabile Infermieristico Dipartimento

Paola Ceccarelli

Direttore Generale

Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0041 - DIP.MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	1.525.261	1.852.104	326.843	0	1.852.104
BS002 - EMODERIVATI	6.651.009	6.843.131	192.122	0	6.843.131
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	6	20	14	0	20
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	1.290	1.590	300	0	1.590
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.315.125	2.310.230	-4.899	0	2.310.230
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	23.237.291	28.837.863	5.593.890	-3.405.427	25.432.436
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	401.972	346.919	-55.093	0	346.919
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		1.689	1.689	0	1.689
TOTALE BENI SANITARI	34.132.202	40.193.546	6.054.618	-3.405.427	36.788.119
CANONI NOLEGGIO ATTREZZATURE SANITARIE	3.399.521	2.892.728	-506.793	168.022	3.060.750

DIAGNOSTICI

UO Genetica Medica: + 63.000 € (internalizzazione esami Fibrosi Cistica)

UO Microbiologia: +3.300 € (avvio progetto microbiota) e -3.000.000 € (riduzione attività Covid)

UO Immunoemat e Med.Trasf. Ravenna: -127.550 € per spostamento costi test immunoematologia a service (da maggio 2023)

UO Immunoemat e Med.Trasf. Rimini: -84.104 € per spostamento costi test immunoematologia a service (da maggio 2023)

UO Imm.e Med. Trasf. Cesena-Forli/Officina Trasf.Rom: - 260.073 € per spostamento costi test immunoematologia a service (da maggio 2023)

D0022 - DIP. SANITA' PUBBLICA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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.Z OOTECNICHE 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.Z OOTECNICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0159 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE RIMINI	Punti Dirigenza	C1135 - UO EPIDEMIOLOGIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE (aziendale)	Punti Dirigenza
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO																							
Recupero Campagna Vaccinali																							
Dir. Dipartimento e CdR	Miglioramento dell'offerta di vaccinazione al paziente cronico: - Revisione PdTA per cronici con inserimento delle vaccinazioni raccomandate (Diabete, BPCO, Scompenso card., insuff.renale cronica); - Attivazione ambulatorio dedicato ai cronici con chiamata attiva a partire dal secondo semestre; - Incremento vaccinazione per cronici e fragili (+10%)	X										X										X	
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																							
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																							
Dir. Dipartimento e CdR	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse nel rispetto dei target attesi previsti dalla delibera di programmazione annuale regionale, dal Piano Regionale Integrato, dal Piano Regionale della Prevenzione e dal piano di lavoro di Unità Operativa. Indicatori a rilevazione trimestrale.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dir. Dipartimento e CdR	Integrare le competenze professionali degli operatori dell'UO Sicurezza Impiantistica e Antinfortunistica con quelle: - Degli operatori SPSAL al fine di migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi di indagine conseguenti agli infortuni connessi all'uso di macchine/attrezzature/impianti; - Degli operatori ISP al fine di migliorare le valutazioni preventive relative alle manifestazioni di pubblico spettacolo e le valutazioni sull'idoneità igienico-sanitaria dei CAS. Indicatori: - Stesura procedure/protocolli entro giugno - Esecuzione degli interventi secondo le nuove modalità proceduralizzate	X				X						X				X							
Dir. Dipartimento e CdR	Piano Regionale della Prevenzione: - Coordinare l'attuazione del piano a livello aziendale, monitorando i progetti - Definire entro marzo un piano annuale delle attività relativamente ai progetti per i quali il DSP è referente che specifichi le azioni da attuare, il personale coinvolto, gli indicatori da monitorare trimestralmente	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dir. Dipartimento e CdR	Assicurare il perseguimento degli obiettivi del Piano regionale Integrato relativo alla sicurezza alimentare, sanità e benessere animale con riferimento particolare agli indicatori sentinella			X				X		X				X				X		X			
Dir. Dipartimento e CdR	Formalizzazione della procedura di campionamento ufficiale in sicurezza alimentare e definizione delle modalità di comunicazione e gestione degli eventi di non conformità, in accordo con il DLGS 27/2021 e DLGS 150/2022. Indicatore: realizzazione entro giugno.			X				X		X				X				X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																							
Organizzazione delle principali linee produttive sulla base delle linee di indirizzo esistenti e delle linee guida regionali																							
Dir. Dipartimento e CdR	Analisi, definizione e pesatura delle principali prestazioni del controllo ufficiale su programma sulla base delle linee di indirizzo esistenti, tenendo conto della produzione storica consolidata e specificando il ruolo delle diverse competenze professionali coinvolte nell'attività. Indicatori: Entro marzo individuazione delle procedure oggetto di analisi. Entro settembre relazione conclusiva con pesatura delle attività. Entro dicembre revisione della programmazione.	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dir. Dipartimento e CdR	Organizzazione di un evento pubblico finalizzato alla presentazione e diffusione delle linee guida regionali per la produzione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione di alimenti nell'ambito della produzione primaria e delle imprese agricole in regione Emilia-Romagna. Indicatore: realizzazione entro giugno			X				X		X				X				X		X			
Adesione agli obiettivi del programma "Nutrizione preventiva e clinica integrata"																							
Dir. Programma Nutrizione	Condivisione del catalogo delle prestazioni per l'area della nutrizione preventiva e clinica (registrazione, modalità di erogazione, tempari, ecc.) che consideri anche l'erogazione di prestazioni telematiche. Indicatore: Catalogo aziendale delle prestazioni di nutrizione preventiva e clinica nei primi 6 mesi e applicazione su tutti gli ambiti entro l'anno	X		X								X		X									
Dir. Programma Nutrizione	Implementazione primo livello del percorso obesità nell'adulto. Indicatore: Sviluppo in una CdC nei primi 6 mesi e entro l'anno in una CdC per ambito territoriale	X		X								X		X									
Adesione obiettivi Programma Screening																							
Dir. Dipartimento e CdR	Supporto nella realizzazione del Health Equity Audit: - al dip oncematologico per la realizzazione del PL13 screening oncologici Target: predisposizione del profilo di equità entro settembre e individuazione delle azioni di miglioramento entro il 2023 - al dip Salute donna e infanzia e adolescenza per la realizzazione del PL11 i primi 1000 giorni Target: predisposizione del profilo di equità entro aprile e individuazione delle azioni di miglioramento entro il 2023	X										X											
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																							
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																							

D0022 - DIP. SANITA' PUBBLICA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C1136 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA FORLI'-CESENA	C1137 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE FORLI'-CESENA	C1138 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE FORLI'-CESENA	C1139 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.Z OOTECN. FORLI'-CESENA	C1142 - UO SERV.PREV ENZ.E SICUR.AMB .DI LAVORO FORLI'-CESENA	C1143 - UO SICUREZZA IMPIANTISTICA E ANTINFORTUNISTICA (aziendale)	S0094 - Medicina dello Sport Ra	Comparto		Note di Negoziazione
		Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO											
Recupero Campagna Vaccinali											
Dir. Dipartimento e CdR	Miglioramento dell'offerta di vaccinazione al paziente cronico: - Revisione PdTA per cronici con inserimento delle vaccinazioni raccomandate (Diabete, BPCO, Scompenso card., insuff.renale cronica); - Attivazione ambulatorio dedicato ai cronici con chiamata attiva a partire dal secondo semestre; - Incremento vaccinazione per cronici e fragili (+10%)	X									In collaborazione con le UUO di Diabetologia, Oncematologia, Cure Primarie, Malattie Infettive, Nefrologia, Neurologia,
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE											
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse											
Dir. Dipartimento e CdR	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse nel rispetto dei target attesi previsti dalla delibera di programmazione annuale regionale, dal Piano Regionale Integrato, dal Piano Regionale della Prevenzione e dal piano di lavoro di Unità Operativa. Indicatori a rilevazione trimestrale.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Dir. Dipartimento e CdR	Integrare le competenze professionali degli operatori dell'UO Sicurezza Impiantistica e Antinfortunistica con quelle: - Degli operatori SPSAL al fine di migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi di indagine conseguenti agli infortuni connessi all'uso di macchine/attrezzature/impianti; - Degli operatori ISP al fine di migliorare le valutazioni preventive relative alle manifestazioni di pubblico spettacolo e le valutazioni sull'idoneità igienico-sanitaria dei CAS. Indicatori: - Stesura procedure/protocolli entro giugno - Esecuzione degli interventi secondo le nuove modalità proceduralizzate	X				X	X				
Dir. Dipartimento e CdR	Piano Regionale della Prevenzione: - Coordinare l'attuazione del piano a livello aziendale, monitorando i progetti - Definire entro marzo un piano annuale delle attività relativamente ai progetti per i quali il DSP è referente che specifichi le azioni da attuare, il personale coinvolto, gli indicatori da monitorare trimestralmente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Il coordinamento dell'attuazione complessiva del piano e il monitoraggio dei relativi progetti è in capo alla d.ssa Righi in qualità di coordinatore aziendale del PRP In collaborazione con DCP, DSM, Dip Mat Infantile, SPIAR, Dip oncoematologico
Dir. Dipartimento e CdR	Assicurare il perseguimento degli obiettivi del Piano regionale Integrato relativo alla sicurezza alimentare, sanità e benessere animale con riferimento particolare agli indicatori sentinella		X	X	X				X		
Dir. Dipartimento e CdR	Formalizzazione della procedura di campionamento ufficiale in sicurezza alimentare e definizione delle modalità di comunicazione e gestione degli eventi di non conformità, in accordo con il DLGS 27/2021 e DLGS 150/2022. Indicatore: realizzazione entro giugno.		X	X	X					X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE											
Organizzazione delle principali linee produttive sulla base delle linee di indirizzo esistenti e delle linee guida regionali											
Dir. Dipartimento e CdR	Analisi, definizione e pesatura delle principali prestazioni del controllo ufficiale su programma sulla base delle linee di indirizzo esistenti, tenendo conto della produzione storica consolidata e specificando il ruolo delle diverse competenze professionali coinvolte nell'attività. Indicatori: Entro marzo individuazione delle procedure oggetto di analisi. Entro settembre relazione conclusiva con pesatura delle attività. Entro dicembre revisione della programmazione.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Dir. Dipartimento e CdR	Organizzazione di un evento pubblico finalizzato alla presentazione e diffusione delle linee guida regionali per la produzione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione di alimenti nell'ambito della produzione primaria e delle imprese agricole in regione Emilia-Romagna. Indicatore: realizzazione entro giugno		X	X	X						
Adesione agli obiettivi del programma "Nutrizione preventiva e clinica integrata"											
Dir. Programma Nutrizione	Condivisione del catalogo delle prestazioni per l'area della nutrizione preventiva e clinica (registrazione, modalità di erogazione, tempari, ecc.) che consideri anche l'erogazione di prestazioni telematiche. Indicatore: Catalogo aziendale delle prestazioni di nutrizione preventiva e clinica nei primi 6 mesi e applicazione su tutti gli ambiti entro l'anno	X	X								In collaborazione con DCP, GSI, CdG, DIT
Dir. Programma Nutrizione	Implementazione primo livello del percorso obesità nell'adulto. Indicatore: Sviluppo in una CdC nei primi 6 mesi e entro l'anno in una CdC per ambito territoriale	X	X								In collaborazione con Direzioni di distretto, DCP, DIT
Adesione obiettivi Programma Screening											
Dir. Dipartimento e CdR	Supporto nella realizzazione del Health Equity Audit: - al dip oncoematologico per la realizzazione del PL13 screening oncologici Target: predisposizione del profilo di equità entro settembre e individuazione delle azioni di miglioramento entro il 2023 - al dip Salute donna e infanzia e adolescenza per la realizzazione del PL11 i primi 1000 giorni Target: predisposizione del profilo di equità entro aprile e individuazione delle azioni di miglioramento entro il 2023	X									In collaborazione con Dip. Oncoematologico (UUO di Prevenzione Oncologica) e DCP
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA											
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza											

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C1146 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA RAVENNA	C0147 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE RAVENNA	C0148 - UO SERV.PREV ENZ. E SICUREZZA AMB.DI LAVORO RAVENNA	C0150 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE RAVENNA	C0152 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.Z OOTECNICHE RAVENNA	C0154 - UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA RIMINI	C0155 - UO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE RIMINI	C0156 - UO SERV.PREV ENZ. E SICUREZZA AMB. DI LAVORO RIMINI	C0158 - UO SANITA' ANIMALE E IG.PROD.Z OOTECNICHE RIMINI	C0159 - UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE RIMINI	C1135 - UO EPIDEMIOLOGIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE (aziendale)
		Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza	Punti Dirigenza
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	X
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
RPTC	Applicazione determinazione n. 2844/2017 "Linee guida per la rotazione del personale del Dipartimento sanità pubblica addetti al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza" Realizzazione di tutte le supervisioni del 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 ECONOMICO FINANZIARIA												
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa												
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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												
Dirigente Inf e RID	Adeguamento e omogenizzazione a livello aziendale dell'orario di lavoro e del servizio di pronta disponibilità del personale Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e del personale tecnico assegnato alle strutture organizzative del Dipartimento di Sanità Pubblica. Target: entro il 30.06.23, attuazione secondo semestre 2023	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dirigente Inf e RID	Adeguamento e omogenizzazione a livello aziendale delle postazioni di lavoro del personale sanitario e tecnico del comparto assegnato alle strutture organizzative del Dipartimento di Sanità Pubblica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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.Z OOTECN. 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 di Negoziazione
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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			
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X			
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X		X	
RPTC	Applicazione determinazione n. 2844/2017 "Linee guida per la rotazione del personale del Dipartimento sanità pubblica addetti al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza" Realizzazione di tutte le supervisioni del programma e adozione di eventuali azioni di miglioramento - Rotazione dei dirigenti veterinari	X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																	
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																	
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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																	
Dirigente Inf e RID	Adeguamento e omogenizzazione a livello aziendale dell'orario di lavoro e del servizio di pronta disponibilità del personale Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e del personale tecnico assegnato alle strutture organizzative del Dipartimento di Sanità Pubblica. Target: entro il 30.06.23, attuazione secondo semestre 2023	X		X		X		X		X		X		X		X	
Dirigente Inf e RID	Adeguamento e omogenizzazione a livello aziendale delle postazioni di lavoro del personale sanitario e tecnico del comparto assegnato alle strutture organizzative del Dipartimento di Sanità Pubblica.	X		X		X		X		X		X		X		X	

Direttore Dipartimento
Raffaella Angelini

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Marco Luvisi

Direttore Generale
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0022 - DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023	
BS001 - MEDICINALI	38.310	33.349	-4.961	0	33.349	
BS013 - PRODOTTI DIETETICI		-2	-2	0	-2	
BS012 - VACCINI	5.930.782	5.880.923	-49.859	580.000	6.460.923	incremento del 10% delle vaccinazioni per i pazienti fragili
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	1.932	1.691	-241	0	1.691	
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.297.633	314.016	-983.617	0	314.016	
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	357.514	733.971	376.457	-503.000	230.971	riduzione 503.000 euro per riduzione attività drive through ed esecuzione test antigenici
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	69.332	38.249	-31.082	0	38.249	
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		89.363	89.363	-77.000	12.363	meno 77.000 euro di DPI (tute, visiere, camici protettivi)
TOTALE BENI SANITARI	7.695.502	7.091.560	-603.943	0	7.091.559	

D0024 DIPARTIMENTO CHIRURGICO FORLI' - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0098 - UO OCULISTICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0099 - UO OTORINOLARINGOIATRI 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 ONCOL.AVANZATE FORLI'	Punti Dirigenza	C1173 - UO CHIRURGIA SENOLOGICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
			100		100		100		100		100		100		100				
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO																			
Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza:																			
1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps																			
2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione																			
3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding																			
4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)																			
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%			X				X				X		X				X	Risorse Aggiuntive: Adeguamento software informatico PS
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%			X				X				X		X				X	Risorse Aggiuntive: Adeguamento software informatico PS
Ref. Medico Direzione PO / CDG: Flusso SDO	Adesione al progetto di rimodulazione dei ricoveri da PS. Indicatore: % ricoveri medici con diagnosi di occlusione/subocclusione intestinale, diverticolite, colecistite acuta sul totale dei ricoveri; Target: > valore anno 2022; Report di sintesi annuale sulle azioni attuate													X				X	In collaborazione con: ps FORLI', Direzioni di Presidio
Dir. programma EU	Attivazione fast track. Entro Aprile.							X										X	Risorse Aggiuntive: Adeguamento software informatico PS
Ref. Medico Direzione PO	Riorganizzazione percorsi PS oculistici secondo esito del confronto tra le UO coinvolte (PS, Oculistica, Direzione di Presidio, UO Accesso ai percorsi sanitari e governo della committenza)	X																X	In collaborazione con: Direzioni di Presidio, Uo Accesso ai percorsi sanitari e governo della committenza
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate			X				X						X					In collaborazione con: Uo Accesso ai percorsi sanitari e governo della committenza
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	FCF. Indicatore: % dimessi >=65aa con diagnosi FCF entro 48h. Target >=80%									X									In collaborazione con: Uo Ortopedia
Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti																			
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% casi entro standard per patologie neoplastiche. Target >=90%			X		X		X		X (misurato sul risultato di presidio)		X		X		X		X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% casi entro standard per altri interventi monitorati. ernie, colecisti, emmoroidi: target: >=75% biopsia fegato: target>=90%			X						X (misurato sul risultato di presidio)				X				X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%			X				X				X		X		X		X	Risorse Aggiuntive: Slot sala operatoria, budget per dispositivi. Il piano di recupero sarà definito entro aprile dalle DMPO, condiviso con il RUA, il Board chirurgico, la UO Committenza, le UUOO/Dip interessati

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0098 - UO OCULISTICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0099 - UO OTORINOLARINGOIATRI 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 ONCOL.AVANZATE FORLI'	Punti Dirigenza	C1173 - UO CHIRURGIA SENOLOGICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: variazione % dell'arruolamento in lista. Target:<2%			X				X				X		X		X			
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																		
RUA Amb. (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			
	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																		
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																		
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		X	Risorse Aggiuntive: mantenimento sedute AID/similalp
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione Chirurgica , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting	mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		mantenimen to 2022		X	Per la chirurgia bariatrica l'UO Chir Endocrina di Forli dovrà relazionarsi con il centro di riferimento individuato.
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																		
	Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"																		
Dir. programma HPR	Perseguimento obiettivo centro leader in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.											Tum. Esofago, Polmone		Tum. Pancreas, Fegato, Vie biliari					Per la chirurgia bariatrica l'UO Chir Endocrina di Forli dovrà relazionarsi con il centro di riferimento individuato.
RUA Chir., Direttori UO	Progetto Lista di attesa unica Chirurgia Generale Forli-Faenza, avvio progetto nel primo semestre: Integrazione servizi di pre-ricovero aziendali (Forli-Faenza)- Avanzamento Progetto Chirurgia 2.0. KPI: attivazione lista attesa condivisa (PDE), condivisione dei criteri inserimento in lista, integrazione cartella clinica informatizza pre-ricovero Forli-Faenza.												X subordinata mente all'adeguam ento degli applicativi						In collaborazione con: Medicina Legale, Risk Manager di Ambito, GSI
RUA Chir.	Favorire messa in opera, recepimento ed utilizzo adeguamenti informatici: - Automatismo aggiornamento campo "data presunta ricovero" in base ai giorni di sospensione inseriti dall'operatore	X		X		X		X				X		X		X			
RUA Chir.	Favorire messa in opera, recepimento ed utilizzo adeguamenti informatici: - Avvio utilizzo pre-lista	X		X		X		X				X		X		X			Risorse Aggiuntive: Nuovo Log80
	Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"																		
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50			X (Area Chir.)		X (Area Chir.)		X (Area Chir.)		X (Area Anest.)		X (Area Chir.)		X (Area Chir.)		X (Area Chir.)		X	
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																		
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X		X		X		X		X		X		X		X			
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	X		X		X		X				X		X		X			In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X		X		X		X				X		X		X			In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0098 - UO OCULISTICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0099 - UO OTORINOLARINGOIATRI 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 ONCOL.AVANZATE FORLI'	Punti Dirigenza	C1173 - UO CHIRURGIA SENOLOGICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																		
	Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																		
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure. Effettuazione di almeno 1 analisi di evento significativo con metodo SEA/UO su eventi di grado minore (livelli da 1 a 4 procedura P04)	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
	Utilizzo farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità in base agli esiti di gara																		
Dir. Ass. Farm.	Farmaci intravitreali anti-VEGF (nota Aifa 98): % pazienti incidenti con bevacizumab a miglior rapporto costo-opportunità per iniezioni intravitreali sul totale. Target >=85%	X																	
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci afferenti al gruppo ATC G04C per IPB e l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo-opportunità							X											a) Riduzione dei consumi con una diminuzione del gap rispetto alla media regionale dal 20% al 10%; b) aumento del % di utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo-opportunità (dutasteride e tamsulosina) sul totale della classe, con avvicinamento alla best practice RER (+10 punti% per entrambe le molecole).
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici Informatizzati previa formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)							X											
	Governo della spesa dei Dispositivi medici per adesione alle gare regionali e/o migliore appropriatezza d'uso secondo indicazioni RER																		
Dir. Ass. Farm.	Dispositivi da elettrochirurgia: adesione alla gara secondo la strategia Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%			X		X		X				X		X		X			Valutazione complessiva delle % a livello aziendale
Dir. Ass. Farm.	Suturatrici meccaniche (CND H02): Adesione alla gara regionale. Target >= 80%													X					
Dir. Ass. Farm.	Suturatrici individuate per la Chirurgia Toracica a miglior rapporto costo-opportunità. Adesione alla gara. Target >=80%											X							
Dir. Ass. Farm.	Lenti intraoculari (CND P0301): adesione alla gara IC >=80%			X															
	Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico																		
UO Qualità e Governo Clinico	Contributo alla realizzazione del PDTA aziendale sulle OSAS (gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da pneumologi, otorinolaringoiatri, neurologi)			X															
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																		
	Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																		
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0098 - UO OCULISTICA FORLI'	Punti Dirigenza	C0099 - UO OTORINOLARINGOIATRI 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 ONCOL.AVANZATE FORLI'	Punti Dirigenza	C1173 - UO CHIRURGIA SENOLOGICA ROMAGNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																			
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																			
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG) Fonte: COAN)	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																			

Firma

Referente Medico di Direzione
Elena Vetri

Direttore Dipartimento
Giorgio Ercolani

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Raffaella Signani

Direttore Generale
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0024 - DIPARTIMENTO CHIRURGICO FORLI'

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023	NOTE
BS001 - MEDICINALI	1.214.794	1.188.821	-25.974	60.000	1.248.821	10 pazienti incidenti Dupixent (ORL)
BS002 - EMODERIVATI	69.537	63.625	-5.912	0	63.625	
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	7.524	7.600	76	0	7.600	
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	6.908	8.444	1.535	0	8.444	
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	1.606	5.124	3.518	5.000	10.124	5 procedure in più con aghi per PENS THERAPY (Anestesia- Rianimazione)
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	411.159	484.098	72.939	40.000	524.098	IMP NON ATTIVI: + 40.000 € per recupero liste di attesa chirurgia ricostruttiva (70 procedure in più rispetto a quelle recuperate nel 2022) Chirurgia Senologica
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	5.161.013	4.895.504	-265.508	25.000	4.920.504	adesione alla gara regionale IC per aghi spinali ed epidurali con meccanismo di sicurezza € 10.000/anno; 50 procedure/anno con sistema di nebulizzazione anestetici € 300/paziente >>> € 15.000/anno. (Anestesia- Rianimazione)
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	161.110	87.661	-73.450	0	87.661	
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	33.931	28.238	-5.693	0	28.238	
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		33.495	33.495	0	33.495	
TOTALE BENI SANITARI	7.067.582	6.802.609	-264.973	130.000	6.932.609	

BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT (Homecare)	30.701	32.619	1.918	12.381	45.000	
AI002 - ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB (AUSILI OCULISTICI)	37.923	30.658	-7.265	-11.658	19.000	
AI002 - ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB (PROTESI ACUSTICHE)	468.649	548.115	79.466	36.707	584.822	
AI001 - ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE PRIV PUBB (STOMIE E CATETERI)	716.279	1.219.343	503.064	64.807	1.284.150	

Richiesti +100.000 € per utilizzo di nuove suturatrici dedicate in n. 50 procedure di chirurgia robotica (in previsione di rinegoziazione dei prezzi con la ditta fornitrice). INCREMENTO NON INSERITO IN BUDGET. DA VALUTARE IN CORSO D'ANNO.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0067 - UO CHIRURGIA VASCOLARE RAVENNA Punti Dirigenza	100	C0100 - UO OCULISTICA RAVENNA Punti Dirigenza	100	C0101 - UO OCULISTICA FAENZA Punti Dirigenza	100	C0102 - UO OTORINOLARINGOIATRI A RAVENNA Punti Dirigenza	100	C0213 - UO CHIRURGIA GENERALE RAVENNA Punti Dirigenza	100	C0214 - UO CHIRURGIA GENERALE FAENZA Punti Dirigenza	100	C0215 - UO CHIRURGIA GENERALE LUGO Punti Dirigenza	100	C0216 - UO UROLOGIA RAVENNA Punti Dirigenza	100	C0217 - UO DERMATOLOGIA RAVENNA Punti Dirigenza	100	C2218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RAVENNA Punti Dirigenza	100	C3218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE FAENZA Punti Dirigenza	100	C4218 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE LUGO Punti Dirigenza	100	S1213 - SSD CHIRURGIA D'URGENZA AMBITO RAVENNA Punti Dirigenza	100	Comparto	Note	
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)																													
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	Mantenimento 2022						Mantenimento 2022		Mantenimento 2022		Mantenimento 2022		Mantenimento 2022		Mantenimento 2022										Mantenimento 2022		X	Attivazione consulenze PS per Chirurgie Generali e ORL	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	Mantenimento 2022						Mantenimento 2022	Miglioramento, più impegno alla tempestività consulenze	Mantenimento 2022		Mantenimento 2022	Miglioramento, più impegno alla tempestività consulenze		Miglioramento											Miglioramento, più impegno alla tempestività consulenze		X	Attivazione consulenze PS per Chirurgie Generali e ORL	
Dir. programma EU	Ampliamento fascia oraria fast track per le UUOO con guardia attiva h12.							Estensione fascia oraria 8.30 - 19.30							Estensione fascia oraria 8.30 - 19.30 + Ampliamento casistica	Estensione fascia oraria - Ampliamento casistica												X		
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate	Miglioramento						X	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	X										X	X	Partecipazione al tavolo per la definizione del Manuale Prescrittivo con MMG. N° Incontri con il tavolo MMG=2, di cui il primo entro ad Aprile 2023		
RID e Direttore U.O.	Progetto integrazione Ospedale-Territorio. Progetto: Accesso chirurgico facilitato del paziente ospite di struttura sanitaria esterna con letti accreditati. Ob: Rendiconto attività del progetto.												X		X (Lugo e Faenza)											X	X	In collaborazione con: Servizio di Telefonica di ambito per l'attivazione numero telefonico		
RID e Direttore U.O.	Progetto integrazione Ospedale-Territorio. Progetto: Percorso paziente con neoplasia distretto testa collo. KPI: Rendicontazione attività del progetto.							X																			X			
RID e Direttore U.O.	Progetto integrazione Ospedale-Territorio. Progetto: Attivazione del percorso di gestione del paziente con dispositivi stomali. KPI: Rendicontazione attività del progetto.													X													X			
Direttori U.O. e Referente Progetto	Progetto integrazione Ospedale-Territorio. Progetto: Gestione del paziente tracheoventilato. Ob: Rendicontazione attività del progetto.																			X		X						X	In collaborazione con: GSI - creazione cartella dedicata per il monitoraggio del progetto.	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Ottimizzazione percorsi organizzativi a garanzia della tempestività di intervento FCF. Indicatore: % dimessi >=65aa con diagnosi FCF entro 48h. Target >=80%																				X		X						X	In collaborazione con: UO Ortopedia
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti																													
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% casi entro standard per patologie neoplastiche. Target >=90%							X		X		X		X		X (Partecipazione al tavolo di lavoro aziendale - Tumore della Prostata)		X		X (misurato sul risultato di presidio)		X (misurato sul risultato di presidio)		X (misurato sul risultato di presidio)		X		X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% casi entro standard per altri interventi monitorati. ernie, colecisti, emmoroidi: target: >=75% endoarteriectomie: target >=90% biopsia fegato: target >=90%	X								X		X		X						X (misurato sul risultato di presidio)		X (misurato sul risultato di presidio)		X (misurato sul risultato di presidio)				X	Chirurgia Lugo e Faenza dovranno garantire oltre il 75%. Chirurgia Faenza attivazione progetto Chirurgia 2.0. Faenza-Forlì. Chirurgia Ravenna garantito con progetto Chirurgia 2.0, Committenza e Chirurgia d'Urgenza.	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%	X (6 PZ)						X (29 PZ)		X (32 PZ)		X (3 PZ)		X (3 PZ)		X (10 PZ a Ra; 2 PZ a Fa; 4 PZ a Lu)										X	X	Il piano di recupero sarà definito entro aprile dalle DMPO, condiviso con il RUA, il Board chirurgico, la UO Committenza, le UUOO/Dip interessati		

Referente Monitoraggio	OGGETTO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: variazione % dell'arruolamento in lista. Target:<2%	X			X	X	X	X	X	X					X	
RUA Chir., Direttori UO	Progetto Lista di attesa unica Chirurgia Generale Forlì-Faenza, avvio progetto nel primo semestre: Integrazione servizi di pre-ricovero aziendali (Forlì-Faenza)- Avanzamento Progetto Chirurgia 2.0. KPI: attivazione lista attesa condivisa (PDE), condivisione dei criteri inserimento in lista, integrazione cartella clinica informatizzata pre-ricovero Forlì-Faenza.						X								X	In collaborazione con: Medicina Legale, Risk Manager di Ambito, GSI
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista															
RUA Amb. (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	X	X						Alle UU.OO Ch. Vascolare, Ch. Gen. Faenza e Ch. Gen. Lugo si chiede di presentare un progetto di miglioramento attività ambulatoriale e presa in carico entro aprile 2023
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	5014 - A Maggio implementazione progetto e avvio incremento attività ambulatoriale su Lugo e Faenza.	45190 - Attivazione ambulatorio visite ordinarie Lugo. Confermate AID fino a Giugno 2023.	12000 - Attivare la presa in carico e controlli, apertura ambulatorio di 2° livello. Confermate AID fino a giugno 2023.	28143 - Riorganizzazione specialisti ambulatoriali, incremento 1° visite su Lugo. AID confermate fino a Giugno 2023.	3083 - Incremento 1° visite e partecipazione all'incontro per la definizione manuale prescrittivo.	2500	Presentazione progetto offerta ambulatoriale entro aprile 2023, a maggio avvio dell'attività ambulatoriale e attività proctologia, progetti di sviluppo	16254 - AID confermate fino a Giugno 2023, Definizione criteri di presa in carico di Ravenna, Lugo e Faenza finalizzato all'incremento attività ambulatoriale per recupero produzione 2019.	45801 - Attivazione percorso di consulenze ferite difficili su Lugo e Faenza, confermate le AID fino a Giugno 2023.	Incremento ambulatorio di pre-ricovero. Partecipazione ai 4 incontri con UU.OO. Cardiologia di Ambito per definizione criteri anestesioligici per interventi programmati.	Partecipazione ai 4 incontri con UU.OO. Cardiologia di Ambito per definizione criteri anestesioligici per interventi programmati.	Partecipazione ai 4 incontri con UU.OO. Cardiologia di Ambito per definizione criteri anestesioligici per interventi programmati.	Mantenimento	X	Anestesi: In collaborazione con Dipartimento Emergenza-Cardio-Internistico RA
Ref. Medico Direzione PO	Ottimizzazione percorso Pre ricovero. Target: partecipazione a n. 4 incontri, definizione protocollo e stesura documento condiviso cardiologi anestesisti										X	X	X			Entro Maggio 2023. In collaborazione con UO Qualità e governo clinico
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione Chirurgica , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting	390 (Mantenimento 2022 + n.40 pazienti flebologici da settembre 2023 a Lugo).	Mantenimento 2022	Mantenimento 2022	800 (Centralizzazioni e Tiroide su Ravenna e recupero scaduti)	750	600	800	1700	Mantenimento 2022	Incremento sedute operatorie (+4)	Incremento sedute operatorie (+6)	Incremento sedute operatorie (+1)	400 (+1 seduta operatoria)	Garantire gli incrementi di sedute operatorie: +4 sedute a Ravenna; +1 sedute a Lugo; '6 sedute a Faenza	Previsione consegna palazzina oculistica a Lugo a Maggio 2023. Previsione consegna Blocco 8 di Ravenna a Dicembre 2023. Risorse Aggiuntive: Anestesia Ravenna e Faenza reclutamento medici anestesisti+Progetto incentivante Anestesisti
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																
Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"																
Dir. programma HPR	Perseguimento obiettivo centro leader in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.														X	
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"																
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Strutturare un percorso neuromodulativo nei pazienti con sindrome di Raynaud e disturbi vascolari ischemici dolorosi: PVD-Piede Diabetico. Indicatore: Presentazione del progetto anche supportato da analisi costo-beneficio	X														
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"																
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X (Area Chir.)			X (Area Chir.)	X (Area Chir.)	X (Area Chir.)	X (Area Chir.)	X (Area Chir.)	X (Area Chir.)	X (Area Anest.)	X (Area Anest.)	X (Area Anest.)	X (Area Chir.)	X	

Referente Monitoraggio	OGGETTO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)															
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		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X		In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X		In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure. Effettuazione di almeno 1 analisi di evento significativo con metodo SEA/UO su eventi di grado minore (livelli da 1 a 4 procedura P04)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Utilizzo farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità in base agli esiti di gara																
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara. Target >=90%									X						
Dir. Ass. Farm.	Farmaci biologici: % pazienti incidenti con farmaci anti-TNFalfa sul totale. Target >=75%									X						
Dir. Ass. Farm.	Farmaci intravitreali anti-VEGF (nota Aifa 98): % pazienti incidenti con bevacizumab a miglior rapporto costo-opportunità per iniezioni intravitreali sul totale. Target >=85%		X	X												
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci afferenti al gruppo ATC G04C per IPB e l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo-opportunità								X							a) Riduzione dei consumi con una diminuzione del gap rispetto alla media regionale dal 20% al 10%; b) aumento dell % di utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo-opportunità sul totale della classe, con avvicinamento alla best practice RER (+10 punti% per entrambe le molecole).
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici Informatizzati previa formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)								X							
Governo della spesa dei Dispositivi medici per adesione alle gare regionali e/o migliore appropriatezza d'uso secondo indicazioni RER																
Dir. Ass. Farm.	Dispositivi da elettrochirurgia: adesione alla gara secondo la strategia Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%				X	X	X	X	X					X		valutazione complessiva delle % a livello aziendale
Dir. Ass. Farm.	Suturatrici meccaniche (CND H02): Adesione alla gara regionale. Target >= 80%					X	X	X					X			
Dir. Ass. Farm.	Endoprotesi vascolari (CND P070401): adesione alla gara aziendale >=80%	X														
Dir. Ass. Farm.	Lenti intraoculari (CND P0301): adesione alla gara IC >=80%		X	X												
Adesione agli standard Area Qualità, Esiti e Governo Clinico																
UO Qualità e Governo Clinico	Contributo alla realizzazione del PDTA aziendale sulle OSAS (gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da pneumologi, otorinolaringoiatri, neurologi)				X										X	
UO Ricerca valutativa e Policy dei servizi sanitari	Choosing Wisely "Fare di meno per fare meglio". KPI: Adempimento Area 4 Raccomandazioni Area Radiologica	X			X	X	X	X	X					X	Pre-Ricovero	Collaborazione Servizi Amministrativi e Tecnici: Ricerca Valutativa
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	X	X	X	X	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	
		RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																														
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																														
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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		
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																														
Area di performance dell'organizzazione																														
Dir. Medica PO e Coord. Servizio di Pre-Ricovero	Avvio Progetto sperimentale Focus Group "Il Clima Organizzativo e il benessere lavorativo" presso Servizio di Prericovero Ravenna-Lugo-Faenza																											X	Collaborazione Servizi Amministrativi e Tecnici: SPPA	

Firma

Referente di Direzione Medica
Valentina Sisti

Direttore Dipartimento
Costanza Martino

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Federica Saporetti

Direttore Generale
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0029 - DIPARTIMENTO CHIRURGICO RAVENNA

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023	note
BS001 - MEDICINALI	2.852.264	2.887.485	35.222	262.676	3.150.161	Incremento costi farmaci dermatologia, Dupilumab ORL, costi RIA e Chirurgia Lugo adeguamenti ad attività secondo semestre 2022
BS002 - EMODERIVATI	124.517	138.874	14.357	-20.826	118.048	Riduz costi paz fatt coagulazione: casi sporadici chirurgie
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	42.953	36.354	-6.598	0	36.354	
BS012 - VACCINI	647	132	-515	0	132	
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	10.527	13.480	2.952	0	13.480	
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	13.000	69.940	56.940	0	69.940	
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	810.815	972.295	161.479	0	972.295	
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	6.344.048	6.020.163	-323.885	265.900	6.286.063	Adeguamenti costi att chirurgica e DM secondo semestre per Anestesia e Chirurgia Lugo
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	163.689	123.619	-40.069	0	123.619	
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	150.861	105.447	-45.414	0	105.447	
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		47.679	47.679	0	47.679	
TOTALE BENI SANITARI	10.513.322	10.415.469	-97.853	507.750	10.923.219	Incremento circa del 5%

BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT (Homecare)	25.806	51.234	25.428	29.766	81.000	
AI002 - ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB (AUSILI OCULISTICI)	61.659	52.342	-9.317	-23.342	29.000	
AI002 - ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB (PROTESI ACUSTICHE)	450.024	350.336	-99.688	91.842	442.178	
AI001 - ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE PRIV PUBB (STOMIE E CATETERI)	1.670.231	2.310.959	640.728	114.541	2.425.500	

IMPIANTABILI ATTIVI: ORL +57.100 € (+ 3 impianti cocleari e n. 2 OSIA) non ricompresi nel budget secondo le indicazioni della Direzione Generale e da valutare in corso d'anno

NB da valutare in corso d'anno costi emergenti per adeguamento prezzi ISTAT di Suture meccaniche e Verde indocianina

D0033 DIPARTIMENTO CHIRURGICO RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO068 - UO CHIRURGIA VASCOLARE RIMINI	Punti Dirigenza	CO241 - UO CHIRURGIA GENERALE RICCIONE	Punti Dirigenza	CO245 - UO DERMATOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO246 - UO UROLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO247 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RIMINI	Punti Dirigenza	CO248 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE RICCIONE	Punti Dirigenza	CO249 - UO CHIRURGIA PEDIATRICA RIMINI	Punti Dirigenza	CO275 - UO OTORINOLARINGOIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO240 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA RIMINI (NF, SN)	Punti Dirigenza	CO274 - UO OCULISTICA RICCIONE	Punti Dirigenza	SO115 - SSI CHIRURGIA- SENOLOGIA SANTARCANGELO	Punti Dirigenza	Comparto	Note	
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)																									
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X		X				X								X		X						X		
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X		X				X								X		X						X		
Dir. programma EU	Consolidamento fast track urologico Presidio di Rimini con ampliamento orario. Fase 1: revisione criteri di invio/elezione. Entro Aprile Fase 2: applicazione criteri e ampliamento orario apertura							X																X		
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate	X		X		X		X								X		X				X				
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Ottimizzazione percorsi organizzativi a garanzia della tempestività di intervento FCF. Indicatore: % dimessi >=65aa con diagnosi FCF entro 48h. Target >=80%									X		X												X		In collaborazione con UO Ortopedia.
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti																									
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% casi entro standard per patologie neoplastiche. Target >=90%			X				X		X		X				X		X				X		X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% casi entro standard per altri interventi monitorati. ernie, colecisti, emmoroidi: target: >=75% endoarteriectomie: target >=90% biopsia fegato: target >=90%	X		X						X		X				X		X				X		X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%	X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		Il piano di recupero sarà definito entro aprile dalle DMPO, condiviso con il RUA, il Board chirurgico, la UO Committenza, le UUOD/Dip interessati
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: variazione % dell'arruolamento in lista. Target:<2%	X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		
Ref. Medico Direzione PO	Partecipazione alla realizzazione del precovero centralizzato.									X																
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																									
RUA Amb. (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		X		X				
	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																									
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																									
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale, definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Mantenimen to 2022		Mantenimen to 2022		Mantenimen to 2022		Mantenimen to 2022				1.200		Mantenimen to 2022		Incremento 2022		Mantenimen to 2022		Incremento 2022		Mantenimen to 2022		X		Per tutte le UO (in particolare per Dermatologia, Otorino, Oculistica) la Direzione Medica si impegna a monitorare costantemente i TdA (rilevazioni puntuali con periodicità almeno mensile) in collaborazione con UO Accesso ai percorsi sanitari e governo della committenza

Referente Monitoraggio	OBBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 D'URGENZA RIMINI (NF, SN) Punti Dirigenza	C1274 - UO OCULISTICA RICCIONE Punti Dirigenza	S0115 - SSI CHIRURGIA-SENOLOGIA SANTARCANGELO Punti Dirigenza	Comparto	Note
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione Chirurgica, definito secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting	Mantenimento 2022	Riallineamento 2019	Mantenimento 2022	1.400	Garanzia sedute operatorie coerenti con programmazioni chirurgica	Garanzia sedute operatorie coerenti con programmazioni chirurgica	1.060	Mantenimento 2022	Mantenimento 2022 + Progetto smaltimento	Mantenimento 2022	Mantenimento 2022	X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE														
Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"														
Dir. programma HPR	Perseguimento obiettivo centro leader in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi.		X (Chir. Bariatrica)		X (Rene)					X (Chir. Stomaco)				
RUA Chir.	Favorire messa in opera, recepimento ed utilizzo adeguamenti informatici: - Automatismo aggiornamento campo "data presunta ricovero" in base ai giorni di sospensione inseriti dall'operatore	X	X	X	X			X	X	X	X	X		
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"														
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Strutturare un percorso neuromodulativo nei pazienti con sindrome di Raynaud e disturbi vascolari ischemici dolorosi: PVD-Piede Diabetico. Indicatore: Presentazione del progetto anche supportato da analisi costo-beneficio	X												Collaborazione Servizi Amministrativi e Tecnici: CDG, Ricerca Valutativa
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobiotica"														
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X (Area Chir.)	X (Area Chir.)	X (Area Med.)	X (Area Chir.)	X (Area Anest.)	X (Area Anest.)	X (Area Chir.)	X (Area Chir.)	X (Area Chir.)		X (Area Chir.)	X	
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)														
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	X	X	X	X			X	X	X	X	X		In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X	X	X	X			X	X	X	X	X		In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO														
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico														
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure: 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	
Utilizzo farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità in base agli esiti di gara														
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara. Target >=90%			X										
Dir. Ass. Farm.	Farmaci biologici: % pazienti incidenti con farmaci anti-TNFalfa sul totale. Target >=75%			X										
Dir. Ass. Farm.	Farmaci intravitreali anti-VEGF (nota Aifa 98): % pazienti incidenti con bevacizumab a miglior rapporto costo-opportunità per iniezioni intravitreali sul totale. Target >=85%										X			
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci afferenti al gruppo ATC G04C per IPB e l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo-opportunità				X									a) Riduzione dei consumi con una diminuzione del gap rispetto alla media regionale dal 20% al 10%; b) aumento dell % di utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo-opportunità (dutasteride e tamsulosina) sul totale della classe, con avvicinamento alla best practice RER (+10 punti% per entrambe le molecole).
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici Informatizzati previa formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)				X									
Governo della spesa dei Dispositivi medici per adesione alle gare regionali e/o migliore appropriatezza d'uso secondo indicazioni RER														
Dir. Ass. Farm.	Dispositivi da elettrochirurgia: adesione alla gara secondo la strategia Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%		X		X				X	X		X		valutazione complessiva delle % a livello aziendale

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 D'URGENZA RIMINI (NF, SN) Punti Dirigenza	C1274 - UO OCULISTICA RICCIONE Punti Dirigenza	S0115 - SSI CHIRURGIA-SENOLOGIA SANTARCANGELO Punti Dirigenza	Comparto	Note
Dir. Ass. Farm.	Suturatrici meccaniche (CND H02): Adesione alla gara regionale. Target >= 80%		X							X				
Dir. Ass. Farm.	Endoprotesi vascolari (CND P070401): adesione alla gara aziendale >=80%	X												
Dir. Ass. Farm.	Lenti intraoculari (CND P0301): adesione alla gara IC >=80%										X			
UO Qualità	Adesione agli standard Area Qualità, Esiti e Governo Clinico Contributo alla realizzazione del PUA aziendale sulle OSAS (gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da pneumologi, otorinolaringoiatri, neurologi)								X					
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA														
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza														
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	X	X	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA														
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa														
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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	
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO														
Area di performance dell'organizzazione														
RID	Realizzazione del precovero centralizzato.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
RID	Implementazione della pianificazione infermieristica e Fundamental Care.		X							X		X	X	
RID	Progetto "Bedside Handover".											X	X	

Firma

Referente medico di Direzione
Matteo Ciotti

Direttore Dipartimento
Vincenzo Domenichelli

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Illesia Tenti

Direttore Dipartimento
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0033 - DIPARTIMENTO CHIRURGICO RIMINI

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	2.380.299	2.613.610	233.312	234.107	2.847.717
BS002 - EMODERIVATI	183.547	359.996	176.448	-237.400	122.596
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	60.208	34.751	-25.457	0	34.751
BS012 - VACCINI	5	5	0	0	5
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	18.257	18.195	-62	0	18.195
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	104.000	122.371	18.371	48.400	170.771
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	1.379.299	1.533.060	153.761	67.697	1.600.757
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	6.506.280	5.940.011	-566.269	57.589	5.997.600
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	322.898	172.984	-149.914	0	172.984
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	116.723	75.255	-41.468	0	75.255
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		32.614	32.614	0	32.614
TOTALE BENI SANITARI	11.071.513	10.902.850	-168.664	170.393	11.073.243

BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT (Homecare)	63.691	47.683	-16.008	15.317	63.000
AI002 - ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB (AUSILI OCULISTICI)	52.525	68.056	15.531	-37.056	31.000
AI002 - ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB (PROTESI ACUSTICHE)	566.664	441.394	-125.270	606	442.000
AI001 - ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE PRIV PUBB (STOMIE E CATETERI)	2.029.705	2.220.529	190.824	89.471	2.310.000

MEDICINALI + 234.107 € in particolare:

+172.838 € Dermatologia (farmaci biologici)
+71.426 € ORL (Dupilumab/Omalizumab)

EMODERIVATI: - 237.400 € ORL (costo cessanti paz emofilico ricoverato in degenza)

DISP IMP ATTIVI: +48.400 € ORL (imp cocleari)

DISP IMP NON ATTIVI:

+26.750 € Chir ad indirizzo senologico Santarcangelo (inserimento in budget implementazione utilizzo di matrici biologiche/biosintetiche per la ricostruzione sottocutanea dei muscoli pettorali pari a + 26.750 euro -incremento vincolato a parere CADM ed alla definizione più precisa del prezzo per esito di gara in corso)
+25.500 € Chir pediatrica (n°8 interventi programmati pectus excavatum)
+15.447 € Chir vascolare

DM:

+50.000 € Chir generale (bariatrica)
+17.589 € Chir vascolare

D0025 DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO178 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA CESENA Punti Dirigenza 100	CO179 - UO UROLOGIA CESENA Punti Dirigenza 100	CO186 - UO ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA CESENA Punti Dirigenza 100	CI181 - UO CENTRO GRANDI UST./DERMAT. CESENA (FORLI') Punti Dirigenza 100	S0001 - SSD DEGENZA BREVE CHIRURGICA CESENA Punti Dirigenza 100	CO095 - UO CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE CESENA Punti Dirigenza 100	CO096 - UO OCULISTICA CESENA Punti Dirigenza 100	CO097 - UO OTORINOLARINGOIATRIA CESENA Punti Dirigenza 100	CO066 - UO CHIRURGIA VASCOLARE CESENA (FORLI') Punti Dirigenza 100	CO180 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE CESENA Punti Dirigenza 100	Comparto	Note
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO													
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)												
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X	X	X	X		X			X		X	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X	X	X	X		X			X		X	
Dir. programma EU	Attivazione fast track sull'ambito di Forli (Dermatologia). Entro Aprile				X (Ambito Forli)							X	Risorse Aggiuntive: Adeguamento software informatico PS
Dir. programma EU	Consolidamento fast track oculistico Presidio di Cesena con ampliamento fascia oraria di apertura. Fase 1: revisione criteri di invio/elezione. Entro Aprile Fase 2: applicazione criteri e ampliamento apertura h10							X				X	
Dir. programma EU	Ampliamento fascia oraria di apertura dei fast track per le UUOO con guardia attiva h12.		X (h10)	X	X (h6)							X	
Dir. programma EU	Condivisione istruzione operativa per la definizione di criteri uniformi di elezione per l'invio da PS a fast track ortopedico. Tempi: entro Giugno			X									
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti													
RUA Chir. (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	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% casi entro standard per altri interventi monitorati. ernie, colecisti, emmoroidi: target: >=75% endoarteriectomie: target >=90% biopsia fegato: target >=90%	X				X			X	X	X Misurato sul risultato di presidio	X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	% protesi d'anca entro i 180 gg.			X								X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%	X	X		X	X	X		X	X		X	Il piano di recupero sarà definito entro aprile dalle DMPO, condiviso con il RUA, il Board chirurgico, la UO Committenza, le UUOO/Dip interessati
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: variazione % dell'arruolamento in lista. Target:<2%	X	X		X	X	X		X	X		X	

D0025 DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO178 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA CESENA	Punti Dirigenza	CO179 - UO UROLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	CO186 - UO ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA CESENA	Punti Dirigenza	CI181 - UO CENTRO GRANDI UST./DERMAT. CESENA (FORLI')	Punti Dirigenza	S0001 - SSD DEGENZA BREVE CHIRURGICA CESENA	Punti Dirigenza	CO095 - UO CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE CESENA	Punti Dirigenza	CO096 - UO OCULISTICA CESENA	Punti Dirigenza	CO097 - UO OTORINOLARINGOIATRIA CESENA	Punti Dirigenza	CO066 - UO CHIRURGIA VASCOLARE CESENA (FORLI')	Punti Dirigenza	CO180 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE CESENA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																						
RUA Amb. (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		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																							
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																						
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		x	Chir vasc: ampliamento offerta amb. Inferm.; Uro: riconversione da feb. Ctrl vs 1° visita
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione Chirurgica , definito secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting	mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		mantenimen to		x	ORL a parità di risorse mediche; Chir urg: consolidamento modalità operative progetto ERAS; DMP\DIT: Avanzamento progetto funzione centralizzata gestione L. attesa;
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																							
	Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"																						
RUA Chir.	Favorire messa in opera, recepimento ed utilizzo adeguamenti informatici: - Automatismo aggiornamento campo "data presunta ricovero" in base ai giorni di sospensione inseriti dall'operatore	X		X		X		X		X		X		X		X		X					
	Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"																						
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Strutturare un percorso neuromodulativo nei pazienti con sindrome di Raynaud e disturbi vascolari ischemici dolorosi: PVD-Piede Diabetico. Indicatore: Presentazione del progetto anche supportato da analisi costo-beneficio							X										X				X	In collaborazione con: CDG, Ricerca Valutativa
	Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobiotica"																						
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X (Area Chir.)		X (Area Chir.)		X (Area Chir.)		X (Area Med.)		X (Area Chir.)		X (Area Chir.)				X (Area Chir.)		X (Area Chir.)		X (Area Anest.)		X	
	Adesione agli obiettivi del programma "Medicina Innovativa (medicina rigenerativa, immunoterapia e terapia genica)"																						
Dir. Programma Medicina Innovativa	Attivazione stoccaggio e distribuzione grasso autologo criopreservato. Indicatore: Inizio distribuzione entro giugno 2023							X															
Dir. Programma Medicina Innovativa	Definizione della procedura sulla crioconservazione di grasso omologo. Indicatore: entro dicembre 2023							X															
Dir. Programma Medicina Innovativa	Attivazione membrana amniotica crioconservata. Indicatore: raccolta di almeno 10 membrane amniotiche all'anno e inizio distribuzione entro giugno 2023							X															
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																						
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	X		X		X		X		X		X		X		X		X					In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.

D0025 DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO178 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA CESENA		CO179 - UO UROLOGIA CESENA		CO186 - UO ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA CESENA		CO181 - UO CENTRO GRANDI UST./DERMAT. CESENA (FORLI')		S0001 - SSD DEGENZA BREVE CHIRURGICA CESENA		CO095 - UO CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE CESENA		CO096 - UO OCULISTICA CESENA		CO097 - UO OTORINOLARINGOIATRIA CESENA		CO066 - UO CHIRURGIA VASCOLARE CESENA (FORLI')		CO180 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE CESENA		Comparto	Note
		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza					
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																							
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																							
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure. Effettuazione di almeno 1 analisi di evento significativo con metodo SEA/UO su eventi di grado minore (livelli da 1 a 4 procedura P04)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
Utilizzo farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità in base agli esiti di gara																							
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara. Target >=90%							X															
Dir. Ass. Farm.	Farmaci biologici: % pazienti incidenti con farmaci anti-TNFalfa sul totale. Target >=75%							X															
Dir. Ass. Farm.	Farmaci intravitreali anti-VEGF (nota Aifa 98): % pazienti incidenti con bevacizumab a miglior rapporto costo-opportunità per iniezioni intravitreali sul totale. Target >=85%													X									
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci afferenti al gruppo ATC G04C per IPB e l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo-opportunità			X																			a) Riduzione dei consumi con una diminuzione del gap rispetto alla media regionale dal 20% al 10%; b) aumento dell % di utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo-opportunità (dutasteride e tamsulosina) sul totale della classe, con avvicinamento alla best practice RER (+10 punti% per entrambe le molecole).
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici Informatizzati previa formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)			X																			
Governo della spesa dei Dispositivi medici per adesione alle gare regionali e/o migliore appropriatezza d'uso secondo indicazioni RER																							
Dir. Ass. Farm.	Dispositivi da elettrochirurgia: adesione alla gara secondo la strategia Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%	X		X						X													Valutazione complessiva delle % a livello aziendale
Dir. Ass. Farm.	Suturatrici meccaniche (CND H02): Adesione alla gara regionale. Target >= 80%	X																					
Dir. Ass. Farm.	Endoprotesi vascolari (CND P070401): adesione alla gara aziendale >=80%																			X			
Dir. Ass. Farm.	Lenti intraoculari (CND P0301): adesione alla gara IC >=80%													X									
Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico																							
UO Qualità e Governo Clinico	Contributo alla realizzazione del PDTA aziendale sulle OSAS (gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da pneumologi, otorinolaringoiatri, neurologi)																						
UO Ricerca valutativa e Policy dei servizi sanitari	Choosing Wisely "Fare di meno per fare meglio". Adempimento Area 4 Raccomandazioni Area Radiologica Indicatore: Rx torace pre operatorio, Target: Attesa una riduzione degli rx torace a seguito appropriatezza prescrizione nel rispetto delle raccomandazioni in uso	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
CdG Fonte: flusso SDO	% dimessi >=65aa con diagnosi FCF entro 48h. Target: >=80%					X																X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																							
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																							

D0025 DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO178 - UO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA CESENA Punti Dirigenza	CO179 - UO UROLOGIA CESENA Punti Dirigenza	CO186 - UO ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA CESENA Punti Dirigenza	CI181 - UO CENTRO GRANDI UST./DERMAT. CESENA (FORLI') Punti Dirigenza	S0001 - SSD DEGENZA BREVE CHIRURGICA CESENA Punti Dirigenza	CO095 - UO CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE CESENA Punti Dirigenza	CO096 - UO OCULISTICA CESENA Punti Dirigenza	CO097 - UO OTORINOLARINGOIATRIA CESENA Punti Dirigenza	CO066 - UO CHIRURGIA VASCOLARE CESENA (FORLI') Punti Dirigenza	CO180 - UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE CESENA Punti Dirigenza	Comparto	Note
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	X	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA													
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa													
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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													
RID	Progetto TAV: gestione urgenze posizionamento ecoguidato Accessi Vascolari corti: Formazione (0%- avvio presa in Carico 2° sem										X	X	

Referente Medico

Manuela Minghetti

Firma

Direttore Dipartimento

Carlo Lusenti

Responsabile Infermieristico Dipartimento

Giorgia Ciani

Direttore Generale

Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0025 - DIPARTIMENTO CHIRURGICO E GRANDI TRAUMI CESENA

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	2.519.920	2.975.229	455.309	280.706	3.255.934
BS002 - EMODERIVATI	209.134	246.609	37.475	0	246.609
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	75.497	59.365	-16.133	0	59.365
BS012 - VACCINI		21	21	0	21
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	7.967	16.212	8.246	0	16.212
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	31.444	520	-30.924	0	520
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	2.452.685	2.981.823	529.138	106.685	3.088.508
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	5.132.283	5.355.957	223.674	118.209	5.474.166
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	250.273	228.056	-22.217	0	228.056
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	79.899	75.058	-4.841	0	75.058
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		28.378	28.378	0	28.378
TOTALE BENI SANITARI	10.759.102	11.967.228	1.208.126	505.600	12.472.828

BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT (Homecare)	7.438	7.396	-42	8.604	16.000
AI002 - ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB (AUSILI OCULISTICI)	27.754	34.606	6.852	-17.606	17.000
AI002 - ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB (PROTESI ACUSTICHE)	319.290	377.033	57.743	4.967	382.000
AI001 - ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE PRIV PUBB (STOMIE E CATETERI)	913.093	1.166.027	252.934	67.723	1.233.750

IMPIANT NON ATTIVI: ORL 2 impianti cocleari (+ 24.000 €) non ricompresi nel budget secondo le indicazioni della Direzione Generale e da valutare in corso d'anno

MEDICINALI +280.706 € in particolare:

- +203.617 € Dermatologia (farmaci biologici)
- +74.100 € ORL (Dupilumab)
- +11.000 € Urologia (Mitomicina endovesicale)

DISP IMP NON ATTIVI: +106.685 € Ortopedia (incremento protesica)

DM:

- +46.650 € Urologia (laparoscopia)
- +27.759 € Chirur Maxillo-facciale (apertura ambulatori/S.O. ambito Rimini)
- +16.400 € SSD Degenza breve chirurgica (Filac)
- +12.000 € Anestesia-Rianimazione (dispositivi per somministrazione anestetici con ventilatore)
- +12.000 € Chirurgia generale (Hipec e dispositivi per chirurgia mini invasiva)
- +3.400 € Centro grandi ustionati/dermatologia (medicazioni Novox - easydress)

D0038 - DIP.EMERGENZA,INTERISTICO E CARDIOL. FORLI' CESENA - Budget
2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	Punti Dirigenza											Comparto	Note Negoziazione
		C0059 - UO CARDIOLOGIA CESENA	C0060 - UO CARDIOLOGIA FORLI	C1168 - UO MEDICINA INTERNA CESENA - CESENATICO	C1161 - UO MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA FORLI -S.SOFIA	C1185 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA CESENA	C0052 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FORLI							
		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO														
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)													
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con più di 45.000 accessi. Target: >= 90%									X	X	X		
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con meno di 45.000 accessi. Target: >= 95%									X	X	X		
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X	X	X	X			X	X			X	Per le UO di Medicina e Cardiologia di Cesena il Referente Medico mensilmente monitora e rendiconta alle UO il livello di adesione al cingolo (P29 "Gestione del sovraccollamento in Pronto Soccorso e dei posti letto per ricoveri urgenti")	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <= 5%	X	X	X	X			X	X			X	Per le UO di Medicina e Cardiologia di Cesena il Referente Medico mensilmente monitora e rendiconta alle UO il livello di adesione al cingolo (P29 "Gestione del sovraccollamento in Pronto Soccorso e dei posti letto per ricoveri urgenti")	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% accessi codice colore arancione con tempo di attesa entro standard (15 min). Target: > 2021 (+10%)									X	X	X		
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% abbandoni. Target: < 5%									X	X	X		
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate				X	X								
Dir. programma EU	Attivazione fast track di oculistica, urologia, ORL, Gine Oste, Dermatologia presso PO di Forli: revisione criteri di invio/elezione ed avvio entro marzo										X	X		
Dir. programma EU	Consolidamento fast track oculistico c/o Presidio di Cesena con ampliamento h12. Fase 1: revisione criteri di invio/elezione. Entro aprile Fase 2: applicazione criteri e ampliamento apertura h12. Entro giugno									X		X		
Dir. programma EU	Condivisione istruzione operativa per la definizione di criteri uniformi di elezione per l'invio da PS a fast track ortopedico. Tempi: entro giugno									X	X	X		
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti													
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance aziendale per coronarografia entro classe di priorità. Target: >= 90%	X	X									X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance aziendale per angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro classe di priorità. Target: >= 90%	X	X									X		

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 Negoziazione
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista														
RUA Amb. (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							
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE															
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse														
Ref. Medico Direzione PO	Area specialistica ambulatoriale: Garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Mantenimento Volumi Anno 2022		Mantenimento Volumi Anno 2022		Mantenimento Volumi Anno 2022		Mantenimento Volumi Anno 2022							
Ref. Medico Direzione PO	Area produzione chirurgica: Garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting	Mantenimento Volumi Anno 2022		Mantenimento Volumi Anno 2022											
Ref. Direttore Dip.	Collaborazione al progetto di Riorganizzazione di Servizio di Medicina Nucleare. Indicatore: - Stesura progetto entro Marzo 2023 - N.sedute di Cardiologia Nucleare. Target: Mantenimento attività aziendale anno 2022 (nelle sedi erogative di Cesena, Forli).	X		X										X	
Ref. Direttore Dip. Ref. Medico Direzione PO	Ottimizzazione Rete Aziendale dello STEMI: centralizzazione su Emodinamica di Forli dei pazienti del territorio faentino. Indicatore: % pazienti centralizzati su Forli dal territorio di Faenza. Target: >=90%			X										X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE															
	Adesione agli obiettivi del programma "Emergenza Urgenza" (non già ricompresi nell'area dell'Accesso)														
Dir. Programma Sistema Unico ET	Adesione agli obiettivi del programma sistema unico emergenza territoriale e logistica trasporti secondari									X		X		X	
Dir. programma EU	Maxiemergenza – PEIMAF. Indicatore: Aggiornamento e completamento su tutti i presidi ospedalieri. Entro settembre									X		X		X	
Dir. programma EU	Aggiornamento PA109 Accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso. Indicatore: Entro giugno									X		X		X	
Dir. programma EU	Monitoraggio esiti percorsi patologie tempo dipendenti (con particolare riferimento a IMA st sopra). Fase I: condivisione indicatori significativi. Entro giugno Fase II: elaborazione indicatori. Entro anno	X		X						X		X		X	
	Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"														
Dir. Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio	X		X											
Dir. Programma HPR	Messa a regime gestione informatizzata lista di attesa chirurgica entro Marzo 2023.	X		X										X	
	Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"														
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Partecipazione al percorso di formazione sulla corretta applicazione della procedura sul Trattamento precoce del dolore in PS. Indicatori: Adesione al corso FAD: => al 70% del personale medico ed infermieristico Partecipazione al corso residenziale: >= 30% personale medico ed infermieristico									X		X		X	
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Applicazione documento sulla Gestione del dolore nell'area dell'Emergenza. Indicatore: Controllo a campione, con supporto UO qualità e governo clinico, schede in linea con procedura >90%									X		X		X	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 Negoziazione
	Adesione agli obiettivi del programma "Cardiologia Interventistica"														
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	TAVI: rispetto del tempo di attesa (preferibilmente come da linee guida regionali entro 60 giorni dalla decisione finale dell'heart team). Indicatore: % pz trattati entro 60 gg.Target: >=90%	X		X											
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	Chiusura PFO e AS: completamento percorso formativo nelle 3 sedi. Target: almeno 1 operatore formato/autonomo per sede	X		X											
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	Uniformare il trattamento dei pz con cardiomiopatia, in particolare dell'amiloidosi cardiaca. Indicatori: 1)Aggiornamento PA 206. Target: entro giugno. 2)Adesione ai criteri di eligibilità da documento regionale per il trattamento con Tafamidis . Target 100%	X		X											
	Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"														
Dir. Programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X		X		X		X		X		X			
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)														
CdG: fonte SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X		X		X		X			
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	X		X											
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X		X											
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO															
	Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico														
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	
	Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici														
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara. Target>=90%					X		X							
Dir. Ass. Farm.	Farmaci biologici: % pazienti incidenti con farmaci anti-TNFalfa sul totale . Target >=75%					X		X							
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine. Target: riduzione vs 2022	X		X		X		X							
Dir. Ass. Farm.	Governo della spesa dei Dispositivi medici per adesione alle gare regionali e/o miglior appropriatezza d'uso secondo indicazioni RER. Monitoraggio adesione nuova gara regionale Endoprotesi Coronariche (CND P07040201). Non adesione <=5%	X		X											

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 Negoziazione
	Adesione al PDTA Scopenso														
Referente PDTA	PDTA SCOMPENSO Incrementare il nr. di pazienti arruolati nel PDTA (provenienti dal territorio-MMG, dall'amb. scopenso ospedaliero, dalle UUOO di Degenza dopo dimissione) 1. incontri con MMG per sensibilizzare all'avvio all'amb. territoriale 2. incontri tra amb. spec. osp. SC e amb. territoriale per migliorare il collegamento e la continuità 3. aggiornamento Lettera Log80 per Fattori di Dimissione Target: Numero di pazienti in carico al PDTA rispetto al 2022; risultato minimo aziendale: >20%	X		X										X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA															
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza															
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X	
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA															
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa															
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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															
RID	Consolidamento e implementazione del modello per trasmissione informazioni bedside handover													X	
RID	Progetto educazione terapeutica del paziente diabetico I.D. ospedalizzato effettuata dall'infermiere con competenze specifiche presso U.O. di Degenza													X	

Firma

Referente Medico di Direzione

Marisa Bagnoli

Direttore Dipartimento

Marcello Galvani

Responsabile Infermieristico

Sandra Nocciolini

Laila Portolani

Direttore Generale

Tiziano carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0038 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL.FORLI' CESENA

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	2.901.642	3.435.248	533.606	234.650	3.669.898
BS002 - EMODERIVATI	138.020	262.807	124.786	-74.000	188.807
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	17.558	24.423	6.864	0	24.423
BS012 - VACCINI	18.609	19.068	458	0	19.068
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	75.023	69.646	-5.377	0	69.646
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	1.052.260	1.214.904	162.645	151.000	1.365.904
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	3.421.479	3.440.807	19.328	79.400	3.520.207
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.964.218	4.010.857	46.639	50.000	4.060.857
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	761.306	1.167.834	406.529	0	1.167.834
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	71.462	72.432	970	0	72.432
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		53.988	53.988	0	53.988
TOTALE BENI SANITARI	12.421.576	13.772.013	1.350.436	441.050	14.213.063
OSSIGENOTERAPIA - OSSIGENO	217.377	230.601	13.224	19.299	249.900
OSSIGENOTERAPIA - CANONI NOLEGGIO	1.136.898	1.175.532	38.634	84.468	1.260.000

Anno 2023 saranno da monitorare i costi derivanti dagli adeguamenti di prezzo dei listini da parte dei Fornitori (stimabile con richieste di aumento del 11%)

MEDICINALI:

+93.870 € Medicina Interna Cesena-Cesenatico (farmaci biologici)
 +62.000 € Cardiologia Forli (iPCSK9 e sacubitril/valsartan)
 +52.000 € Cardiologia Cesena (iPCSK9 e sacubitril/valsartan)
 +26.780 € (+91.780 € farmaci biologici e - 65.000 € costi cessanti paz degente con malattia rara/caplacizumab)

EMODERIVATI: - 74.000 € costi cessanti paz degenti (-45.000 € Novoseven Medicina Int e Lungodegenza Forli-S.Sofia e - 29.000 € Feiba PS e Med d'urgenza Cesena)
 DISP IMPIANTABILI ATTIVI: +151.000 € Cardiologia Forli (Impella, Emblem, pace-maker Serena)
 DISP IMPIANTABILI NON ATTIVI: + 79.400 € Cardiologia Forli (sistemi di occlusione auricolare e chiusura forame ovale)
 DM: +50.000 € Cardiologia Cesena

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

2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FAENZA Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA LUGO Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RAVENNA Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGNE EMERG. TERRIT. RA Punti Dirigenza	C0063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA Punti Dirigenza	C0062 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA LUGO Punti Dirigenza	C0061 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA FAENZA 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 Negoziazione
		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO													
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)												
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con più di 45.000 accessi. Target: >= 90%	X	X	X									X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con meno di 45.000 accessi. Target: >= 95%	X	X	X									X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <= 5%	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% accessi codice colore arancione con tempo di attesa entro standard (15 min). Target: > 2021 (+10%)	X	X	X									X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% abbandoni. Target: < 5%	X	X	X									X
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate					X	X	X	X	X	X		
Dir. programma EU	Condivisione istruzione operativa per la definizione di criteri uniformi di elezione per l'invio da PS a fast track ortopedico. Tempi: entro giugno	X	X	X									
Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti													
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance aziendale per coronarografia entro classe di priorità. Target: >= 90%					X	X	X					X
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance aziendale per angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro classe di priorità. Target: >= 90%					X	X	X					X
Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista													
RUA Amb. (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		
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE													
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse													
Ref. Medico Direzione PO	Area specialistica ambulatoriale: Garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse					Mantenimento produzione Ambulatoriale 2022	Mantenimento produzione Ambulatoriale 2022	Mantenimento produzione Ambulatoriale 2022	Mantenimento produzione Ambulatoriale 2022	Mantenimento produzione Ambulatoriale 2022	Mantenimento produzione Ambulatoriale 2022		Mantenimento produzione Ambulatoriale 2022 Mantenimento impegno AID
												X	

Referente Monitoraggio	OGGETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FAENZA	Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA LUGO	Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGNA E EMERG. TERRIT. RA	Punti Dirigenza	C0063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0062 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0061 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA FAENZA	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 Negoziazione
Ref. Medico Direzione PO	Area produzione chirurgica: Garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting									Mantenimento produzione e chirurgica Anno 2022												X	
Ref. Medico Direzione PO	Ottimizzazione percorso Pre ricovero. Target: partecipazione a n. 4 incontri, definizione protocollo e stesura documento condiviso cardiologi anestesisti									X		X		X								X	Entro Maggio 2023. In collaborazione con UO Qualità e governo clinico
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																							
Adesione agli obiettivi del programma "Sistema unico Emergenza Territoriale e Logistica dei Trasporti Sanitari"																							
Dir. Programma Sistema Unico ET	Omogenizzazione degli interventi per patologie tempo-dipendenti tramite predisposizione ed applicazione di procedure uniformi per infermieri 118 Romagna. Indicatori: Applicazione delle procedure nei casi di patologie tempo-dipendenti/totale interventi per patologie tempo-dipendenti Standard: 90% (indicatore procedura)							X														X	
Dir. Programma Sistema Unico ET	Omogenizzazione degli interventi per trattamento del dolore tramite predisposizione ed applicazione di procedure uniformi per infermieri 118 Romagna. Indicatori: Trattamento analgesico farmacologico nei casi di dolore rilevato dall'infermiere con scala numerica Standard: 80% (indicatore procedura rilevato su un campione di schede intervento)							X														X	
Dir. Programma Sistema Unico ET	Applicazione regolamento unico aziendale per l'unificazione funzionale delle centrali trasporti secondari, con coordinamento medico ed infermieristico unificato delle centrali ed informatizzazione delle procedure di richiesta. Indicatori: % di viaggi ambulanze con paziente a bordo / totale viaggi ambulanze. Standard: > 70% (efficienza operativa) Ore aggiuntive per servizi estemporanei o prolungamenti servizi/totale ore piano di committenza. Standard: < 2%							X															
Dir. Programma Sistema Unico ET	Istituzione del ruolo di medico di centrale operativa 118 secondo linee guida concordate. Indicatore: Pubblicazione bando entro Marzo 2023.							X															
Dir. Programma Sistema Unico ET	Implementazione del modello dinamico di utilizzo delle automediche. Indicatore: Intervento di mezzo medicalizzato in caso di pazienti critici/totale di interventi di soccorso preospedaliero per pazienti critici Standard: 90% (da sistema informativo 118)							X															
Dir. Programma Sistema Unico ET	Istituzione del Ruolo di Infermiere esperto soccorso preospedaliero. Indicatore: Numero di infermieri formati (>= 50% infermieri 118)							X															
Dir. Programma Sistema Unico ET	Attività di supporto assistenziale da parte degli operatori della centrale operativa 118 tramite erogazione di istruzioni pre-arrivo (IPA) a chiamanti o astanti (arresto cardiaco) con impiego videochiamata e alertamento soccorritori attraverso app-dae. Indicatore: Numero di interventi di soccorso preospedaliero per arresti cardiaci con IPA in caso di rianimazione iniziata da sanitari mezzi di soccorso/numero totale di arresti cardiaci con rianimazione iniziata da sanitari mezzi di soccorso >= 70% rilevabile tramite scheda (legge su defibrillazione)							X															
Dir. Programma Sistema Unico ET	Elaborazione procedura gestione sanitaria eventi di massa ed interventi in caso di maxiemergenza, con adozione del metodo Sismax. Indicatore: Elaborazione e pubblicazione procedura entro Marzo 2023.							X															
Dir. Programma Sistema Unico ET	Applicazione regolamento unico aziendale per l'unificazione funzionale delle centrali trasporti secondari, con coordinamento medico ed infermieristico unificato delle centrali ed informatizzazione delle procedure di richiesta. Indicatori: % di viaggi ambulanze con paziente a bordo / totale viaggi ambulanze. Standard: > 70% (efficienza operativa) Ore aggiuntive per servizi estemporanei o prolungamenti servizi/totale ore piano di committenza. Standard: < 2%							X															

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FAENZA	Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA LUGO	Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGNA E EMERG. TERRIT. RA	Punti Dirigenza	C0063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0062 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0061 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA FAENZA	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 Negoziazione
Dir. Programma Sistema Unico ET	Applicazione modello sistema 116117 e pianificazione della struttura della centrale operativa corrispondente. Indicatore: costituzione della centrale unica della guardia medica ed unificazione dei contatti telefonici (numero unico)							X															
	Adesione agli obiettivi del programma "Emergenza Urgenza" (non già ricompresi nell'area dell'Accesso)																						
Dir. programma EU	Maxiemergenza – PEIMAF. Indicatore: Aggiornamento e completamento su tutti i presidi ospedalieri. Entro settembre	X		X		X																	
Dir. programma EU	Aggiornamento PA109 Accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso. Indicatore: Entro giugno	X		X		X																	
Dir. programma EU	Monitoraggio esiti percorsi patologie tempo dipendenti (con particolare riferimento a IMA st sopra). Fase I: condivisione indicatori significativi. Entro giugno Fase II: elaborazione indicatori. Entro anno	X		X		X				X		X		X								X	
Dir. programma EU	Completamento piano di attivazione e consolidamento dei fast track: ampliamento per le UOOO con guardia attiva h12.	X		X		X																	Per i servizi di PS sono coinvolti in sinergia con la UO interessate.
	Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"																						
Dir. Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio									X													
Dir. Programma HPR	Messa a regime gestione informatizzata lista di attesa chirurgica entro Marzo 2023.									X												X	
	Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"																						
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Partecipazione al percorso di formazione sulla corretta applicazione della procedura sul Trattamento precoce del dolore in PS. Indicatori: Adesione al corso FAD: => al 70% del personale medico ed infermieristico Partecipazione al corso residenziale: >= 30% personale medico ed infermieristico	X		X		X																	
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Applicazione documento sulla Gestione del dolore nell'area dell'Emergenza. Indicatore: Controllo a campione, con supporto UO qualità e governo clinico, schede in linea con procedura >90%	X		X		X																	
	Adesione agli obiettivi del programma "Cardiologia Interventistica"																						
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	TAVI: rispetto del tempo di attesa (preferibilmente come da linee guida regionali entro 60 giorni dalla decisione finale dell'heart team). Indicatore: % pz trattati entro 60 gg. Target: >=90%									X		X		X									
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	Chiusura PFO e AS: completamento percorso formativo nelle 3 sedi. Target: almeno 1 operatore formato/autonomo per sede									X		X		X									
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	Uniformare il trattamento dei pz con cardiomiopatia, in particolare dell'amiloidosi cardiaca.Indicatori: 1)Aggiornamento PA 206. Target: entro giugno. 2)Adesione ai criteri di eligibilità da documento regionale per il trattamento con Tafamidis . Target 100%									X		X		X									
	Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"																						
Dir. Programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50																						
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																						
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X				X		X		X		X		X		X			
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%									X													

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FAENZA	Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA LUGO	Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGN E EMERG. TERRIT. RA	Punti Dirigenza	C0063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0062 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0061 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA FAENZA	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 Negoziazione
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%									X													
	Completamento progetto di riorganizzazione posti letto di UTIC																						
Ref. Medico Direzione PO	Riorganizzazione delle piattaforme di ricovero per intensità di cura definizione e condivisione di un progetto operativo entro luglio 2023 Target:											X		X		X		X					
Ref. Medico Direzione PO	Definizione protocolli per la gestione integrata della patologia acuta e cronica e la continuità di presa in carico ospedaliera e territoriale nell'ottica di sviluppo dell'UO Servizio di Cardiologia Territoriale Target: redazione e attuazione di almeno un protocollo novembre 2023											X		X									
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																							
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																							
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure Target: Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]																						
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici																							
Dir. Ass. Farm.	Farmaci biologici: % pazienti incidenti con farmaci anti-TNFalfa sul totale . Target >=75%															X		X		X			
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine. Target :Riduzione vs 2022									X		X		X		X		X		X			Obiettivo programmazione RER 2022 e probabile obiettivo RER 2023 per Omega 3
Dir. Ass. Farm.	Governo della spesa dei Dispositivi medici per adesione alle gare regionali e/o miglior appropriatezza d'uso secondo indicazioni RER Monitoraggio adesione nuova gara regionale Endoprotesi Coronariche (CND P07040201). Non adesione <=5%									X		X		X									Obiettivo programmazione RER 2022 e probabile obiettivo RER 2023 monitoraggio spesa regionale
Adesione al PDTA Scompenso																							
Referente PDTA	PDTA SCOMPENSO Incrementare il nr. di pazienti arruolati nel PDTA (provenienti dal territorio-MMG, dall'amb. scompensato ospedaliero, dalle UUOO di Degenza dopo dimissione) 1. incontri con MMG per sensibilizzare all'avvio all'amb. territoriale 2. incontri tra amb. spec. osp. SC e amb. territoriale per migliorare il collegamento e la continuità 3. aggiornamento Lettera Log80 per Fattori di Dimissione Target: Numero di pazienti in carico al PDTA rispetto al 2022; risultato minimo aziendale: >20%									X		X		X									
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																							
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																							
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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		X	
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0053 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA FAENZA	Punti Dirigenza	C0054 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA LUGO	Punti Dirigenza	C0055 - UO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0058 - UO CENTRALE OPERATIVA 118 ROMAGN E EMERG.TERRIT.RA	Punti Dirigenza	C0063 - UO CARDIOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0062 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	C0061 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA FAENZA	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 Negoziazione
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																							
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																							
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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																							
RID	Sperimentazione e consolidamento degli ambulatori infermieristici di Cardiologia per i pazienti con scompenso cardiaco nel rispetto del PDTA Aziendale e degli assetti organizzativi legati allo sviluppo della Cardiologia Territoriale (Lugo, Faenza)																					X	
RID	Aumento di competenze Infermieristiche nella gestione del paziente con alterazioni dello stato cognitivo di origine psichiatrica e delirium ricoverato in area medica – progetto formativo integrato con Servizio Salute Mentale (Ravenna)																					X	
RID	Ricognizione delle schede integrate di terapia in previsione dell'informatizzazione (Ravenna)																					X	

Firma

Referente Medico di Direzione

Aura Brighenti

Direttore Dipartimento

Andrea Strada

Responsabile Infermieristico Dipartimento

Donata Samele

Federica Mazzoni

Direttore Generale

Tiziano carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	2.396.770	2.575.181	178.410	208.489	2.783.670
BS002 - EMODERIVATI	299.020	237.497	-61.524	0	237.497
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	36.340	45.987	9.647	0	45.987
BS012 - VACCINI	15.736	12.843	-2.894	0	12.843
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	98.107	102.501	4.394	0	102.501
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	1.594.006	1.626.025	32.020	242.500	1.868.525
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	561.581	504.739	-56.842	40.000	544.739
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	5.207.148	4.396.078	-811.071	130.611	4.526.689
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	728.950	1.189.210	460.259	-2.569	1.186.640
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	84.176	86.643	2.468	0	86.643
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		188.379	188.379	0	188.379
TOTALE BENI SANITARI	11.021.835	10.965.082	-56.753	619.031	11.584.113

Anno 2023 saranno da monitorare i costi derivanti dagli adeguamenti di prezzo dei listini da parte dei Fornitori (stimabile con richieste di aumento del 11%)

MEDICINALI:

+120.000 € Cardiologia Ravenna (iPCSK9 e sacubitril/valsartan)
 +40.000 € Cardiologia Faenza (iPCSK9 e sacubitril/valsartan)
 +40.000 € Medicina Interna Faenza (ambulatorio epatocarcinoma)
 +8.489 € Cardiologia Lugo (+20.000 € iPCSK9 e sacubitril/valsartan e - 11.511 € per riallocazione attività UTIC all'interno della Rianimazione di Lugo)

DISP IMPIANTABILI ATTIVI: + 242.500 € Cardiologia Ravenna (Impella, Emblem, Pace-maker/Pacing Branca sx e/o Hissiano, Loop recorder, Tyrx)
 DISP IMPIANTABILI NON ATTIVI: +40.000 € Cardiologia Ravenna (Auricole)

DM:

+150.000 € Cardiologia Ravenna (procedure CTO)
 -19.389 € Cardiologia Lugo (riallocazione attività UTIC all'interno della Rianimazione Lugo)

DIAGNOSTICI: -2.569 € Cardiologia Lugo (riallocazione attività UTIC all'interno della Rianimazione Lugo)

D0040 - DIP.EMERGENZA,INTERNISTICO E CARDIOL. RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	Categorie di Performance										Note Negoziazione				
		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	Punti Dirigenza	C0064 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO																
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)															
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con più di 45.000 accessi. Target: >= 90%	X		X												X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% Accessi con Tempo Permanenza <6 ore+1 per PS con meno di 45.000 accessi. Target: >= 95%	X		X												X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X		X		X		X		X		X				X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <= 5%	X		X		X		X		X		X				X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% accessi codice colore arancione con tempo di attesa entro standard (15 min). Target: > 2021 (+10%)	X		X												X
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% abbandoni. Target: < 5%	X		X												
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate							X					X		X	
Ref. Medico Direzione PO Direttore Dipartimento	A seguito conclusione percorso di condivisione ai tavoli istituzionali sperimentazione e consolidamento dell'ambulatorio di SEE&TREAT nel Pronto Soccorso di Rimini e successiva implementazione sul Pronto Soccorso di Riccione	X		X												X
Dir. programma EU	Condivisione istruzione operativa per la definizione di criteri uniformi di elezione per l'invio da PS a fast track ortopedico. Tempi: entro giugno	X		X												X
Ref. Medico Direzione PO	Predisposizione progetto di fattibilità per la presa in carico diretta dei pazienti Cardiologici in PS Riccione 8-20 diurno (la notte già coperta dalla guardia attiva cardiologica). Presentazione alla direzione entro settembre 2023.	X											X			
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti															
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance aziendale per coronarografia entro classe di priorità. Target: >= 90%											X				X

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	Punti Dirigenza	C0064 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance aziendale per angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro classe di priorità. Target: >= 90%											X				X	
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																
RUA Amb. (CdG Fonte: flusso ASA)	Presenza 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			
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																	
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																	
Ref. Medico Direzione PO	Area specialistica ambulatoriale: garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse					mantenimento 2022		aumento ecografie (agende AID); visite mantenimento 2022		9%		+4% Visite vs 2022; +3% ecocardio vs 2022		mantenimento 2022			Allegato piano di produzione delle singole U.O. a CUP Istituzionale, AID, Simialpi (programmazione preferibilmente semestrale su base settimanale)
Ref. Medico Direzione PO	Area produzione chirurgica: garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting											Mantenimento 2022 per procedure coronariche; +15 % procedure elettrofisiologia.					N.procedure Tavi come da programmazione
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																	
Adesione agli obiettivi del programma "Sistema unico Emergenza Territoriale e Logistica dei Trasporti Sanitari"																	
Dir. Programma Sistema Unico ET	Adesione agli obiettivi del programma sistema unico emergenza territoriale e logistica trasporti secondari			X													
Adesione agli obiettivi del programma "Emergenza Urgenza" (non già ricompresi nell'area dell'Accesso)																	
Dir. programma EU	Maxiemergenza – PEIMAF. Indicatore: Aggiornamento e completamento su tutti i presidi ospedalieri. Entro l' anno.	X		X													
Dir. programma EU	Aggiornamento PA109 Accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso. Indicatore: Entro giugno	X		X													
Dir. programma EU	Monitoraggio esiti percorsi patologie tempo dipendenti (con particolare riferimento a IMA st sopra). Fase I: condivisione indicatori significativi. Entro giugno Fase II: elaborazione indicatori. Entro anno	X		X												X	
Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"																	
Dir. Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio											X					
Dir. Programma HPR	Messa a regime gestione informatizzata lista di attesa chirurgica entro Marzo 2023.											X				X	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	Punti Dirigenza	C0064 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
	Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"																
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Partecipazione al percorso di formazione sulla corretta applicazione della procedura sul Trattamento precoce del dolore in PS. Indicatori: Adesione al corso FAD: => al 70% del personale medico ed infermieristico Partecipazione al corso residenziale: >= 30% personale medico ed infermieristico	X		X												X	Compatibilmente con disponibilità del corso. A Marzo 2023 il corso non è ancora disponibile.
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Applicazione documento sulla Gestione del dolore nell'area dell'Emergenza. Indicatore: Controllo a campione, con supporto UO qualità e governo clinico, schede in linea con procedura >90%	X		X												X	
	Adesione agli obiettivi del programma "Cardiologia Interventistica"																
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	TAVI: rispetto del tempo di attesa (preferibilmente come da linee guida regionali entro 60 giorni dalla decisione finale dell'heart team). Indicatore: % pz trattati entro 60 gg. Target: >=90%											X		X			
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	Chiusura PFO e AS: completamento percorso formativo nelle 3 sedi. Target: almeno 1 operatore formato/autonomo per sede											X		X			
Dir. Programma Cardiologia Interventistica	Uniformare il trattamento dei pz con cardiomiopatia, in particolare dell'amiloideosi cardiaca.Indicatori: 1)Aggiornamento PA 206. Target: entro giugno. 2)Adesione ai criteri di elegibilità da documento regionale per il trattamento con Tafamidis . Target 100%											X		X			
	Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"																
Dir. Programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X		X		X		X		X		X		X			
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																
CdG: fonte SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X		X		X		X		X			
RUA Chir. (CdG) Fonte: flusso SDO SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%											X					
RUA Chir. (CdG) Fonte: flusso SDO SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%											X					
	Progetto di riorganizzazione dei posti letto dell'Ospedale Ceccarini di Riccione per aree di Intensità di Cura																
Ref. Medico Direzione PO	Riorganizzazione delle piattaforme di ricovero per intensità di cura Target: definizione condivisione di un progetto operativo entro luglio 2023													X			Per implementazione è necessario che il turnover dell'area medica (medicina interna, cardiologia) e dell'emergenza sia garantito.
Ref. Medico Direzione PO	Definizione protocolli per la gestione integrata della patologia acuta e cronica e la continuità di presa in carico ospedaliera e territoriale nell'ottica di sviluppo dell'U.O. di Cardiologia territoriale Target: redazione e attuazione di almeno un protocollo novembre 2023	X		X								X		X			
	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																
	Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit Sea/RCA) con segnalazioni di scala di gravità 1-4	X		X		X		X		X		X		X			
	Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici																

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	Punti Dirigenza	C0064 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
Dir. Ass. Farm.	Farmaci antidiabetici: % di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali Target >= 85%					X		X		X							
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine Target :Riduzione vs 2022					X		X		X		X		X			Riduzione consumi rispetto all'anno 2022 - (omega 3)
Dir. Ass. Farm.	Nuovi farmaci antidiabetici: rapporto % consumi analoghi GLP1 verso totale analoghi GLP1 e inibitori SGLT2 Target <= 45%					X		X		X							
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)					X				X							Riferito solo il somatotropo per U.O. MEDICINA Rimini e Riccione
Dir. Ass. Farm.	Monitoraggio adesione nuova gara regionale Endoprotesi Coronariche (CND P07040201). Non adesione Target <=5%											X					(monitoraggio spesa regionale)
Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico																	
U.O. Qualità e Governo Clinico	Adesione alle raccomandazioni "Choosing wisely" per prestazioni in UU.OO. del Dipartimento: Organizzazione di evento formativo per una corretta gestione del delirium nell'Anziano	X		X		X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																	
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																	
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	Il referente formazione dipartimentale invierà il link riferito all'evento formativo FAD e monitoraggio tramite report FAD
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X	Il referente formazione dipartimentale invierà il link riferito all'evento formativo FAD e monitoraggio tramite report FAD
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X		X	Il referente formazione dipartimentale invierà il link riferito all'evento formativo FAD e monitoraggio tramite report FAD
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																	
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																	
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	Punti Dirigenza	C0064 UO SERVIZIO CARDIOLOGIA RICCIONE	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
		OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO															
RID	Sperimentazione e consolidamento degli ambulatori infermieristici di Cardiologia di Riccione per i pazienti con scompenso cardiaco cronico e post SCA					X		X		X				X		X	
RID	Consolidamento e implementazione del modello per trasmissione informazioni bedside handover					X		X		X						X	
RID	Progetto educazione terapeutica del paziente diabetico I.D. ospedalizzato effettuata dall'infermiere con competenze specifiche presso U.O. di Degenza					X				X						X	

Firma

Referente Medico di Direzione
Bianca Caruso

Direttore Dipartimento
Tiziana Perin

Responsabile Infermieristico
Simonetta Fancelli
Marilena Montalti

Direttore Generale
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	3.546.466	2.947.186	-599.279	168.000	3.115.186
BS002 - EMODERIVATI	269.953	213.847	-56.106	0	213.847
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	10.404	11.976	1.572	0	11.976
BS012 - VACCINI	409	1.851	1.442	0	1.851
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	127.645	135.636	7.991	0	135.636
BS004 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	1.512.946	1.646.859	133.912	70.000	1.716.859
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	276.222	308.082	31.860	60.000	368.082
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	5.293.295	5.099.633	-193.663	193.000	5.292.633
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	994.627	1.256.947	262.321	0	1.256.947
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	51.935	55.903	3.968	0	55.903
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		32.165	32.165	0	32.165
TOTALE BENI SANITARI	12.083.902	11.710.086	-373.816	491.000	12.201.086
BS008 SERVICE SANITARI	54.030	45.269	-8.761	731	46.000

Anno 2023 saranno da monitorare i costi derivanti dagli adeguamenti di prezzo dei listini da parte dei Fornitori (stimabile con richieste di aumento del 11%)

MEDICINALI +168.000 € in particolare:

+50.000 € Cardiologia Riccione (iPCSK9 e sacubitril/valsartan)

+120.000 € Cardiologia Rimini (iPCSK9 e sacubitril/valsartan)

DISP MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI: +70.000 € Cardiologia Rimini (Impella)

DISP MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI: +60.000 € Cardiologia Rimini (sistemi chiusura auricolare e chiusura PFO)

DM:

+70.000 € Cardiologia Rimini (ablazioni)

+123.000 € microinfusori/sensori diabete - stima Home Care aggiornata a marzo 2023 (+116.850 € Medicina Rimini e + 6.150 € Medicina Riccione)

D0042 DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE Forlì - Cesena - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
			100		100		100		100		100		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO													
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)												
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore Target: <=20%	X		X		X		X		X		X	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore Target: <=5%	X		X		X		X		X		X	
Ref. Medico Direzione PO	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		X	Per le UO di Gastro e Nefro (ambito Cesena) il Referente Medico mensilmente monitora e rendiconta alle UO il livello di adesione al cingolo (P29 "Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei posti letto per ricoveri urgenti")
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate	X		X		X		X		X		X	
Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista													
RUA Amb. (CdG Fonte: flusso ASA)	% visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE													
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse													
Ref. Medico Direzione PO	Area specialistica ambulatoriale: Garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Mantenimento Produzione Anno 2022		Mantenimento Produzione Anno 2022		Mantenimento Produzione Anno 2022		Mantenimento Produzione Anno 2022		Mantenimento Produzione Anno 2022		X	
Dir. UO Microbiologia	Adesione al progetto microbiota fecale			X								X	In collaborazione con il Dipartimento di Patologia Clinica
Ref. percorso 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	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE													
Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"													
Dir. Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio 2. Sviluppo applicativo per la tracciabilità			X						X		X	
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"													

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C1163 - UO ENDOCRINOLOGIA E MAL.METABOL. ROMAGNA Punti Dirigenza	C1164 - UO GASTROENTER. E ENDOSCOPIA DIG. FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	C1165 - UO NEFROLOGIA E DIALISI FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	C3237 - UO MALATTIE INFETTIVE FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	PNEUMOLOGIA Punti Dirigenza	Comparto	Note
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Strutturare un percorso neuromodulativo nei pazienti con sindrome di Raynaud e disturbi vascolari ischemici dolorosi: PVD-Piede Diabetico. Indicatore: Presentazione del progetto anche supportato da analisi costo-beneficio	X						
Adesione agli obiettivi del programma "Nutrizione preventiva e clinica integrata"								
Dir. Programma Nutrizione	Applicazione procedura sostituzione delle sonde enterali a domicilio e in strutture Socio Assistenziali. Indicatore: Percorso formativo in presenza da realizzare entro l'anno ed elaborazione corso FAD Formazione di almeno 6 operatori per ambito provinciale (tra Medici e Infermieri)		X					
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"								
Dir. Programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X	X	X	X	X		
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)								
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X	X	X	X	X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO								
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico								
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X	X	X	X	X		
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici								
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara		X					
Dir. Ass. Farm.	Farmaci antidiabetici: % di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali >= 85%	X						
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine Target Riduzione consumi rispetto all'anno 2022	X		X				
Dir. Ass. Farm.	Eventi formativi rivolti ai MMG con approccio multidisciplinare su appropriatezza prescrittiva farmaci nota AIFA 99, antibiotici e farmaci ipolipemizzanti. Almeno 9 eventi in presenza dello specialista di branca Incontri con neoconventionati/ singoli NCP/ singoli MMG focalizzati sulle categorie di farmaci prescritti che presentano maggiore rischio di inappropriata. Almeno 25 incontri				X	X		
Dir. Ass. Farm.	Farmaci HIV: 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 2022. Target<=5%				X			
Dir. Ass. Farm.	Farmaci HIV: % pazienti con utilizzo di farmaci "scompattati" delle seguenti categorie: Darunavir+Ritonavir >90%; Lamivudina+Abacavir+Dolutegravir >75%; Emtricitabine+Tenofovir+Rilpivirina >75%				X			

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C1163 - UO ENDOCRINOLOGIA E MAL. METABOL. ROMAGNA	Punti Dirigenza	C1164 - UO GASTROENTER. E ENDOSCOPIA DIG. FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1165 - UO NEFROLOGIA E DIALISI FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C3237 - UO MALATTIE INFETTIVE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	PNEUMOLOGIA	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Dir. Ass. Farm.	Nuovi farmaci antidiabetici: rapporto % consumi analoghi GLP1 verso totale analoghi GLP1 e inibitori SGLT2. Target <=45%	X											
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)	X											
Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico													
UO Qualità	PDTA Malattie Renali Croniche stadi precoci. Target conclusione pdta entro 30 giugno e implementazione nel secondo semestre 2023					X							
UO Qualità	Redazione del PDTA OSAS locale Implementazione entro 31/12									X			In collaborazione con un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da pneumologi, otorinolaringoiatri e neurologi.
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA													
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza													
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X	
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA													
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa													
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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													
RID	Analisi e azioni orientate a garantire la continuità assistenziale ospedale territorio nella presa in carico del paziente diabetico (Ambito di Cesena)											X	
RID	Sviluppo del progetto di miglioramento nella presa in carico del paziente diabetico fruitore di tecnologie avanzate e della donna con diabete gestazionale e pre-gestazionale (Ambito di Forlì)											X	
RID	Analisi e azioni orientate a garantire continuità assistenziale e presa in carico del paziente nell'area ambulatoriale nefrologica (Ambito di Cesena)											X	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C1163 - UO ENDOCRINOLOGIA E MAL.METABOL. ROMAGNA Punti Dirigenza	C1164 - UO GASTROENTER. E ENDOSCOPIA DIG. FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	C1165 - UO NEFROLOGIA E DIALISI FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	C3237 - UO MALATTIE INFETTIVE FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	PNEUMOLOGIA Punti Dirigenza	Comparto	Note
RID	Avvio del progetto TARV presso Ambulatori Malattie Infettive (Ambito di Forli)						X	
RID	Sviluppo strumento trasversale Fo-Ce per la tracciabilità dell'attività ambulatoriale ed endoscopica (gastroenterologia)						X	
RID	Formazione personale infermieristico per assistenza al paziente sottoposto a procedura radio-guidate di Endoscopia Digestiva (Ambito di Cesena)						X	
RID	Analisi e azioni orientate al miglioramento della presa in carico del paziente e dell'attività assistenziale presso quadrato endoscopico (Ambito di Forli)						X	

Referente Medico di Direzione
Cesare Bini

Direttore Dipartimento
Venerino Poletti

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Rossana Crociani

Direttore Generale
Tiziano carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021*	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre*	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	8.497.872	8.452.712	-45.160	-789.123	7.663.589
BS002 - EMODERIVATI	78.938	136.202	57.263	0	136.202
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	6.826	9.275	2.449	0	9.275
BS012 - VACCINI	9.643	6.513	-3.130	0	6.513
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	41.427	49.973	8.546	0	49.973
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	257.952	263.565	5.613	0	263.565
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.794.059	4.376.345	582.286	288.500	4.664.845
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	557.333	488.234	-69.099	0	488.234
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	1.309.680	1.330.988	21.308	0	1.330.988
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		40.751	40.751	0	40.751
TOTALE BENI SANITARI	14.553.731	15.154.559	600.828	-500.623	14.653.936
OSSIGENOTERAPIA - OSSIGENO	456.031	483.128	27.097	-10.628	472.500
OSSIGENOTERAPIA - CANONI NOLEGGIO	772.886	865.333	92.448	44.667	910.000
BS008 SERVICE SANITARI - DIABETE	12.513	12.018	-495	3.982	16.000
BS008 SERVICE SANITARI - DIALISI	190.552	291.003	100.450	133.997	425.000

*nb Ebriet e Ofev 2021 e 2022 spesa attribuita a UO Pneumologia Interventistica Forli; dal 2023 attribuita a CDC Malattie Rare (Budget Dir Ass Farmaceutica)

SALDO COSTI EMERGENTI/CESSANTI + 465.802 €

COSTI TRASFERITI - 966.425 €

MEDICINALI

UO Pneumologia: + 34.261 € (Fasenra/Dupixent) - 966.425 € spostamento spesa Ebriet/Ofev a CDC Malattie Rare

UO Endocrinologia: - 86.500 € costi cessanti gara farmaci

UO Gastroenterologia: + 112.800 € farmaci Biologici, - 33.059 € costi cessanti gara farmaci e biosimilari

UO Nefrologia: + 1.350 € Vaptani

UO Malattie Infettive: + 150.000 € farmaci HIV; - 1.550 € costi cessanti gara farmaci

DISPOSITIVI MEDICI

UO Endocrinologia: + 251.000 € microinfusori/sensori controllo glicemia (stima Home Care aggiornata a marzo 2023), + 22.500 € Hematrate

UO Gastroenterologia: + 15.000 € Peristeen etc (stima Home Care)

ALTRI BENI SANITARI: da valutare impatto nuova gara dialisi per adeguamento prezzi ISTAT (II semestre)

D0043 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0205 - UO SERVIZIO DI DIABETOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0204 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0210 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RAVENNA	Punti Dirigenza	C0209 - UO MALATTIE INFETTIVE RAVENNA	Punti Dirigenza	C1105 - UO PNEUMOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	Note
			100		100		100		100		100		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO													
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)												
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore Target: <=20%			X		X		X		X		X	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore Target: <=5%			X		X		X		X		X	
Ref. Medico Direzione PO	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	
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate	X		X		X		X		X		X	
Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista													
RUA Amb. (CdG Fonte: flusso ASA)	% visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE													
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse													
Ref. Medico Direzione PO	Area specialistica ambulatoriale: Garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Mantenimento Produzione Anno 2022		Mantenimento Produzione Anno 2022		Mantenimento Produzione Anno 2022		Mantenimento Produzione Anno 2022		Mantenimento Produzione Anno 2022			
Dir. UO Microbiologia	Adesione al progetto microbiota fecale			X								X	In collaborazione con il Dipartimento di Patologia Clinica
Ref. percorso 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	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE													
Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"													
Dir. Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio 2. Sviluppo applicativo per la tracciabilità			X						X			
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"													
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Strutturare un percorso neuromodulativo nei pazienti con sindrome di Raynaud e disturbi vascolari ischemici dolorosi: PVD-Piede Diabetico. Indicatore: Presentazione del progetto anche supportato da analisi costo-beneficio	X											
Adesione agli obiettivi del programma "Nutrizione preventiva e clinica integrata"													

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0205 - UO SERVIZIO DI DIABETOLOGIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0204 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0210 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RAVENNA	Punti Dirigenza	C0209 - UO MALATTIE INFETTIVE RAVENNA	Punti Dirigenza	C1105 - UO PNEUMOLOGIA LUGO	Punti Dirigenza	Comparto	Note
Dir. Programma Nutrizione	Applicazione procedura sostituzione delle sonde enterali a domicilio e in strutture Socio Assistenziali. Indicatore: Percorso formativo in presenza da realizzare entro l'anno ed elaborazione corso FAD Formazione di almeno 6 operatori per ambito provinciale (tra Medici e Infermieri)			X									
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"													
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50			X		X		X		X			
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)													
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%			X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO													
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico													
Risk manager	Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X			
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici													
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara. Target >=90%			X									
Dir. Ass. Farm.	Farmaci antidiabetici: % di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali >= 85%	X											
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine Target Riduzione consumi rispetto all'anno 2022	X				X							
Dir. Ass. Farm.	Eventi formativi rivolti ai MMG con approccio multidisciplinare su appropriatezza prescrittiva farmaci nota AIFA 99, antibiotici e farmaci ipolipemizzanti. Almeno 9 eventi in presenza dello specialista di branca. Incontri con neoconventionati/ singoli NCP/ singoli MMG focalizzati sulle categorie di farmaci prescritti che presentano maggiore rischio di inapproprietezza. Almeno 25 incontri							X		X			
Dir. Ass. Farm.	Farmaci HIV: 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 2022. Target <=5%							X					
Dir. Ass. Farm.	Farmaci HIV: % pazienti con utilizzo di farmaci "scompattati" delle seguenti categorie: Darunavir+Ritonavir >90%; Lamivudina+Abacavir+Dolutegravir >75%; Emtricitabine+Tenofovir+Rilpivirina >75%							X					
Dir. Ass. Farm.	Nuovi farmaci antidiabetici: rapporto % consumi analoghi GLP1 verso totale analoghi GLP1 e inibitori SGLT2. Target <=45%	X											
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)	X											
Adesione agli standard Area Qualità, Esiti e Governo Clinico													
UO Qualità	PDTA Malattie Renali Croniche stadi precoci. Target conclusione pdta entro 30 giugno e implementazione nel secondo semestre 2023					X							
UO Qualità	Redazione del PDTA OSAS locale Implementazione entro 31/12									X			In collaborazione con un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da pneumologi, otorinolaringoiatri e neurologi.
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA													
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza													

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0205 - UO SERVIZIO DI DIABETOLOGIA RAVENNA			C0204 - UO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA RAVENNA			C0210 - UO NEFROLOGIA E DIALISI RAVENNA			C0209 - UO MALATTIE INFETTIVE RAVENNA			C1105 - UO PNEUMOLOGIA LUGO			Comparto	Note
		Punti Dirigenza			Punti Dirigenza			Punti Dirigenza			Punti Dirigenza			Punti Dirigenza				
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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				
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X			X			X			X			X				
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X			X			X			X			X				
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																		
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																		
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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																		
RID	Effettuazione dello screening retinopatia con fotocamera non midriatica portatile un giorno alla settimana.													X				
RID	Attivazione di un percorso di telemedicina per le donne con diabete gestazionale													X				
RID	Revisione dei flussi e dei percorsi relativi ai pazienti affetti da sclerosi multipla													X				
RID	Acquisizione delle conoscenze relative all'utilizzo di nuove tecnologie (cambio apparecchiature) / Riorganizzazione in funzione della ristrutturazione della Dialisi di Cervia													X				
RID	Implementazione del PDTA DCA con particolare attenzione al percorso di «transizione da età pediatrica –evolutiva all'adulto, nei tre livelli di cura (Ambulatoriale, DH, Degenza)													X				
RID	Riorganizzazione dell'attività al fine di erogare terapia antiretrovirale intramuscolo ai pz affetti da HIV													X				
RID	Telemonitoraggio nei pazienti affetti da sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) in terapia domiciliare con pressione positiva continua delle vie aeree (CPAP)													X				

Referente Medico di Direzione
Paolo Tarlazzi

Direttore Dipartimento
Andrea Buscaroli

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Samantha Sacchetti

Direttore Generale
Tiziano carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0043 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RAVENNA

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	10.451.045	9.193.320	-1.257.725	319.223	9.512.543
BS002 - EMODERIVATI	60.384	42.466	-17.918	0	42.466
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	48.103	47.329	-775	0	47.329
BS012 - VACCINI		731	731	0	731
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	7.051	10.258	3.207	0	10.258
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	86.202	97.700	11.498	0	97.700
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	3.244.978	3.508.153	263.175	326.000	3.834.153
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	757.878	683.181	-74.697	0	683.181
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	627.827	648.029	20.202	0	648.029
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		75.127	75.127	0	75.127
TOTALE BENI SANITARI	15.283.469	14.306.294	-977.175	645.223	14.951.517
BS008 SERVICE SANITARI - DIABETE	44.084	36.180	-7.904	9.820	46.000
BS008 SERVICE SANITARI - DIALISI	125.009	166.080	41.071	78.920	245.000
BS008 SERVICE SANITARI - NUTRIZIONE ENTERALE	478.640	461.007	-17.633	33.993	495.000
OSSIGENOTERAPIA - OSSIGENO	1.049.179	1.295.666	246.487	100.834	1.396.500
OSSIGENOTERAPIA - CANONI NOLEGGIO	2.117.332	2.180.317	62.985	112.683	2.293.000

MEDICINALI +319.223 € di cui in particolare:
 +125.207 € Gastroenterologia (farmaci biologici)
 +160.000 € Malattie Infettive (farmaci HIV)
 +43.867 € Pneumologia (farmaci antiasma)

DM:
 +110.000 € Gastroenterologia (apertura seconda sala Lugo e sala endoscopica di pomeriggio a Ravenna, Axios e device per resezione neoplasie superficiali)
 +216.000 € Diabetologia (microinfusori/sensori stima Home Care aggiornata a marzo 2023)

D0044 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
			100		100		100		100		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO											
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)										
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore Target: <=20%	X		X		X				X	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore Target: <=5%	X		X		X				X	Partecipazione al progetto di facilitazione del flusso dei ricoveri da Ps e Medicina d'Urgenza verso i reparti medici dell'Ospedale Infermi.
Ref. Medico Direzione PO	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	Inserimento dei pazienti covid nel flusso dei dati relativi al cingolo da parte delle bed manager .
Ref. Medico Direzione PO	Consolidamento/potenziamento percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U (ambulatori specialistici in emergenza-urgenza). Target: report di sintesi semestrale con esito delle verifiche effettuate (appropriatezza di invio e adeguatezza della struttura dell'offerta) ed eventuali azioni di miglioramento programmate	X		X		X		X		X	
Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista											
RUA Amb. (CdG Fonte: flusso ASA)	% visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE											
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse											
Ref. Medico Direzione PO	Area specialistica ambulatoriale: garantire il piano di produzione secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	+ 8% vs 2022		Assenza di TdA		Mantenimento anno 2022		+ 8% vs 2022			Pneumologia: incremento attività di pneumologia interventistica a seguito dell'apertura delle 2 nuove sale Broncoscopiche presso l' Ospedale di Rimini (compatibilmente con la disponibilità delle risorse). Gastroenterologia: incremento in funzione apertura seconda sala presso Presidio Ospedaliero di Riccione (compatibilmente con la disponibilità delle risorse necessarie)
Dir. UO Microbiologia	Adesione al progetto microbiota fecale	X								X	In collaborazione con il Dipartimento di Patologia Clinica
Ref. percorso Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con FOBT positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali. Indicatore: % coloscopie eseguite entro 30 giorni dal FOBT positivo (classe di età 50-69 anni) Target: 95%	X								X	

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE											
Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"											
Dir. Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio 2. Sviluppo applicativo per la tracciabilità Inizio attività entro aprile 2023	X						X			In accordo con il Direttore della UO Ria di Rimini.
Altri progetti											
Ref. Medico Direzione PO	Progetto fattibilità trasformazione del Centro Dialisi ad Assistenza Limitata presso Ospedale di Riccione in Centro Dialisi ad Assistenza Continuativa					X					
Direttore UO	Adesione al progetto regionale "PIRP": inserimento dei dati delle visite di 40 pz/mese (circa 600 pz/anno) nel Registro Regionale PIRP.					X					
Direttore Dip.	Completamento del progetto di Riabilitazione Cardiorespiratoria in collaborazione con le U.O. di Cardiologia di Rimini e di Riccione e consolidamento delle attività dell'ambulatorio per le prove da sforzo e test da sforzo cardiopolmonare con consumo di ossigeno. Adesione al progetto verificata attraverso il numero di test eseguiti presso la cardiologia di Rimini e Pneumologia di Riccione							X			Mantenimento dell'impegno parziale del medico spec in med dello sport in condivisione con DSP
Direttore UO	Elaborazione progetto per la somministrazione di terapia antibiotiche infusive sul territorio (OPAT).			X							
Adesione agli obiettivi del programma "Nutrizione preventiva e clinica integrata"											
Dir. Programma Nutrizione	Applicazione procedura sostituzione delle sonde enterali a domicilio e in strutture Socio Assistenziali. Indicatore: Percorso formativo in presenza da realizzare entro l'anno ed elaborazione corso FAD Formazione di almeno 6 operatori per ambito provinciale (tra Medici e Infermieri)	X									
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"											
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X		X		X					
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)											
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X		X		X		X			
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO											
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico											
Risk manager	Almeno 1 analisi/evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazione di scala gravità (1-4).	X		X		X		X			
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici											
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara. Target >=90%	X									
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine Target Riduzione consumi rispetto all'anno 2022					X					

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
Dir. Ass. Farm.	Eventi formativi rivolti ai MMG con approccio multidisciplinare su appropriatezza prescrittiva farmaci nota AIFA 99, antibiotici e farmaci ipolipemizzanti. Almeno 9 eventi in presenza dello specialista di branca. Incontri con neoconventionati/ singoli NCP/ singoli MMG focalizzati sulle categorie di farmaci prescritti che presentano maggiore rischio di inapproprietezza. Almeno 25 incontri			X				X			
Dir. Ass. Farm.	Farmaci HIV: 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 2022 . Target<=5%			X							
Dir. Ass. Farm.	Farmaci HIV: % pazienti con utilizzo di farmaci "scompattati" delle seguenti categorie: Darunavir+Ritonavir >90%; Lamivudina+Abacavir+Dolutegravir >75%; Emtricitabine+Tenofovir+Rilpivirina >90%			X							
Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico											
UO Qualità	Conclusionazione redazione PDTA Malattie Renali Croniche entro il 30 giugno ed implementazione del PDTA entro fine anno.					X					
UO Qualità	Redazione del PDTA OSAS locale Implementazione entro 31/12							X			In collaborazione con un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da pneumologi, otorinolaringoiatri e neurologi.
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA											
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza											
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X	
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA											
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa											
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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											

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
Area di performance dell'organizzazione							
RID	Fundamental Care, Pianificazione assistenza -Bedside handover strumenti di valutazione complessità clinica		X	X		X	
RID	Sviluppo competenze infermieristiche in Pneumologia interventistica				X	X	
RID	Predisposizione nuova cartella GePaweb			X		X	
RID	Addestramento per esecuzione ERCP	X				X	
RID	Sviluppo Procedura per seduta endoscopica latex safe	X			X	X	

Referente Medico di Direzione
Rosaria Stefania D'Urso

Direttore Dipartimento
Luigi Arcangelo Lazzari Agli

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Marilena Montalti

Direttore Generale
Tiziano carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

DIPARTIMENTO: D0044 - DIP.MEDICINE SPECIALISTICHE RIMINI

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	6.082.656	6.226.779	144.123	299.066	6.525.845
BS002 - EMODERIVATI	64.800	64.522	-278	0	64.522
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	3.934	3.404	-530	0	3.404
BS012 - VACCINI	9.142	4.902	-4.240	0	4.902
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	22.427	27.132	4.705	0	27.132
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	80.010	109.354	29.344	26.000	135.354
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.759.715	1.691.621	-68.094	120.000	1.811.621
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	183.736	168.488	-15.248	5.000	173.488
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	1.087.697	1.131.335	43.638	30.000	1.161.335
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		28.825	28.825	0	28.825
TOTALE BENI SANITARI	9.294.116	9.456.360	162.244	480.066	9.936.426
BS008 SERVICE SANITARI	138.131	197.731	59.600	86.269	284.000
OSSIGENOTERAPIA - OSSIGENO	365.413	423.872	58.459	27.628	451.500
OSSIGENOTERAPIA - CANONI NOLEGGIO	2.129.631	2.393.008	263.378	156.992	2.550.000

Medicinali: +190.000 € farmaci HIV, +140.000 € per continuità terapeutica pazienti incidenti 2022, pazienti incidenti 2023 e switch biologici + risparmio stimato per gara

Dispositivi medici: +80.000 € per apertura nuova sala endoscopica Riccione, ulteriore recupero attività Gastroenterologia, endoscopia bariatrica, nuova gara endoscopia digestiva, apertura nuove sale Pneumologia interventistica Rimini, minisonde Olympus

+ 40.000 € Peristeen etc (Stima Home care)

Diagnostici: +5.000 € per apertura nuova sala endoscopica Riccione

Dispositivi impiantabili non attivi: +26.000 € per protesi Axios Gastroenterologia

Altri beni sanitari: +30.000 € per nuovi pazienti dialisi e dialisi peritoneale, da valutare impatto nuova gara dialisi per adeguamento prezzi ISTAT (II semestre)

N.B. In corso di valutazione la richiesta di aumento dei posti letto Gastroenterologia (da 6 a 10), attuale tasso di occupazione 117%

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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.	Punti Dirigenza	C0194 - UO PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE	Punti Dirigenza	S0005 - SSI CENTRO FIBROSI CISTICA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA FO-	S1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE	Comparto	NOTE	
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)		100		100		100		100		100		100		100					
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <=20%	X		X				X		X										
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X		X				X		X										
Ref. Medico Direzione PO	Completamento attivazione fast track ginecologia/ostetricia Forli. Target: entro aprile	X																	X	
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti																			
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance per interventi tumore utero entro 30 giorni. Target >=90%	X						X											X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%	X						X												Il piano di recupero sarà definito entro aprile dalle DMPO, condiviso con il RUA, il Board chirurgico, la UO Committenza, le UUOO/Dip interessati
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																			
RUA Amb. (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								
Direttore SSD Gestione transizione	Implementazione della presa in carico dei casi complessi per gravità clinica e gravosità organizzativa attraverso il potenziamento dell'equipe multidisciplinare ed interservizi in rete con i servizi che si occupano di adolescenza. INDICATORI: almeno un'equipe mensile; almeno 80% di casi presentati valutati entro 30 gg dalla richiesta; costruzione del piano personalizzato nell' 80% dei casi presi incarico					X						X				X				COINVOLVE ANCHE NPJA, DP SOLO AMBITO FORLI-CESENA,
Direttore SSI Psicologia di Comunità	Declinazione di un protocollo delle attività psicologiche consultoriali finalizzato all'individuazione/ridefinizione dei criteri d'accesso e delle modalità d'intervento legate al target di utenza che afferisce ai Consultori Familiari in regime di libero accesso					X						X					X			
	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																			
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																			

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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-	Punti Dirigenza	C0194 - UO PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE	Punti Dirigenza	S0005 - SSI CENTRO FIBROSI CISTICA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA FO-	S1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE	Comparto	NOTE
		Mantenimen to volumi 2022		Mantenimen to volumi 2022		Mantenimen to volumi 2022		Mantenimen to volumi 2022		Mantenimen to volumi 2022		Mantenimen to volumi 2022							
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione: Area specialistica ambulatoriale secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	X		X		X		X		X		X							A parità risorse 2022
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione: Area produzione chirurgica secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting	X						X										X	A parità risorse 2022
Ref. Medico Direzione PO	Analisi valutativa ed organizzativa sull'attività di specialistica ambulatoriale in area ginecologica e pediatrica INDICATORE: Report di analisi con definizione massima capacità produttiva per UO entro giugno	X		X		X		X		X		X							Coinvolge Direzioni mediche di presidio UO CdG
Direttore SSI Fibrosi Cistica	Identificazione danno polmonare precoce mediante misurazione LCI (Lung clearance Index): 1 rilevazione/aa per tutti i pz con FEV >70% alla spirometria													X					X
CdG Fonte: flusso CEDAP	Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari /Totale parti residenti (%). Target: >= 57%					X						X							X
CdG Fonte: flusso CEDAP	Salute Riproduttiva Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/Popolazione residente di età 14-19 anni (%). Target: >= 7%					X						X							X
CdG Fonte: Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinale HPV nella coorte delle/dei dodicenni (coorte 2010) Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 60%					X						X							X
CdG Fonte: 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
Ref. percorso Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con pap-test/HPV 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				X							X
CdG Fonte: Flusso IVG	Attivazione IVG farmacologiche in setting ambulatoriale. Target: 95% IVG farmacologiche in setting ambulatoriale nel secondo semestre 2023	X						X											X
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																			
Adesione agli obiettivi del programma "Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio"																			
Dir. Programma Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio	Mappatura delle attività ostetriche, della struttura dell'offerta, dei profili professionali, finalizzata alla progettualità di un modello organizzativo innovativo delle attività ospedale-territorio, che salvaguardi anche lo sviluppo delle competenze. Indicatore: mappatura entro Giugno e sviluppo del progetto di riorganizzazione (e relative milestones) entro dicembre.	X				X		X				X						X	Coinvolge Direzioni di presidio e DIT

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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-	Punti Dirigenza	C0194 - UO PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE	Punti Dirigenza	S0005 - SSI CENTRO FIBROSI CISTICA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA'ADULTA FO-	S1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE	Comparto	NOTE
Dir. Programma Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio	Mappatura e condivisione dei criteri delle griglie di rischio al momento della presa in carico nel primo trimestre, durante la gravidanza e al momento della presa in carico ospedaliera. Indicatore: Pubblicazione criteri entro Giugno	X				X		X				X						X	Coinvolge medicina legale e rischio clinico (caminati)
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobiotica"																			
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X						X										X	GEL IDROALCOLICO, CONTAMINAZIONE EMOCOLTURE, ADESIONE PROGETTO ANTIBIOTICO PERCHE', ADESIONE FORMAZIONE ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP, ADESIONE PROGETTO SICHER Report di antimicrobial stewardship and infection control di Area Chirurgica, visualizzabile al seguente indirizzo intranet aziendale https://rr.auslromagna.it/specialistico/rischio-infettivo/progetti
Adesione agli obiettivi del programma "Medicina Innovativa (medicina rigenerativa, immunoterapia e terapia genica)"																			
Dir. programma Medicina Innovativa	Attivazione membrana amniotica crioconservata. Indicatore: raccolta di almeno 10 membrane amniotiche all'anno e inizio distribuzione entro giugno 2023							X				X						X	
Adesione agli obiettivi del Percorso Nascita																			
Ref. percorso nascita	Revisione PA182 "Percorso disordini della sfera emozionale dalla gravidanza al periodo post natale" e PA86 "Assistenza alla donna e al neonato durante il travaglio-parto" Target: pubblicazione revisioni entro settembre 2023	X		X		X		X		X		X						X	
Ref. percorso nascita	Definizione di un modello organizzativo per la Sicurezza durante gli interventi di Taglio Cesareo Target: formalizzazione modello organizzativo entro 2023	X		X		X		X		X		X						X	
Adesione agli obiettivi del Percorso Bambino Cronico																			
Ref. Percorso Bambino Cronico	REVISIONE PROCEDURA PA222 - Gestione bambino affetto da patologia cronica rev. 0 del 20-12-2019. Target: revisione procedura entro settembre e raggiungimento indicatori previsti in procedura nel quarto trimestre 2023			X		X				X		X						X	
Percorsi di integrazione area ostetrico/ginecologica Forli-Ravenna a seguito di spostamento afferenza SS Ostetricia e Ginecologia Faenza su UO Ostetricia e Ginecologia Forli																			
Dir. UO ostetrica-ginecologia Forli	Integrazione équipes Forli e Faenza e condivisione percorsi. Target: relazione entro settembre 2023 su riorganizzazione	X																X	
Presenza in carico delle donne nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva (pianificazione della gravidanza, puerperio, promozione dell'allattamento)																			
Fonte: INSIDER (flusso AVR)	Implementazione progettualità per il miglioramento dell'allattamento al seno. Audit di monitoraggio indicatori InSiDER e sviluppo azioni di miglioramento entro giugno Target: % non allattamento a tre mesi <= media regionale 2022	X		X		X		X		X		X						X	Media regionale 2021 = 18%
Piano Regionale Prevenzione - PL 11 Interventi per i primi 1000 giorni di vita del bambino																			

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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.	Punti Dirigenza	C0194 - UO PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE	Punti Dirigenza	S0005 - SSI CENTRO FIBROSI CISTICA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA FO-	S1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE	Comparto	NOTE
Ref. PL11 Brunelli- Ancora	Implementazione di un progetto di ricerca-azione per migliorare adesione ai corsi di preparazione alla nascita. Target: avvio ricerca entro 2023	X		X		X		X		X		X						X	
Ref. PL11 Brunelli- Ancora	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti in condivisione con PLS. Target: incontro per valutazione e confronto attività sulla base di schede condivise e sviluppo di azioni condivise entro settembre			X		X				X		X						X	
Piano Regionale Prevenzione - PL 12 Infanzia e Adolescenza in condizioni di vulnerabilità																			
Ref. PL12 Marchetti	Definizione a livello dei Distretti delle Linee di indirizzo del Documento su prevenzione e contrasto del ritiro sociale. Target: entro 2023			X		X				X		X							Coinvolte Direzioni di Distretto, NPJA
Ref. PL12 Marchetti	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti. Target: Almeno 2 incontri per valutazione e confronto attività sull'area del ritiro sociale e del coordinamento degli spazi di ascolto scolastici			X		X				X		X							
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																			
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X		X				X		X				X					
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO. Target: per interventi sottoposti a monitoraggio >=80%	X						X											In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO. Target: per tutti gli interventi chirurgici programmati >=70%	X						X											In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
CdG Fonte: flusso IG	Tempestività di compilazione e invio Flusso IG (Tabella AS e Tabella IVG). Target: >= 95%	X						X											
Direttori strutture psicologia	Garantire la corretta, completa e tempestiva rilevazione delle prestazioni psicologi erogate per linea di attività. TARGET: entro maggio definizione modalità e strumenti in collaborazione con UO GSI e SS Governo flussi informativi Da secondo semestre rilevazione puntuale delle prestazioni erogate secondo modalità definite															X	X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																			
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																			
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure Target: 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	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE. Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto					X						X						X	
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci																			
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)	X		X				X		X									Nota 51: endometriosi, fibromi uterini
Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico																			

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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-	Punti Dirigenza	C0194 - UO PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE	Punti Dirigenza	S0005 - SSI CENTRO FIBROSI CISTICA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA'ADULTA FO-	S1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE	Comparto	NOTE
UO Qualità	Rinnovo autorizzazione regionale Centro PMA I° livello di Forlì. Target: invio documentazione in Regione, site visit secondo programmazione Regionale, mantenimento autorizzazione	X																X	
CdG Fonte: flusso CEDAP	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (valore medio regionale 2021: 6%)	X						X											
CdG Fonte: flusso CEDAP	% parti senza nessuna metodica di controllo dolore. Fonte CEDAP. Target <=5%	X						X										X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA		5																	
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																			
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA		10																	
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																			
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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																			
RID	Presenza in carico della donna in gravidanza dal primo trimestre con incontri multidisciplinari. INDICATORE: Revisione dei corsi di accompagnamento alla nascita. Target: 1 corso attivato mensilmente che prevede 11 incontri											X							

D0026 DIPARTIMENTO SDIA FORLI-CESENA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0187 - UO	Punti Dirigenza	C0188 - UO	Punti Dirigenza	C0190 - UO	Punti Dirigenza	C0191 - UO	Punti Dirigenza	C0192 - UO	Punti Dirigenza	C0194 - UO	Punti Dirigenza	S0005 - SSI	Punti Dirigenza	S1122 - SSI	S1131 - SSI	COMPARTO	NOTE
		OSTETRICA E GINECOLOGIA FORLI'	PEDIATRIA FORLI'	SALUTE DONNA E INFANZIA FORLI'	OSTETRICA E GINECOLOGIA CESENA	PEDIATRIA E TERAPIA INT. NEONAT.	PEDIATRIA E CONSULTORIO FAMILIARE	CENTRO FIBROSI CISTICA	GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA FO-	PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE									
RID	Ridurre le difformità assistenziali in tema di allattamento INDICATORE: Formalizzazione di specifica istruzione operativa e partecipazione a corsi di formazione entro settembre 2023							X		X									
RID	Promozione della salute e di sani stili di vita in gravidanza. INDICATORE: % gravide che partecipano agli incontri dedicati >= 80% donne in carico al consultorio					X													
RID	Integrazione del personale ostetrico di Forlì e Faenza per l'acquisizione, il miglioramento e il mantenimento delle competenze	X																	

Direttore Dipartimento
Enrico Valletta
 (firm.to digitalmente)

Medico di direzione
Marisa Bagnoli
 (firm.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Sabrina Casadei
 (firm.to digitalmente)

Direttore Generale
Tiziano Carradori
 (firm.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	3.938.859	6.919.563	2.980.704	1.779.205	8.698.768
BS002 - EMODERIVATI	53.101	59.217	6.116	-10.000	49.217
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	46.159	59.941	13.782	4.000	63.941
BS012 - VACCINI	2.360.681	2.047.337	-313.345	-50.000	1.997.337
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	11.269	16.649	5.380	0	16.649
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	10.088	10.681	593	0	10.681
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.553.703	1.729.047	175.344	183.000	1.912.047
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	182.645	182.663	18	0	182.663
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	27.104	24.616	-2.487	0	24.616
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		17.045	17.045	0	17.045
TOTALE BENI SANITARI	8.183.609	11.066.759	2.883.150	1.906.205	12.972.964

MEDICINALI

FIBROSI CISTICA: Costi emergenti TOTALI 2023: 1.716.205, di cui 1.250.000€ su fondo innovativi. Nuovi arruolamenti 2023: 795.000€ per 15 pazienti come da programmazione

OST-GINE: incremento di 4.000 € per introduzione in PTL Misoone (IVG farmacologica)

PEDIATRIA FO-CE: incremento 9.000 € farmaco SYNAGIS

CONSULTORI FO-CE: incremento 45.000€ offerta farmaci anticoncezionali

VACCINI

Per ambito Cesena costo cessante di 50.000 € per diminuzioni coorti da vaccinare per calo demografico, per ambito di Forlì assegnato consuntivo

PRODOTTI DIETETICI

4.000 € costo emergente latte DRG Num. 1631 del 05/10/2022 (10 pazienti totali per FO-CE)

DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT

FIBROSI CISTICA: Macroduct® test sudore costo emergente +25.0000€

OST-GINE CESENA: incremento di 7.000 € per 20 procedure Gel Path, autorizzati da CADM

PED FO: incremento 72.000 € microinfusori/sensori (stima Home Care)

PED CE: incremento 79.000 € microinfusori/sensori (stima Home Care)

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 - LUGO	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAV	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAV	Comparto	NOTE
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO		100		100		100		100		100				
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza:														
	1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps														
	2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione														
	3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding														
	4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto,														
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <=20%	X						X							
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X						X							
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti														
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance per interventi tumore utero entro 30 giorni. Target >=90%							X						X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%							X							Il piano di recupero sarà definito entro aprile dalle DMPO, condiviso con il RUA, il Board chirurgico, la UO Committenza, le UUOO/Dip interessati
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialista ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista														
RUA Amb. (CdG Fonte: flusso ASA)	% visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X				X		X					
Direttore SSI Psicologia di Comunità	Declinazione di un protocollo delle attività psicologiche consultoriali finalizzato all'individuazione/ridefinizione dei criteri d'accesso e delle modalità d'intervento legate al target di utenza che afferisce ai Consultori Familiari in regime di libero accesso			X									X		
	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE														
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse														
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione: Area specialistica ambulatoriale secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	X Mantenimento volumi 2022		X Mantenimento volumi 2022				X Mantenimento volumi 2022		X Mantenimento volumi 2022					A parità risorse 2022
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione: Area produzione chirurgica secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting							X Mantenimento volumi 2022						X	A parità risorse 2022

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 - LUGO	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAV	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAV	Comparto	NOTE
Ref. Medico Direzione PO	Analisi valutativa ed organizzativa sull'attività di specialistica ambulatoriale INDICATORE: Report di analisi con definizione massima capacità produttiva per UO entro giugno	X		X				X		X					Coinvolge Direzioni mediche di presidio UO CdG
CdG Fonte: flusso CEDAP	Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari /Totale parti residenti (%). Target: >= 57%			X										X	
CdG Fonte: flusso SICO	Salute Riproduttiva Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/Popolazione residente di età 14-19 anni (%). Target: >= 7%			X										X	
CdG Fonte: Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinale HPV nella coorte delle/dei dodicenni (coorte 2010) Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 60%					X								X	
CdG Fonte: Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinazioni obbligatorie nei bambini che compiono 2 anni nell'anno di rilevazione Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 95%					X								X	
CdG Fonte: Flusso IVG	Attivazione IVG farmacologiche in setting ambulatoriale. Target: 95% IVG farmacologiche in setting ambulatoriale nel secondo semestre 2023.			X				X						X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE															
Adesione agli obiettivi del programma "Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio"															
Dir. Programma Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio	Mappatura delle attività ostetriche, della struttura dell'offerta, dei profili professionali, finalizzata alla progettualità di un modello organizzativo innovativo delle attività ospedale-territorio, che salvaguardi anche lo sviluppo delle competenze. Indicatore: mappatura entro Giugno e sviluppo del progetto di riorganizzazione (e relative milestones) entro dicembre.			X				X						X	
Dir. Programma Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio	Mappatura e condivisione dei criteri delle griglie di rischio al momento della presa in carico nel primo trimestre, durante la gravidanza e al momento della presa in carico ospedaliera. Indicatore: Pubblicazione criteri entro Giugno			X				X						X	
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"															
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50							X						X	GEL IDROALCOLICO, CONTAMINAZIONE EMOCOLTURE, ADESIONE PROGETTO ANTIBIOTICO PERCHE', ADESIONE FORMAZIONE ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP, ADESIONE PROGETTO SICHER Report di antimicrobial stewardship e infection control di Area Chirurgica, visualizzabile al seguente indirizzo intranet aziendale https://rr.auslromagna.it/specialistico/rischio-infettivo/progetti
Adesione agli obiettivi del Percorso Nascita															
Ref. percorso nascita	Revisione PA182 "Percorso disordini della sfera emozionale dalla gravidanza al periodo post natale" e PA86 "Assistenza alla donna e al neonato durante il travaglio-parto" Target: pubblicazione revisioni entro settembre 2023	X		X		X		X						X	

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0222 - UO PEDIATRIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0223 - UO CONSULTORI FAMILIARI RAVENNA	Punti Dirigenza	C0224 - UO PEDIATRIA DI COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	C1219 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA RAVENNA - LUGO	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAV	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAV	Comparto	NOTE
Ref. percorso nascita	Definizione di un modello organizzativo per la Sicurezza durante gli interventi di Taglio Cesareo Target: formalizzazione modello organizzativo entro 2023	X		X		X		X						X	
Adesione agli obiettivi del Percorso Bambino Cronico															
Ref. Percorso Bambino Cronico	REVISIONE PROCEDURA PA222 - Gestione bambino affetto da patologia cronica rev. 0 del 20-12-2019. Target: revisione procedura entro settembre e raggiungimento indicatori previsti in procedura nel quarto trimestre 2023	X				X								X	
Percorsi di integrazione area ostetrico/ginecologica Forli-Ravenna a seguito di spostamento afferenza SS Ostetricia e Ginecologia Faenza su UO Ostetricia e Ginecologia Forli															
Dir. UO ostetricia-ginecologia Forli	Integrazione équipes Forli e Faenza e condivisione percorsi. Target: relazione entro settembre 2023 su riorganizzazione			X				X						X	
Presenza in carico delle donne nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva (pianificazione della gravidanza, puerperio, promozione dell'allattamento)															
Fonte: INSIDER (flusso AVR)	Implementazione progettualità per il miglioramento dell'allattamento al seno. Audit di monitoraggio indicatori InsiDER e sviluppo azioni di miglioramento entro giugno Target: % non allattamento a tre mesi <= media regionale 2022	X		X		X		X						X	
Progetti per i primi 1000 giorni di vita del bambino															
Ref. PL11 Brunelli- Ancora	Implementazione di un progetto di ricerca-azione per migliorare adesione ai corsi di preparazione alla nascita. Target: avvio ricerca entro 2023	X		X		X								X	
Ref. PL11 Brunelli- Ancora	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti in condivisione con PLS. Target: incontro per valutazione e confronto attività sulla base di schede condivise e sviluppo di azioni condivise entro settembre	X		X		X								X	
Piano Regionale Prevenzione - PL 12 Infanzia e Adolescenza in condizioni di vulnerabilità															
Ref. PL12 Marchetti	Definizione a livello dei Distretti delle Linee di indirizzo del Documento su prevenzione e contrasto del ritiro sociale. Target: entro 2023	X		X		X								X	Coinvolte Direzioni di Distretto, NPIA
Ref. PL12 Marchetti	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti. Target: Almeno 2 incontri per valutazione e confronto attività sull'area del ritiro sociale e del coordinamento degli spazi di ascolto scolastici	X		X		X								X	
Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico															
Direttore SSI Gestione Transizione	Realizzazione di percorsi di transizione omogenei in Azienda per l'area disabilità intellettiva e ADHD INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre											X			

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0222 - UO PEDIATRIA RAVENNA	Punti Dirigenza	C0223 - UO CONSULTORI FAMILIARI RAVENNA	Punti Dirigenza	C0224 - UO PEDIATRIA DI COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	C1219 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA RAVENNA - LUGO	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAV	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAV	Comparto	NOTE
Direttore SSI Fisiopatologia riproduzione	Realizzazione di Percorso/Progetto Andrologico dedicato all'interno della SSI PMA. INDICATORE: organizzare all'interno dei tre centri PMA della SSI percorsi dedicati alla infertilità maschile in collaborazione con le Urologie/Andrologie dei tre Presidi entro anno									X					Progetto di Miglioramento 1_23 SSI PMA
Direttore SSI Fisiopatologia riproduzione	Realizzazione di un ambulatorio presso il centro PMA di Lugo per il monitoraggio delle gravidanze insorte tramite tecniche di Fecondazione Assistita. Target: entro anno									X					
Direttore SSI Fisiopatologia riproduzione	Realizzazione di una procedura comune tra i tre centri PMA della SSI relativa all'import export dei gameti. Target: entro anno									X					
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)														
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X						X		X					
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO. Target: per interventi sottoposti a monitoraggio >=80%							X							In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO. Target: per tutti gli interventi chirurgici programmati >=70%							X							In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio Flusso IG (Tabella AS e Tabella IVG). Target: >= 95%			X				X							
Direttori strutture psicologia	Garantire la corretta, completa e tempestiva rilevazione delle prestazioni psicologi erogate per linea di attività. TARGET: entro maggio definizione modalità e strumenti in collaborazione con UO GSI e SS Governo flussi informativi Da secondo semestre rilevazione puntuale delle prestazioni erogate secondo modalità definite.											X	X		
	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO														
	Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico														
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure Target: Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4)	X		X		X		X		X				X	
Risk manager	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE. Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un	X		X											
	Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici														
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)	X						X							Nota 51: endometriosi, fibromi uterini
	Adesione agli standard Area Qualità, Esiti e Governo Clinico														
UO Qualità	Rinnovo autorizzazione regionale Centro PMA I° livello di Forlì. Target: invio documentazione in Regione, site visit secondo programmazione Regionale, mantenimento autorizzazione									X					
CdG Fonte: flusso CEDAP	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (valore medio regionale 2021: 6%)							X							

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 - LUGO	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAV	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAV	Comparto	NOTE
CdG Fonte: flusso CEDAP	% parti senza nessuna metodica di controllo dolore. Fonte CEDAP. Target <=5%							X						X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA															
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza															
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X	X	X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X	X	X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA															
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa															
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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															
RID	Ambulatorio di gestione della gravidanza insorta a seguito di cicli PMA. INDICATORE: % gravidanze seguite dall'ambulatorio/gravidanze insorte con PMA nel centro di Lugo. Target: >=90%			X				X		X					
RID	Primi 1000 giorni di vita del bambino: revisione del materiale informativo in merito ai criteri igienico sanitari. Indicatore: revisione dei materiali informativi entro Giugno 2023					X									

D0030 DIPARTIMENTO SDIA RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 - LUGO	Punti Dirigenza	S0128 - SSI FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	Punti Dirigenza	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAV	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAV	Comparto	NOTE
RID	Adesione agli Obiettivi del percorso Bambino Cronico: I.O. per l'inserimento del pz pediatrico ad alta complessità nel database della centrale operativa 118	X				X									
RID	Adesione agli obiettivi del programma "Percorso ostetrico tra Ospedale e Territorio" : supporto alla mindwifery care nel percorso nascita tramite eco office			X						X					
RID	Integrazione del personale ostetrico di Forlì e Faenza per l'acquisizione, il miglioramento e il mantenimento delle competenze							X							

Direttore Dipartimento
Federico Marchetti
 (firm.to digitalmente)

Medico di direzione
Umberto Carioli
 (firm.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Laura Linari
 (firm.to digitalmente)

Direttore Generale
Tiziano Carradori
 (firm.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023	
BS001 - MEDICINALI	857.800	971.322	113.522	100.867	1.072.189	
BS002 - EMODERIVATI	53.213	50.971	-2.242	0	50.971	
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	56.433	83.689	27.255	2.000	85.689	
BS012 - VACCINI	2.594.775	2.179.177	-415.598	0	2.179.177	
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	5.129	8.651	3.522	-15	8.636	
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	101.187	145.310	44.124	22.360	167.670	
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.623.899	1.768.435	144.537	252.300	2.020.736	costi emergenti DM diabete a cura dell'Home Care +219.000 €
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	150.898	107.855	-43.043	13.273	121.129	
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	30.425	28.273	-2.151	0	28.273	
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		4.360	4.360	181	4.542	
TOTALE BENI SANITARI	5.473.759	5.348.044	-125.715	390.967	5.739.010	

DELTA RISPETTO A 2022: +390.967€ di cui:

- +100.8670€ MEDICINALI: farmaci biologici Pediatria+ Progetto contraccezione Consultori + incremento attività Fisiopatologia della Riproduzione
- +252.300€ DISPOSITIVI MEDICI:costi emergenti per sistemi di controllo della glicemia (+219.000 €) come da previsione Home Care ed aumento attività Fisiopatologia della Riproduzione
- +22.360€ DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS: gameti per fecondazione eterologa Fisiopatologia della Riproduzione
- +13.273€ DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS: n. 2 POCT Savanna per le UUOO Pediatria Faenza e Ravenna
- +2.000€ PRODOTTI DIETETICI: acquisto latti come da progetto Del RER 1631 del 5/10/22 Pediatria di Comunità

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ALL'ETA' ADULTA RIMINI	S1127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E DI COMUNITA' RIMINI	S1130 - SSI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Comparto	NOTE
			100		100		100		100							
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO															
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)															
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X						X								
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X						X								
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti															
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO)	Indice di performance per interventi tumore utero entro 30 giorni. Target >=90%							X							X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SIGLA)	Rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%							X								Il piano di recupero sarà definito entro aprile dalle DMPO, condiviso con il RUA, il Board chirurgico, la UO Committenza, le UUOO/Dip interessati
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista															
RUA Amb. (CdG Fonte: flusso ASA)	% visite di controllo prescritte dallo specialista sul totale delle visite di controllo erogate. Target: >=90%	X		X		X		X								
Direttore SSI Psicologia di Comunità	Inserimento dello psicologo della Pediatria Ospedaliera nell'equipe delle cure palliative pediatriche (UVM) nel percorso di Pianificazione Condivisa delle Cure per il supporto psicologico ai genitori e al pz nei periodi critici di malattia, nelle scelte di vita e di cura, nell'adattamento alla malattia in un'ottica di continuità tra ospedale e territorio	X				X				X			X			
	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE															
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse															
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del di produzione: Area specialistica ambulatoriale secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	X Mantenimento volumi 2022		X Mantenimento volumi 2022		X Mantenimento volumi 2022		X Mantenimento volumi 2022								A parità risorse 2022

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO254 - UO PEDIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO255 - UO TERAPIA INTENSIVA NEONATALE RIMINI	Punti Dirigenza	CO257 - UO TUTELA SALUTE FAMIGLIA, DONNA ED ETA' EV.RIMINI	Punti Dirigenza	CI251 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	SO129 - SSI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	Punti Dirigenza	SI125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ALL'ETA' ADULTA RIMINI	SI127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E DI COMUNITA' RIMINI	SI130 - SSI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Comparto	NOTE
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del di produzione: Area produzione chirurgica secondo criteri di massima efficienza produttiva, coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse e considerando eventuali variazioni di case mix/setting							X Mantenimento volumi 2022							X	A parità risorse 2022
Ref. Medico Direzione PO	Analisi valutativa ed organizzativa sull'attività di specialistica ambulatoriale INDICATORE: Report di analisi con definizione massima capacità produttiva per UO entro giugno	X				X		X								Coinvolge Direzioni mediche di presidio UO CdG
CdG Fonte: flusso CEDAP	Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari /Totale parti residenti (%). Target: >= 57%					X									X	
CdG Fonte: flusso SICO	Salute Riproduttiva Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/Popolazione residente di età 14-19 anni (%). Target: >= 7%					X									X	
CdG Fonte: Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinale HPV nella coorte delle/dei dodicenni (coorte 2010) Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 60%					X									X	
CdG Fonte: Anagrafe vaccinale	Copertura vaccinazioni obbligatorie nei bambini che compiono 2 anni nell'anno di rilevazione Indicatore: % vaccinati su totale coorte. Target >= 95%					X									X	
Ref. percorso Screening	Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con pap-test/HPV test positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali Target: Tempo dal pap test positivo alla coloscopia >=90% entro 60 giorni. Target: >= 90%					X		X							X	Partecipa al raggiungimento anche prevenzione oncologica
CdG Fonte: Flusso IVG	Attivazione IVG farmacologiche in setting ambulatoriale. Target: 95% IVG farmacologiche in setting ambulatoriale nel secondo semestre 2023.					X		X							X	Target con DSA a regime
Direttore SSI	Implementazione progetto per reclutamento 14-18enni per patologie ematologiche ed oncematologiche. Target: Incremento accessi vs 2022									X						Attivazione agenda CUP
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																
Adesione agli obiettivi del programma "Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio"																
Dir. Programma Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio	Mappatura delle attività ostetriche, della struttura dell'offerta, dei profili professionali, finalizzata alla progettualità di un modello organizzativo innovativo delle attività ospedale-territorio, che salvaguardi anche lo sviluppo delle competenze. Indicatore: mappatura entro Giugno e sviluppo del progetto di riorganizzazione (e relative milestones) entro dicembre.					X		X							X	Coinvolge Direzioni di presidio e DIT
Dir. Programma Percorso Ostetrico tra Ospedale e Territorio	Mappatura e condivisione dei criteri delle griglie di rischio al momento della presa in carico nel primo trimestre, durante la gravidanza e al momento della presa in carico ospedaliera. Indicatore: Pubblicazione criteri entro Giugno					X		X							X	Coinvolge medicina legale e rischio clinico (caminati)
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"																

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO254 - UO PEDIATRIA RIMINI	Punti Dirigenza	CO255 - UO TERAPIA INTENSIVA NEONATALE RIMINI	Punti Dirigenza	CO257 - UO TUTELA SALUTE FAMIGLIA, DONNA ED ETA' EV. RIMINI	Punti Dirigenza	CI251 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA RIMINI	Punti Dirigenza	SO129 - SSI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	Punti Dirigenza	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ALL'ETA' ADULTA RIMINI	S1127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E DI COMUNITA' RIMINI	S1130 - SSI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Comparto	NOTE
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50							X							X	GEL IDROALCOLICO, CONTAMINAZIONE EMOCOLTURE, ADESIONE PROGETTO ANTIBIOTICO PERCHE', ADESIONE FORMAZIONE ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP, ADESIONE PROGETTO SICHER Report di antimicrobial stewardship e infection control di Area Chirurgica, visualizzabile al seguente indirizzo intranet aziendale https://rr.auslromagna.it/specialistico/rischio-infettivo/progetti
Adesione agli obiettivi del Percorso Nascita																
Ref. percorso nascita	Revisione PA182 "Percorso disordini della sfera emozionale dalla gravidanza al periodo post natale" e PA86 "Assistenza alla donna e al neonato durante il travaglio-parto" Target: pubblicazione revisioni entro settembre 2023	X		X		X		X							X	
Ref. percorso nascita	Definizione di un modello organizzativo per la Sicurezza durante gli interventi di Taglio Cesareo Target: formalizzazione modello organizzativo entro 2023 (check-list)							X							X	
Adesione agli obiettivi del Percorso Bambino Cronico																
Ref. Percorso Bambino Cronico	REVISIONE PROCEDURA PA222 - Gestione bambino affetto da patologia cronica rev. 0 del 20-12-2019. Target: revisione procedura entro settembre e raggiungimento indicatori previsti in procedura nel quarto trimestre 2023	X		X		X									X	
Presenza in carico delle donne nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva (pianificazione della gravidanza, puerperio, promozione dell'allattamento)																
Fonte: INSIDER (flusso AVR)	Implementazione progettualità per il miglioramento dell'allattamento al seno. Audit di monitoraggio indicatori InsiDER e sviluppo azioni di miglioramento entro giugno Target: % non allattamento a tre mesi <= media regionale 2022			X		X		X							X	Media regionale 2021 = 18%
Piano Regionale Prevenzione - PL 11 Interventi per i primi 1000 giorni di vita del bambino																
Ref. PL11 Brunelli- Ancora	Implementazione di un progetto di ricerca-azione per migliorare adesione ai corsi di preparazione alla nascita. Target: avvio ricerca entro 2023			X		X		X							X	
Ref. PL11 Brunelli- Ancora	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti in condivisione con PLS. Target: incontro per valutazione e confronto attività sulla base di schede condivise e sviluppo di azioni condivise entro settembre	X		X		X									X	
Piano Regionale Prevenzione - PL 12 Infanzia e Adolescenza in condizioni di vulnerabilità																
Ref. PL12 Marchetti	Definizione a livello dei Distretti delle Linee di indirizzo del Documento su prevenzione e contrasto del ritiro sociale. Target: entro 2023	X				X										Coinvolte Direzioni di Distretto, NPIA
Ref. PL12 Marchetti	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti. Target: Almeno 2 incontri per valutazione e confronto attività sull'area del ritiro sociale e del coordinamento degli spazi di ascolto scolastici	X				X										

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ALL'ETA' ADULTA RIMINI	S1127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E DI COMUNITA' RIMINI	S1130 - SSI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Comparto	NOTE
	Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico															
Direttore di dipartimento	Definizione di una procedura interdipartimentale (TIN, pediatria, rianimazione e chirurgia pediatrica) per la gestione del lattante critico. Target: definizione procedura ed avvio operativo entro settembre; rispetto indicatori previsti in procedura per ultimo trimestre 2023	X		X												
Direttore SSI	Definizione percorso di presa in carico delle complicanze a breve e medio termine dei pazienti trapiantati presso il centro trapianti. Target: Definizione ed avvio procedura compresa effettuazione formazione entro settembre 2023									X						
Direttore SSI Gestione Transizione	Realizzazione di percorsi di transizione omogenei in Azienda per l'area disabilità intellettiva e ADHD INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre											X				
Direttore di Dipartimento/ UUOO	PROGETTO DAMA: definizione del percorso di accoglienza ed assistenza differenziata a favore dei pazienti con deficit intellettivo, comunicativo e neuromotorio del DSM-DP INDICATORE: Formalizzazione ed avvio operativo del percorso entro il 2023													X		
Ref. aziendale Autismo	Potenziare intervento precoce nei bambini 0-3 anni con disturbo dello spettro autistico INDICATORE: almeno 50% dei bambini 0-3 anni con ASD con 4h/sett di intervento	X		X										X		
Ref. aziendale Autismo	Definizione del PDTA Autismo INDICATORE: Istituzione tavolo di lavoro e condivisione formalizzata della stratificazione dei bisogni (1-2-3) entro 2023													X		
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)															
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target: >= 95%	X		X				X		X						
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO. Target: per interventi sottoposti a monitoraggio >=80%							X								In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO. Target: per tutti gli interventi chirurgici programmati >=70%							X								In collaborazione con UO GSI per la predisposizione di un report specifico.
CdG Fonte: Insider	Tempestività di compilazione e invio Flusso IG (Tabella AS e Tabella IVG). Target: >= 95%					X		X								
Direttori strutture psicologia	Garantire la corretta, completa e tempestiva rilevazione delle prestazioni psicologi erogate per linea di attività. TARGET: entro maggio definizione modalità e strumenti in collaborazione con UO GSI e SS Governo flussi informativi Da secondo semestre rilevazione puntuale delle prestazioni erogate secondo modalità definite											X	X			
	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO															
	Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico															

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ALL'ETA' ADULTA RIMINI	S1127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E DI COMUNITA' RIMINI	S1130 - SSI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Comparto	NOTE
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure Target: Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4)	X		X		X		X		X					X	
Risk manager	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE. Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto					X										
	Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici															
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)	X						X								Nota 51: endometriosi, fibromi uterini
	Adesione agli standard Area Qualita', Esiti e Governo Clinico															
CdG Fonte: flusso CEDAP	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (valore medio regionale 2021: 6%)							X								
CdG Fonte: flusso CEDAP	% parti senza nessuna metodica di controllo dolore. Fonte CEDAP. Target <=5%							X							X	
Direttore UO Pediatria	Condivisione con PLS di schede sintetiche per potenziare l'appropriatezza prescritta delle richieste di visita specialistica ambulatoriale ospedaliera. Target: condivisione di schede per almeno tre aree specialistiche	X				X										Valutare possibilita di informatizzare le schede sugli applicativi dei PLS
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA															
	Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza															
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X					X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X					X	
	AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA															
	Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa															

D0034 DIPARTIMENTO SDIA RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Comparto	NOTE
		C0254 - UO PEDIATRIA RIMINI	C0255 - UO TERAPIA INTENSIVA NEONATALE RIMINI	C0257 - UO TUTELA SALUTE FAMIGLIA, DONNA ED ETA' EV.RIMINI	C1251 - UO OSTETRICIA E GINECOLOGIA RIMINI	S0129 - SSI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ALL'ETA' ADULTA RIMINI	S1127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E DI COMUNITA' RIMINI	S1130 - SSI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA				
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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													
RID	Progetto di riorganizzazione dell'ambulatorio urgenze pediatriche Rimini. Target: Formalizzazione proposta entro giugno 2023	X											
RID	Attuazione di un progetto di pianificazione assistenziale secondo il modello Gordon (diagnosi infermieristiche, NIC,NOC) con linguaggio certificato a livello internazionale. Target: avvio entro settembre 2023.		X										

Direttore Dipartimento
Gina Ancora
(firm.to digitalmente)

Medico di direzione
Elisabetta Sensoli
(firm.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Maria Ricci
(firm.to digitalmente)

Direttore Generale
Tiziano Carradori
(firm.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	943.058	1.169.722	226.665	46.956	1.216.678
BS002 - EMODERIVATI	160.311	92.052	-68.259	0	92.052
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	52.498	31.733	-20.765	2.000	33.733
BS012 - VACCINI	1.743.565	1.659.255	-84.309	0	1.659.255
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	9.804	16.323	6.518	0	16.323
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	28.283	47.850	19.568	7.200	55.050
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	1.478.290	1.460.460	-17.831	85.000	1.545.460
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	196.707	123.438	-73.270	0	123.438
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	26.074	28.371	2.297	0	28.371
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		7.306	7.306	0	7.306
TOTALE BENI SANITARI	4.638.590	4.636.509	-2.081	141.156	4.777.665

MEDICINALI:

- +12.416 € Pediatria (farmaci biologici)
- +8.340 € Tutela salute famiglia, donna ed età ev (IVG farmacologiche)
- +6.400 € Ostetricia e ginecologia (Misoone IVG farmacologiche)
- + 19.800 € Oncoematologia pediatrica (Siero Antilinfocitario di cavallo)

PRODOTTI DIETETICI: +2.000 € Tutela salute famiglia, donna ed età ev (latte artificiale DRG 1631/2022)

IMP NON ATTIVI: +7.200 € Ostetricia e ginecologia (introduzione tecnica V Notes)

DM: +85.000 € Pediatria (microinfusori/sensori diabete stima Home Care aggiornata a marzo 2023)

DIAGNOSTICI: Pediatria costi incrementali per Test Combo_covid_infl_a/b_sinciz da monitorare in corso d'anno

D0027 - DIP.CURE PRIMARIE E MED.DI COMUNITA' FORLI'-CESENA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 ASSISTENZA RIABILIT. TERRITORIALE FORLI'-CESENA - Punti Dirigenza	SS1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE - Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO												
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)											
Ref. Medico Direzione PO	Adesione al cruscotto/strumento gestione PL da parte delle UUOO aderenti al cingolo/strumento gestione PL Indicatori: Report mensile da condividere con i direttori di UUOO per azioni di miglioramento	X		X		X					X	Monitoraggio mensile a cura delle Direzioni di Presidio con segnalazione criticità alle UUOO non aderenti al cruscotto/gestione PL / Bed Management
Direttore Dipartimento (CdG: flusso PS-CRA)	Migliorare l'appropriatezza degli accessi in PS da CRA: - almeno un percorso interprofessionale relativamente a tematiche specifiche che evitano l'accesso in PS - individuazione di un percorso per la riduzione in PS per l'esecuzione di esami radiologici Indicatore: riduzione del 10% del numero degli accessi in PS rispetto alla patologia identificata/percorso individuato	X		X			X					Esempio di tematiche specifiche: BPSD, sostituzione catetere vescicale e sonde da nutrizione enterale In collaborazione con Dip. Emergenza e Dip. Immagini
Direttore Dipartimento (CdG: flusso PS-CRA)	Migliorare la qualità del fine vita negli ospiti delle CRA - Progetto di miglioramento condiviso con la rete delle cure palliative per la gestione del fine vita Indicatore: elaborazione di un progetto fine vita omogeneo per tutti gli ambiti entro l'anno	X		X		X	X					In collaborazione con Dip Emergenza (UO PS) e Dip Oncoematologico (UO Cure Palliative)
Ref. Medico Direzione PO	Riduzione accessi in PS da MMG per visita Specialistica urgente: - implementazione almeno un nuovo percorso di visita U per ogni ambito, in base alle principali criticità - implementazione almeno un nuovo percorso aziendale U/B con indicazioni cliniche condivise in coerenza con gli orientamenti aziendali - revisione dei percorsi già in atto ove necessario - implementazione/aggiornamento del Manuale appropriatezza specialistica per ambito e pubblicazione nell'intranet aziendale perché anche gli specialisti lo osservino nella prescrizione di visite						X					In collaborazione con UO Comitenza e percorsi di specialistica Ambulatoriale
Direttore UO	Sviluppo di un sistema integrato d'interventi finalizzato alla facilitazione dei percorsi di dimissione attraverso: - riduzione della S. allettamento e lesioni da pressione, - mantenimento delle capacità motorie e autonomie residue del pz all'ingresso, - prescrizione tempestiva degli ausili alla dimissione Elaborazione progetto entro primo semestre	X	X	X	X	X					X	Applicazione PA 129 – dotazione ausili necessari alla movimentazione e a posturare correttamente il pz - Programmazione di eventi formativi in tutte le UUOO coinvolte per promuovere prevenzione allettamento, movimentazione, modalità valutativa per la prescrizione degli ausili assistenziali/riabilitativi, modalità addestramento caregiver e condivisione del percorso in collaborazione con DMPO, DIT, Dir. distretto, UUOO Gastro, UUOO Cardio e UUOO Medicine
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista											
RUA Amb. (CdG Fonte: flusso ASA)	Presenza 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			Confronto tra i professionisti (MMG, Specialisti interni, Convenzionati) al fine di migliorare l'indicatore In collaborazione con DMPO, Dir Distretto e UO Comitenza e percorsi di specialistica Ambulatoriale
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE												
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse											
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale, definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Mantenimento 2022	Mantenimento 2022	Mantenimento 2021	Mantenimento 2022		Mantenimento 2022		Mantenimento 2022			In relazione alle Prime visite e alle Prestazioni monitorate dalla regione con attenzione ai TdA In collaborazione con DMPO, Dir distretto e DIT
Direttore SSI	Attivazione di interventi gruppalari per ciascun ambito provinciale presso almeno due Case di Comunità finalizzati alla prevenzione primaria e secondaria ed alla promozione della salute e del benessere della persona in collaborazione con i MMG, il Dipartimento di Sanità pubblica e le risorse del territorio									X		In collaborazione con DSP
Direttore SSI	Declinazione di un protocollo delle attività psicologiche consultoriali finalizzato all'individuazione/ridefinizione dei criteri d'accesso e delle modalità d'intervento legate al target di utenza che afferisce ai Consultori Familiari in regime di libero accesso									X		In collaborazione con Dip SDIA Forli - Cesena
Direttore SSI	Analisi e progetto di fattibilità del percorso Accompagnamento psicologico del pz oncologico. Adattamento alla diagnosi, elaborazione ed accettazione della malattia e del percorso di cura nelle diverse fasi di trattamento del pz. Analizzare un modello d'intervento che s'interfaccia con la realtà ospedaliera e con la realtà territoriale, individuando i punti di contatto e favorendo un processo comunicativo tra le professionalità volto a garantire una forma di continuità di cura per il pz e di supporto al caregiver									X		In collaborazione con Dip Oncoematologico

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	SI1231 - SSI MEDICINA PENITENZIARIA	Punti Dirigenza	SI201 - SSD ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	SI1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
Direttore 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						X	Solo per la vaccinazione anti morbillo sono previsto momenti di sensibilizzazione dei paziente con successiva verifica di quante persone sono state arruolate nel progetto
Direttore SSI	Realizzazioni di progetti trasversali ai tre istituti penitenziari di promozione della salute in carcere: - Favorire uno spazio accogliente e rispettoso nei confronti delle molteplici etnie e credenze presenti in Istituto - Fornire informazioni corrette su temi specifici riguardanti la salute del singolo e della collettività - Promuovere l'adozione di comportamenti responsabili al fine di salvaguardare la propria salute e quella altrui Target: almeno un progetto trasversale													X						X	Adesione su base volontaria a incontri di gruppo
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																					
Adesione agli obiettivi del programma "Sistema unico Emergenza Territoriale e Logistica dei Trasporti Sanitari"																					
Dir. Programma 118	Applicazione modello sistema 116117 e pianificazione della struttura della centrale operativa corrispondente. Indicatore: costituzione della centrale unica della guardia medica ed unificazione dei contatti telefonici (numero unico)											X								X	Coinvolge i punti di Guardia Medica In collaborazione con GSI, UO 118 e UO Gestione Giuridico-Economica Convenzionati Esterni
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"																					
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Partecipazione al percorso di formazione sulla corretta applicazione della procedura sul Trattamento precoce del dolore in PS. Indicatori: Adesione al corso FAD del 70% del personale medico ed infermieristico e partecipazione al corso residenziale >= 30% personale medico ed infermieristico											X PPT								X	Per i Punti di Primo intervento territoriali
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Applicazione documento sulla Gestione del dolore nell'area dell'Emergenza. Indicatore: Controllo a campione, con supporto UO qualità e governo clinico, schede in linea con procedura >90%											X PPT								X	Per i Punti di Primo intervento territoriali In collaborazione con UO Qualità e Governo clinico
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Coinvolgimento, diffusione, formazione dei MMG nella stesura e nella corretta applicazione del documento sul Dolore Lombare. Indicatore: Evidenza degli incontri organizzati.											X									In collaborazione con dip. Neuroscienze (UO terapia antalgica, neurochirurgia)
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Creazione di un evento formativo dedicato alle indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico") con riferimento al punto A "La terapia farmacologica del dolore cronico"											X									
Adesione agli obiettivi del programma "Nutrizione preventiva e clinica integrata"																					
Dir. Programma Nutrizione	Condivisione del catalogo delle prestazioni per l'area della nutrizione preventiva e clinica (registrazione, modalità di erogazione, tempari, ecc.) che consideri anche l'erogazione di prestazioni telematiche. Indicatore: Catalogo aziendale delle prestazioni di nutrizione preventiva e clinica nei primi 6 mesi e applicazione su tutti gli ambiti entro l'anno	X										X								X	In collaborazione con GSI, DSP, CdG e DIT
Dir. Programma Nutrizione	Implementazione primo livello del percorso obesità nell'adulto. Indicatore: Sviluppo in una CdC nei primi 6 mesi e entro l'anno in una CdC per ambito territoriale	X										X								X	In collaborazione con DSP, DIT e Dir Distretto
Dir. Programma Nutrizione	Applicazione procedura sostituzione delle sonde enterali a domicilio e in strutture Socio Assistenziali. Indicatore: Percorso formativo in presenza da realizzare entro l'anno ed elaborazione corso FAD Formazione di almeno 6 operatori per ambito provinciale (tra Medici e Infermieri)	X										X								X	In collaborazione con DIT e UO Gestione del Rischio
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"																					
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X		X		X				X										X	
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																					
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X				X											
Sviluppo dell'assistenza territoriale e presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria con patologie croniche																					
Direttore Dip. e RID	Implementazione del piano delle azioni di miglioramento Report Questionario PA 210 - Definizione (entro 1° trimestre 2023) e attuazione cronoprogramma (entro anno) - Attivazione Commissione Cure Domiciliari entro 1 semestre - N. Eventi formativi per ambito (almeno 1) - Revisione PA 210 entro dicembre 2023											X								X	In collaborazione con UO Qualità e Governo clinico e DIT

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	SI1231 - SSI MEDICINA PENITENZIARIA	Punti Dirigenza	SI201 - SSD ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	SI1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
Direttore Dip. e RID	Definizione del modello aziendale IFoC Completamento Sperimentazione entro semestre, definizione profilo di comunità e della rete dei servizi mappatura del territorio e avvio operatività Indicatore: - nr attivazioni IFoC e report attività erogata - Pubblicazione entro l'anno del Progetto aziendale DIT "Modello Cure Territoriali integrato"											X								X	In collaborazione con DIT
SIVER	Pazienti > 65 anni presi in carico in ADI. Target: > 10%											X								X	Convolgimento di tutte le componenti di attivazione ADI (MMG, Infermieri, Assistenti Sociali e Road) Analisi per ambito delle attivazioni per operatore e definizione azioni di miglioramento
SIVER	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera. Target: >= 50%											X								X	Retraining eventi formativi percorso NuCOT UUOO Ospedaliera e Case di Cura Private
Direttore Dipartimento / DIT	COT - Attivazione Gruppo di lavoro aziendale - Elaborazione progetto con definizione cronoprogramma Progetto di realizzazione delle COT distrettuali entro l'anno											X								X	In collaborazione con GSI e Dir Distretto
Direttore Dipartimento / DIT	UCA 1 Elaborazione del progetto operativo UCA											X								X	Riconversione unità mediche (ex USCA) ed integrazione infermiere nel 2024
Direttore Dipartimento / DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza % di attivazione CAU rispetto a quanto definito dalla programmazione regionale. Target: >= 90%											X								X	
Referente PTDA	PDTA DEMENZE 1. Sviluppo sistema telemedicina tra i CDCD e 1 CRA per Distretto Target: nr. televisite effettuate per follow up e rinnovo piani terapeutici in CRA 2. Sviluppo sistema di telemedicina tra i CDCD e 3 Case della Comunità aziendali Target: nr. Teleconsulti effettuati in CdC per confronto tra i professionisti (Equipe CDCD ed Equipe CdC) per pz già in carico	X										X								X	In collaborazione con GSI e IVT
Referente PTDA	PDTA SCOMPENSO Incrementare il nr. di pazienti arruolati nel PDTA (provenienti dal territorio-MMG, dall'amb. scompenso ospedaliero, dalle UUOO di Degenza dopo dimissione) 1. incontri con MMG per sensibilizzare all'avvio all'amb. territoriale 2. incontri tra amb. spec. osp. SC e amb. territoriale per migliorare il collegamento e la continuità 3. aggiornamento Lettera Log80 per Fattori di Dimissione Target: Numero di pazienti in carico al PDTA rispetto al 2022; risultato minimo aziendale: >20%	X			X				X			X								X	1. incontri con MMG per sensibilizzare all'invio all'ambulatorio territoriale 2. incontri tra amb. spec. Osp. SC e amb. territoriale per migliorare il collegamento e la continuità In collaborazione con GSI, DIT e UUOO Cardiologie
Referente PTDA	PDTA DIABETE 1. Condivisione e diffusione PDTA aziendale: un evento formativo nel semestre successivo alla pubblicazione PDTA 2. Aumentare l'adesione alle misure di prevenzione: 10% di diabetici in Gestione Integrata in amb. cronicità che ricevono la valutazione breve con avvio a programmi di attività fisica in almeno una CdC per distretto 3. Attivazione di teleconsulto e estensione delle sperimentazioni in atto a tutto l'ambito aziendale											X								X	In collaborazione con GSI, DSP, Dir Distretti e Servizi di diabetologia
Referente PTDA	PDTA BPCO 1. Condivisione e diffusione PDTA aziendale: almeno 2 eventi formativi per ambito territoriale 2. Incrementare il nr. dei pazienti arruolati nei PDTA provenienti sia dal territorio che dalle UO coinvolte: aumento del 10% rispetto 2022 3. Adesione alle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica per i paz. in carico: indicatore nr. pz vaccinati in carico/tot paz in carico negli amb. cronicità											X								X	Incontri tra MMG, infermieri dell'amb. cronicità e specialisti di settore. Formazione agli MMG su nota 99 e lettura di spirometria di base in mancanza di specialisti amb. nelle CdC Hub, favorire percorsi integrati fra amb. cronicità e specialisti ospedalieri per lettura spirometria (telemedicina) In collaborazione con UUOO Pneumologie
Referente PTDA	PDTA DCA Applicazione PDTA DCA con realizzazione dell'attività di Day Service (DSA) per l'adulto in tutti gli ambiti Predisposizione di un format unico aziendale nei primi 6 mesi e avvio DSA entro dicembre	X																		X	In collaborazione con DSM e SDIA
Referente PTDA	NuCOT: - Riformulazione della modalità di rilevazione del bisogno; aggiornamento degli strumenti di rilevazione (es. LACE) e Revisione PA 145 entro l'anno - Estensione NuCOT per PS e Med. d'Urgenza: formazione sul campo primo semestre - Contribuire al progetto costitutivo delle COT: inserimento PA 145 revisionata nel modello COT aziendale entro anno	X				X														X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																					
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																					
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	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto											X								X	La scelta delle strutture sarà definita in collaborazione con i direttori di Distretto

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	SI1231 - SSI MEDICINA PENITENZIARIA	Punti Dirigenza	SI201 - SSD ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	SI1131 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' FO-CE	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
	Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici Utilizzo farmaci biosimilari o a migliore costo-opportunità in base agli esiti di gara: raggiungimento dei target specifici																				
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine Target: Riduzione consumi rispetto all'anno 2022	X				X				X		X									
Dir. Ass. Farm.	Eventi formativi rivolti ai MMG con approccio multidisciplinare su appropriatezza prescrittiva farmaci nota AIFA 99, antibiotici e farmaci ipolipemizzanti. Almeno 9 eventi in presenza dello specialista di branca. Incontri con neoconventionati/ singoli NCP/ singoli MMG focalizzati sulle categorie di farmaci prescritti che presentano maggiore rischio di inapproprietezza. Almeno 25 incontri	X				X				X		X									
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci afferenti al gruppo ATC G04C per IPB e l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/opportunità a) Riduzione di consumi con una diminuzione del gap rispetto alla media regionale dal 20% al 10%; b) aumento della % di utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/opportunità (dutasteride e tamsulosina) sul totale della classe, con avvicinamento alla Best Practice RER (+ 10 punti % per entrambe le molecole)	X				X				X		X									
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)	X				X						X									In collaborazione con GSI
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																					
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																					
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																					
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																					
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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	
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO																					
Area di performance dell'organizzazione																					

Firma

Referente Medico di Direzione
Catia Drudi

Direttore Dipartimento
Giuseppe Benati

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Marco Senni

Direttore Generale
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	1.484.141	1.472.580	-11.561	-40.880	1.431.699
BS002 - EMODERIVATI	20.813	144.439	123.626	-136.811	7.628
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	391.897	422.000	30.102	0	422.000
BS012 - VACCINI	4.139	2.951	-1.188	0	2.951
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	2.813	2.279	-535	0	2.279
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	564	146	-418	0	146
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.990.065	1.815.245	-1.174.819	6.500	1.821.745
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	323.176	271.573	-51.603	0	271.573
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	50.888	53.042	2.154	0	53.042
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		56.552	56.552	0	56.552
TOTALE BENI SANITARI	5.268.496	4.240.806	-1.027.690	-171.191	4.069.615

BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT (Homecare)	348.686	305.352	-43.334	69.648	375.000
BS008 SERVICE SANITARI	398.007	395.257	-2.750	34.743	430.000
ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	42.984.954	44.816.267	1.831.314	1.226.442	46.042.709
ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE PRIV PUBB	1.414.854	1.470.072	55.218	140.928	1.611.000
ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB	1.484.648	1.378.836	-105.811	129.164	1.508.000

MEDICINALI - 40.880 € in particolare:
-40.200 € Medicina Interna S. Piero (costo cessante paz in terapia con canakinumab)

EMODERIVATI: - 136.811 € Geriatria (costo cessante paz Feiba)

DM: + 6.500 € Cure Primarie (apertura nuovi posti letto Osco Mercato Saraceno o a San Piero in Bagno)

D0031 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO226 - UO GERIATRIA FAENZA	Punti Dirigenza	CO227 - 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	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO													
Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)													
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X				X						X	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= a 3 ore. Target: tendente a 0	X				X						X	
Ref. Medico Direzione PO	Adesione al cruscotto/strumento gestione PL da parte delle UUOO aderenti al cingolo/strumento gestione PL Indicatori: Report mensile da condividere con i direttori di UUOO per azioni di miglioramento	X				X						X	Monitoraggio mensile con segnalazione criticità alle UUOO non aderenti al cruscotto/gestione PL / Bed Management
Direttore Dipartimento (CdG: flusso PS-CRA)	Migliorare l'appropriatezza degli accessi in PS da CRA: - almeno un percorso interprofessionale relativamente a tematiche specifiche che evitino l'accesso in PS - individuazione di un percorso per la riduzione in PS per l'esecuzione di esami radiologici Indicatore: riduzione del 10% del numero degli accessi in PS rispetto alla patologia identificata/percorso individuato	X						X					Esempio di tematiche specifiche: BPSD, sostituzione catetere vescicale e sonde da nutrizione enterale In collaborazione con Dip. Emergenza e Dip. Immagini
Direttore Dipartimento (CdG: flusso PS-CRA)	Migliorare la qualità del fine vita negli ospiti delle CRA - Progetto di miglioramento condiviso con la rete delle cure palliative per la gestione del fine vita Indicatore: elaborazione di un progetto fine vita omogeneo per tutti gli ambiti entro l'anno	X						X					In collaborazione con Dip Emergenza (UO PS) e Dip Oncematologico (UO Cure Palliative)
Ref. Medico Direzione PO	Riduzione accessi in PS da MMG per visita Specialistica urgente: - implementazione almeno un nuovo percorso di visita U per ogni ambito, in base alle principali criticità - implementazione almeno un nuovo percorso aziendale U/B con indicazioni cliniche condivise in coerenza con gli orientamenti aziendali - revisione dei percorsi già in atto ove necessario - implementazione/aggiornamento del Manuale appropriatezza specialistica per ambito e pubblicazione nell'intranet aziendale perché anche gli specialisti lo osservino nella prescrizione di visite							X					In collaborazione con UO Commitenza e percorsi di specialistica Ambulatoriale
Direttore UO	Sviluppo di un sistema integrato d'interventi finalizzato alla facilitazione dei percorsi di dimissione attraverso: - riduzione della S. allettamento e lesioni da pressione, - mantenimento delle capacità motorie e autonomie residue del pz all'ingresso, - prescrizione tempestiva degli ausili alla dimissione Elaborazione progetto entro primo semestre	X		X		X						X	- Applicazione PA 129 – dotazione ausili necessari alla movimentazione e a posturare correttamente il pz - Programmazione di eventi formativi in tutte le UUOO coinvolte per promuovere prevenzione allettamento, movimentazione, modalità valutativa per la prescrizione degli ausili assistenziali/riabilitativi, modalità addestramento caregiver e condivisione del percorso in collaborazione con DMPO, DIT, Dir. distretto, UUOO Gastro, UUOO Cardio e UUOO Medicina
Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista													
RUA Amb. (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					Confronto tra i professionisti (MMG, Specialisti interni, Convenzionati) al fine di migliorare l'indicatore In collaborazione con DMPO, Dir Distretto e UO Commitenza e percorsi di specialistica Ambulatoriale
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE													
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse													
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale, definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Mantenimento 2022		Mantenimento 2022		Mantenimento 2022		Mantenimento 2022					In relazione alle Prime visite e alle Prestazioni monitorate dalla regione con attenzione ai TdA In collaborazione con DMPO, Dir distretto e DIT
Direttore SSI	Attivazione di interventi gruppali per ciascun ambito provinciale presso almeno due Case di Comunità finalizzati alla prevenzione primaria e secondaria ed alla promozione della salute e del benessere della persona in collaborazione con i MMG, il Dipartimento di Sanità pubblica e le risorse del territorio									X			In collaborazione con DSP
Direttore SSI	Declinazione di un protocollo delle attività psicologiche consultoriali finalizzato all'individuazione/ridefinizione dei criteri d'accesso e delle modalità d'intervento legate al target di utenza che afferisce ai Consultori Familiari in regime di libero accesso									X			In collaborazione con Dip SDIA Ravenna

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO226 - UO GERIATRIA FAENZA	Punti Dirigenza	CO227 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1206 - UO MEDICINA INT.1 ind. INVECCHIAME FRAGIL. RAVENNA	Punti Dirigenza	C1228 - UO CURE PRIMARIE RAVENNA-FAENZA-LUGO	Punti Dirigenza	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
Direttore SSI	Revisione delle modalità d'integrazione tra U.O. Consultori Familiari e Psicologia Ospedaliera (Pediatria, Ostetricia, Ginecologia), con particolare riferimento al disagio perinatale, al fine di definire funzionali percorsi di continuità assistenziale									X		X	In collaborazione con DMPO
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE													
Adesione agli obiettivi del programma "Sistema unico Emergenza Territoriale e Logistica dei Trasporti Sanitari"													
Dir. Programma 118	Applicazione modello sistema 116117 e pianificazione della struttura della centrale operativa corrispondente. Indicatore: costituzione della centrale unica della guardia medica ed unificazione dei contatti telefonici (numero unico)							X					Coinvolge i punti di Guardia Medica In collaborazione con GSI, UO 118 e UO Gestione Giuridico-Economica Convenzionati Esterni
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"													
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Partecipazione al percorso di formazione sulla corretta applicazione della procedura sul Trattamento precoce del dolore in PS. Indicatori: Adesione al corso FAD del 70% del personale medico ed infermieristico e partecipazione al corso residenziale >= 30% personale medico ed infermieristico							X PPT				X	Per i Punti di Primo intervento territoriali
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Applicazione documento sulla Gestione del dolore nell'area dell'Emergenza. Indicatore: Controllo a campione, con supporto UO qualità e governo clinico, schede in linea con procedura >90%							X PPT				X	Per i Punti di Primo intervento territoriali In collaborazione con UO Qualità e Governo clinico
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Coinvolgimento, diffusione, formazione dei MMG nella stesura e nella corretta applicazione del documento sul Dolore Lombare. Indicatore: Evidenza degli incontri organizzati.							X					In collaborazione con dip. Neuroscienze (UO terapia antalgica, neurochirurgia)
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Creazione di un evento formativo dedicato alle indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico") con riferimento al punto A "La terapia farmacologica del dolore cronico"							X					
Adesione agli obiettivi del programma "Nutrizione preventiva e clinica integrata"													
Dir. Programma Nutrizione	Condivisione del catalogo delle prestazioni per l'area della nutrizione preventiva e clinica (registrazione, modalità di erogazione, tempari, ecc.) che consideri anche l'erogazione di prestazioni telematiche. Indicatore: Catalogo aziendale delle prestazioni di nutrizione preventiva e clinica nei primi 6 mesi e applicazione su tutti gli ambiti entro l'anno							X				X	In collaborazione con GSI, DSP, CdG e DIT
Dir. Programma Nutrizione	Implementazione primo livello del percorso obesità nell'adulto. Indicatore: Sviluppo in una CdC nei primi 6 mesi e entro l'anno in una CdC per ambito territoriale							X				X	In collaborazione con DSP, DIT e Dir Distretto
Dir. Programma Nutrizione	Applicazione procedura sostituzione delle sonde enterali a domicilio e in strutture Socio Assistenziali. Indicatore: Percorso formativo in presenza da realizzare entro l'anno ed elaborazione corso FAD Formazione di almeno 6 operatori per ambito provinciale (tra Medici e Infermieri)							X				X	In collaborazione con DIT e UO Gestione del Rischio
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"													
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X		X		X						X	
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)													
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X		X		X		X					
Sviluppo dell'assistenza territoriale e presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria con patologie croniche													
Direttore Dip. e RID	Implementazione del piano delle azioni di miglioramento Report Questionario PA 210 - Definizione (entro 1° trimestre 2023) e attuazione cronoprogramma (entro anno) - Attivazione Commissione Cure Domiciliari entro 1 semestre - N. Eventi formativi per ambito (almeno 1) - Revisione PA 210 entro dicembre 2023							X				X	In collaborazione con UO Qualità e Governo clinico e DIT
Direttore Dip. e RID	Definizione del modello aziendale IFoC Completamento Sperimentazione entro semestre, definizione profilo di comunità e della rete dei servizi mappatura del territorio e avvio operatività Indicatore: - nr attivazioni IFoC e report attività erogata - Pubblicazione entro l'anno del Progetto aziendale DIT "Modello Cure Territoriali integrato"							X				X	In collaborazione con DIT
SIVER	Pazienti > 65 anni presi in carico in ADI. Target: > 10%							X				X	Convolgimento di tutte le componenti di attivazione ADI (MMG, Infermieri, Assistenti Sociali e Road) Analisi per ambito delle attivazioni per operatore e definizione azioni di miglioramento
SIVER	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera. Target: >= 50%							X				X	Retraining eventi formativi percorso NuCOT UUOO Ospedaliere e Case di Cura Private
Direttore Dipartimento / DIT	COT - Attivazione Gruppo di lavoro aziendale - Elaborazione progetto con definizione cronoprogramma Progetto di realizzazione delle COT distrettuali entro l'anno							X				X	In collaborazione con GSI e Dir Distretto

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO226 - UO GERIATRIA FAENZA	Punti Dirigenza	CO227 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1206 - UO MEDICINA INT.1 ind. INVECCHIAMENTO FRAGIL RAVENNA	Punti Dirigenza	C1228 - UO CURE PRIMARIE RAVENNA-FAENZA-LUGO	Punti Dirigenza	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
Direttore Dipartimento / DIT	UCA 1 Elaborazione del progetto operativo UCA							X				X	Riconversione unità mediche (ex USCA) ed integrazione infermiere nel 2024
Direttore Dipartimento / DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza % di attivazione CAU rispetto a quanto definito dalla programmazione regionale. Target: >= 90%							X				X	
Referente PTDA	PDTA DEMENZE 1. Sviluppo sistema telemedicina tra i CDCD e 1 CRA per Distretto Target: nr. televisite effettuate per follow up e rinnovo piani terapeutici in CRA 2. Sviluppo sistema di telemedicina tra i CDCD e 3 Case della Comunità aziendali Target: nr. Teleconsulti effettuati in CdC per confronto tra i professionisti (Equipe CDCD ed Equipe CdC) per pz già in carico	X										X	In collaborazione con GSI e IVT
Referente PTDA	PDTA SCOMPENSO Incrementare il nr. di pazienti arruolati nel PDTA (provenienti dal territorio-MMG, dall'amb. scompensato ospedaliero, dalle UUOO di Degenza dopo dimissione) 1. incontri con MMG per sensibilizzare all'avvio all'amb. territoriale 2. incontri tra amb. spec. osp. SC e amb. territoriale per migliorare il collegamento e la continuità 3. aggiornamento Lettera Log80 per Fattori di Dimissione Target: Numero di pazienti in carico al PDTA rispetto al 2022; risultato minimo aziendale: >20%							X				X	1. incontri con MMG per sensibilizzare all'invio all'ambulatorio territoriale 2. incontri tra amb. spec. Osp. SC e amb. territoriale per migliorare il collegamento e la continuità In collaborazione con GSI, DIT e UUOO Cardiologie
Referente PTDA	PDTA DIABETE 1. Condivisione e diffusione PDTA aziendale: un evento formativo nel semestre successivo alla pubblicazione PDTA 2. Aumentare l'adesione alle misure di prevenzione: 10% di diabetici in Gestione Integrata in amb. cronicità che ricevono la valutazione breve con avvio a programmi di attività fisica in almeno una CdC per distretto 3. Attivazione di teleconsulto e estensione delle sperimentazioni in atto a tutto l'ambito aziendale							X				X	In collaborazione con GSI, DSP, Dir Distretti e Servizi di diabetologia
Referente PTDA	PDTA BPCO 1. Condivisione e diffusione PDTA aziendale: almeno 2 eventi formativi per ambito territoriale 2. Incrementare il nr. dei pazienti arruolati nei PDTA provenienti sia dal territorio che dalle UO coinvolte: aumento del 10% rispetto 2022 3. Adesione alle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica per i paz. in carico: indicatore nr. pz vaccinati in carico/tot paz in carico negli amb. cronicità							X				X	Incontri tra MMG, infermieri dell'amb. cronicità e specialisti di settore. Formazione agli MMG su nota 99 e lettura di sperimetria di base In mancanza di specialisti amb. nelle CdC Hub, favorire percorsi integratifa amb. cronicità e specialisti ospedalieri per lettura spirometria (telemedicina) In collaborazione con UUOO Pneumologie
Referente PTDA	PDTA DCA Applicazione PDTA DCA con realizzazione dell'attività di Day Service (DSA) per l'adulto in tutti gli ambiti Predisposizione di un format unico aziendale nei primi 6 mesi e avvio DSA entro dicembre							X				X	In collaborazione con DSM e SDIA
Referente PTDA	NuCOT: - Riformulazione della modalità di rilevazione del bisogno; aggiornamento degli strumenti di rilevazione (es. LACE) e Revisione PA 145 entro l'anno - Estensione NuCOT per PS e Med. d'Urgenza: formazione sul campo primo semestre - Contribuire al progetto costitutivo delle COT: inserimento PA 145 revisionata nel modello COT aziendale entro anno	X				X						X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO													
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico													
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	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto. Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici Utilizzo farmaci biosimilari o a migliore costo-opportunità in base agli esiti di gara: raggiungimento dei target specifici							X				X	La scelta delle strutture sarà definita in collaborazione con i direttori di Distretto
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara Target: >= 90					X							
Dir. Ass. Farm.	Farmaci biologici: % pazienti incidenti con farmaci anti-TNFalfa sul totale Target: >= 75					X							

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0226 - UO GERIATRIA FAENZA	Punti Dirigenza	C0227 - UO MEDICINA RIABILITATIVA RAVENNA	Punti Dirigenza	C1206 - UO MEDICINA INT.1 ind. INVECCHIAMENTO FRAGIL RAVENNA	Punti Dirigenza	C1228 - UO CURE PRIMARIE RAVENNA-FAENZA-LUGO	Punti Dirigenza	S1123 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine Target: Riduzione consumi rispetto all'anno 2022	X				X		X					
Dir. Ass. Farm.	Eventi formativi rivolti ai MMG con approccio multidisciplinare su appropriatezza prescrittiva farmaci nota AIFA 99, antibiotici e farmaci ipolipemizzanti. Almeno 9 eventi in presenza dello specialista di branca. Incontri con neoconventionati/ singoli NCP/ singoli MMG focalizzati sulle categorie di farmaci prescritti che presentano maggiore rischio di inapproprietezza. Almeno 25 incontri	X						X					
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci afferenti al gruppo ATC G04C per IPB e l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/opportunita' a) Riduzione di consumi con una diminuzione del gap rispetto alla media regionale dal 20% al 10%; b) aumento della % di utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/opportunita' (dutasteride e tamsulosina) sul totale della classe, con avvicinamento alla Best Practice RER (+ 10 punti % per entrambe le molecole)	X						X					
Dir. Ass. Farm.	Prescrizione dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)	X											In collaborazione con GSI
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA													
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza													
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA													
Garantire la sostenibilita' economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa													
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	
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO													
Area di performance dell'organizzazione													

Referente Medico di Direzione
Riccardo Casadei

Firme

Direttore Dipartimento
Mauro Marabini

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Antonella Cerchierini

Direttore Generale
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	2.320.957	2.355.976	35.020	231.145	2.587.122
BS002 - EMODERIVATI	28.320	12.099	-16.221	-1.022	11.077
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	300.740	329.857	29.117	12.165	342.022
BS012 - VACCINI	3.961	11.305	7.344	0	11.305
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	1.457	2.756	1.299	17	2.773
BS014 - DISP. MEDICI IMPIANTABILI NON ATTIVI, CELLULE TESS	204	971	768	0	971
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.319.840	2.034.720	-285.120	37.614	2.072.334
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	231.728	421.345	189.618	1.072	422.418
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	42.257	47.446	5.189	2.151	49.597
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		85.885	85.885	0	85.885
TOTALE BENI SANITARI	5.249.464	5.302.362	52.898	283.143	5.585.506
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT (Homecare)	395.414	555.861	160.446	74.139	630.000
BS008 SERVICE SANITARI	31.200	31.200	0	8.800	40.000
ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	44.127.535	45.081.824	954.289	1.148.176	46.230.000
ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE PRIV PUBB	1.567.365	1.612.008	44.643	143.992	1.756.000
ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB	1.453.258	1.461.384	8.126	-1.384	1.460.000

GERIATRIA FAENZA: medicinali +78.675 € per incremento posti letto e farmaci osteoporosi; DM +2.000 € guanti DERMA NITRYL
 MED RIABILITATIVA: medicinali + 8.320 € tossina botulinica
 MED INT1 IND INVECCH E FRAGILITA' RAVENNA: medicinali +103.299 € farmaci biologici
 CURE PRIMARIE RA-FA-LU: complessivi + 90.849 € per apertura 2023 di nuova OSCO e apertura CRA Rosa dei venti dal 01/08/2022
 (valutata chiusura CRA Reale Alfonsine e CRA Maccabelli Russi)

D0035 - DIP. CURE PRIMARIE E MEDICINA DI COMUNITA' RIMINI Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 WELF. INTERNA E LUNGODEGENZA SANTARCANGELO. Punti Dirigenza	CO265 - UO WELF. INTERNA E LUNGODEGENZA INMAFFITRIA Punti Dirigenza	SO127 - SSI ALLERGOLOGIA Punti Dirigenza	SO127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RIMINI Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO													
Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza: 1. rispetto dei tempi di attesa e permanenza in ps 2. tempestività di accesso alla diagnostica/consulenze e dei tempi di refertazione 3. miglioramento della capacità ricettiva dei reparti per il contenimento del tempo di boarding 4. strutturare/consolidare percorsi di presa in carico territorio-ps/ps-specialisti ospedalieri (fast track, affidamento diretto, etc.)													
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X	X									X	
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= a 3 ore. Target: tendente a 0	X	X									X	
Ref. Medico Direzione PO	Adesione al cruscotto/strumento gestione PL da parte delle UUOO aderenti al cingolo/strumento gestione PL Indicatori: Report mensile da condividere con i direttori di UUOO per azioni di miglioramento	X	X					X	X			X	Monitoraggio mensile con segnalazione criticità alle UUOO non aderenti al cruscotto/gestione PL / Bed Management
Ref. Medico Direzione PO RID	Facilitazione dei ricoveri tramite presa in carico infermieristica: sperimentazione e consolidamento presa in carico precoce infermieristica dei ricoveri nelle Medicine Indicatore: documento esito della sperimentazione e successive riflessioni per il coinvolgimento di altre UUOO	X										X	In collaborazione con DMPO e DIT
Direttore Dipartimento (CdG: flusso PS CRA)	Migliorare l'appropriatezza degli accessi in PS da CRA: - almeno un percorso interprofessionale relativamente a tematiche specifiche che evitino l'accesso in PS - individuazione di un percorso per la riduzione degli accessi in PS per l'esecuzione di esami radiologici Indicatore: riduzione del 10% del numero degli accessi in PS rispetto alla patologia identificata/percorso individuato		X										Esempio di tematiche specifiche: BPSD, sostituzione catetere vescicale e sonde da nutrizione enterale In collaborazione con Dip. Emergenza e Dip. Immagini In collaborazione con UO cure primarie RN
Direttore Dipartimento (CdG: flusso PS CRA)	Migliorare la qualità del fine vita negli ospiti delle CRA - Progetto di miglioramento condiviso con la rete delle cure palliative per la gestione del fine vita Indicatore: elaborazione di un progetto fine vita omogeneo per tutti gli ambiti entro l'anno		X										In collaborazione con Dip Emergenza (UO PS) e Dip Oncoematologico (UO Cure Palliative) e UO cure primarie RN
Ref. Medico Direzione PO	Riduzione accessi in PS da MMG per visita Specialistica urgente: - implementazione almeno un nuovo percorso di visita U per ogni ambito, in base alle principali criticità - implementazione almeno un nuovo percorso aziendale U/B con indicazioni cliniche condivise in coerenza con gli orientamenti aziendali - revisione dei percorsi già in atto ove necessario - implementazione/aggiornamento del Manuale appropriatezza specialistica per ambito e pubblicazione nell'intranet aziendale perché anche gli specialisti lo osservino nella prescrizione di visite				X								In collaborazione con UO Commitenza e percorsi di specialistica Ambulatoriale
Direttore UO	Sviluppo di un sistema integrato d'interventi finalizzato alla facilitazione dei percorsi di dimissione attraverso: - riduzione della S. allettamento e lesioni da pressione, - mantenimento delle capacità motorie e autonomie residue del pz all'ingresso, - prescrizione tempestiva degli ausili alla dimissione Elaborazione progetto entro primo semestre	X	X	X		X	X	X	X			X	- Applicazione PA 129 – dotazione ausili necessari alla movimentazione e a posturare correttamente il pz - Programmazione di eventi formativi in tutte le UUOO coinvolte per promuovere prevenzione allettamento, movimentazione, modalità valutativa per la prescrizione degli ausili assistenziali/riabilitativi, modalità addestramento caregiver e condivisione del percorso in collaborazione con DMPO, DIT, Dir. distretto, UUOO Gastro, UUOO Cardio e UUOO Medicine
Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista													
RUA Amb. (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			Confronto tra i professionisti (MMG, Specialisti interni, Convenzionati) al fine di migliorare l'indicatore In collaborazione con DMPO, Dir Distretto e UO Commitenza e percorsi di specialistica Ambulatoriale
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE													
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse													
Ref. Medico Direzione PO	Rispetto del piano di produzione di Specialistica Ambulatoriale, definito secondo criteri di massima efficienza produttiva e coerentemente con l'effettiva disponibilità di risorse	Mantenimento 2022	Mantenimento 2022	Mantenimento 2022	Mantenimento 2022			Mantenimento 2022	Mantenimento 2022	Incremento (visite per allergie di menotteri)		X	In relazione alle Prime visite e alle Prestazioni monitorate dalla regione con attenzione ai TdA In collaborazione con DMPO, Dir distretto e DIT

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 "MED. INTERNA E LUNGODEGENZA SANTARCANGELO. Punti Dirigenza	CO265 - UO "MED. INTERNA E LUNGODEGENZA MONAFFETRIA Punti Dirigenza	CO127 - SSI ALLERGOLOGIA Punti Dirigenza	CO1127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RIMINI Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione	
Direttore SSI	Attivazione di interventi gruppalari per ciascun ambito provinciale presso almeno due Case di Comunità finalizzati alla prevenzione primaria e secondaria ed alla promozione della salute e del benessere della persona in collaborazione con i MMG, il Dipartimento di Sanità pubblica e le risorse del territorio										X		In collaborazione con DSP	
Direttore SSI	Inserimento dello psicologo della Pediatria Ospedaliera nell'equipe delle cure palliative pediatriche (UVM) nel percorso di Pianificazione Condivisa delle Cure per il supporto psicologico ai genitori e al pz nei periodi critici di malattia, nelle scelte di vita e di cura, nell'adattamento alla malattia in un'ottica di continuità tra ospedale e territorio										X		In collaborazione con Dip SDIA Rimini	
Direttore SSI	Assistenza psicologica nel percorso ospedale -territorio per il pz oncoematologico grave che necessita dell'intervento psicologico domiciliare" Progetto in collaborazione con AIL che prevede il coordinamento da parte degli psicologi d'area oncologica e la sinergia con le equipe delle cure palliative										X	X	In collaborazione con Dip Oncoematologico	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE														
Adesione agli obiettivi del programma "Sistema unico Emergenza Territoriale e Logistica dei Trasporti Sanitari"														
Dir. Programma 118	Applicazione modello sistema 116117 e pianificazione della struttura della centrale operativa corrispondente. Indicatore: costituzione della centrale unica della guardia medica ed unificazione dei contatti telefonici (numero unico)				X								X	Coinvolge i punti di Guardia Medica In collaborazione con GSI, UO 118 e UO Gestione Giuridico-Economica Convenzionati Esterni
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"														
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Partecipazione al percorso di formazione sulla corretta applicazione della procedura sul Trattamento precoce del dolore in PS. Indicatori: Adesione al corso FAD del 70% del personale medico ed infermieristico e partecipazione al corso residenziale >= 30% personale medico ed infermieristico				X PPT								X	Per i Punti di Primo intervento territoriali
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Applicazione documento sulla Gestione del dolore nell'area dell'Emergenza. Indicatore: Controllo a campione, con supporto UO qualità e governo clinico, schede in linea con procedura >90%				X PPT								X	Per i Punti di Primo intervento territoriali In collaborazione con UO Qualità e Governo clinico
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Coinvolgimento, diffusione, formazione dei MMG nella stesura e nella corretta applicazione del documento sul Dolore Lombare. Indicatore: Evidenza degli incontri organizzati.				X									In collaborazione con dip. Neuroscienze (UO terapia antalgica, neurochirurgia)
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Creazione di un evento formativo dedicato alle indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico") con riferimento al punto A "La terapia farmacologica del dolore cronico"				X									
Adesione agli obiettivi del programma "Nutrizione preventiva e clinica integrata"														
Dir. Programma Nutrizione	Condivisione del catalogo delle prestazioni per l'area della nutrizione preventiva e clinica (registrazione, modalità di erogazione, tempari, ecc.) che consideri anche l'erogazione di prestazioni telematiche. Indicatore: Catalogo aziendale delle prestazioni di nutrizione preventiva e clinica nei primi 6 mesi e applicazione su tutti gli ambiti entro l'anno				X								X	In collaborazione con GSI, DSP, CdG e DIT
Dir. Programma Nutrizione	Implementazione primo livello del percorso obesità nell'adulto. Indicatore: Sviluppo in una CdC nei primi 6 mesi e entro l'anno in una CdC per ambito territoriale				X								X	In collaborazione con DSP, DIT e Dir Distretto
Dir. Programma Nutrizione	Applicazione procedura sostituzione delle sonde enterali a domicilio e in strutture Socio Assistenziali. Indicatore: Percorso formativo in presenza da realizzare entro l'anno ed elaborazione corso FAD Formazione di almeno 6 operatori per ambito provinciale (tra Medici e Infermieri)				X								X	In collaborazione con DIT e UO Gestione del Rischio
Adesione agli obiettivi del programma "Rischio Infettivo e Stewardship Antimicrobica"														
Dir. programma Rischio Infettivo	Antimicrobial Stewardship and Infection Control. Indicatore: report control. Target: >= 30/50	X	X			X	X	X	X				X	
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)														
CdG Fonte: flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO. Target >=95%	X	X			X	X	X	X					
Sviluppo dell'assistenza territoriale e presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria con patologie croniche														
Direttore Dip. e RID	Implementazione del piano delle azioni di miglioramento Report Questionario PA 210 - Definizione (entro 1° trimestre 2023) e attuazione cronoprogramma (entro anno) Attivazione Commissione Cure Domiciliari entro 1 semestre N. Eventi formativi per ambito (almeno 1) Revisione PA 210 entro dicembre 2023				X								X	In collaborazione con UO Qualità e Governo clinico e DIT
Direttore Dip. e RID	Definizione del modello aziendale IFoC Completamento Sperimentazione entro semestre, definizione profilo di comunità e della rete dei servizi mappatura del territorio e avvio operatività Indicatore: nr attivazioni IFoC e report attività erogata Pubblicazione entro l'anno del Progetto aziendale DIT "Modello Cure Territoriali integrato"				X								X	In collaborazione con DIT

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 MED. INTERNA E LUNGODEGENZA SANTARCANGELO. Punti Dirigenza	CO265 - UO MED. INTERNA E LUNGODEGENZA MONAFFETRIA Punti Dirigenza	CO127 - SSI ALLERGOLOGIA Punti Dirigenza	CO1127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RIMINI Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
SIVER	Pazienti > 65 anni presi in carico in ADI. Target: > 10%				X							X	Convolgimento di tutte le componenti di attivazione ADI (MMG, Infermieri, Assistenti Sociali e Road) Analisi per ambito delle attivazioni per operatore e definizione azioni di miglioramento
SIVER	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera. Target: >= 50%				X							X	Retraining eventi formativi percorso NuCOT UUOO Ospedaliera e Case di Cura Private
Direttore UO / DIT	COT - Attivazione Gruppo di lavoro aziendale - Elaborazione progetto con definizione cronoprogramma Progetto di realizzazione delle COT distrettuali entro l'anno				X							X	In collaborazione con GSI e Dir Distretto
Direttore UO / DIT	UCA 1 Elaborazione del progetto operativo UCA				X							X	Riconversione unità mediche (ex USCA) ed integrazione infermiere nel 2024
Direttore Dipartimento / DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza % di attivazione CAU rispetto a quanto definito dalla programmazione regionale. Target: >= 90%				X							X	
Referente PTDA	PDTA DEMENZE 1. Sviluppo sistema telemedicina tra i CDCD e 1 CRA per Distretto Target: nr. televisite effettuate per follow up e rinnovo piani terapeutici in CRA 2. Sviluppo sistema di telemedicina tra i CDCD e 3 Case della Comunità aziendali Target: nr. Teleconsulti effettuati in CdC per confronto tra i professionisti (Equipe CDCD ed Equipe CdC) per pz già in carico		X		X							X	In collaborazione con GSI e IVT
Referente PTDA	PDTA SCOMPENSO Incrementare il nr. di pazienti arruolati nel PDTA (provenienti dal territorio-MMG, dall'amb. scompeso ospedaliero, dalle UUOO di Degenza dopo dimissione) 1. incontri con MMG per sensibilizzare all'avvio all'amb. territoriale 2. incontri tra amb. spec. osp. SC e amb. territoriale per migliorare il collegamento e la continuità 3. aggiornamento Lettera Log80 per Fattori di Dimissione Target: Numero di pazienti in carico al PDTA rispetto al 2022; risultato minimo aziendale: >20%				X							X	1. incontri con MMG per sensibilizzare all'invio all'ambulatorio territoriale 2. incontri tra amb. spec. Osp. SC e amb. territoriale per migliorare il collegamento e la continuità In collaborazione con GSI, DIT e UUOO Cardiologie
Referente PTDA	PDTA DIABETE 1. Condivisione e diffusione PDTA aziendale: un evento formativo nel semestre successivo alla pubblicazione PDTA 2. Aumentare l'adesione alle misure di prevenzione: 10% di diabetici in Gestione Integrata in amb. cronicità che ricevono la valutazione breve con avvio a programmi di attività fisica in almeno una CdC per distretto 3. Attivazione di teleconsulto e estensione delle sperimentazioni in atto a tutto l'ambito aziendale				X							X	In collaborazione con GSI, DSP, Dir Distretti e Servizi di diabetologia
Referente PTDA	PDTA BPCO 1. Condivisione e diffusione PDTA aziendale: almeno 2 eventi formativi per ambito territoriale 2. Incrementare il nr. dei pazienti arruolati nei PDTA provenienti sia dal territorio che dalle UO coinvolte: aumento del 10% rispetto 2022 3. Adesione alle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica per i paz. in carico: indicatore nr. pz vaccinati in carico/tot paz in carico negli amb. cronicità				X							X	Incontri tra MMG, infermieri dell'amb. cronicità e specialisti di settore. Formazione agli MMG su nota 99 e lettura di sperometria di base In mancanza di specialisti amb. nelle CdC Hub, favorire percorsi integrati fra amb. cronicità e specialisti ospedalieri per lettura spirometria (telemedicina) In collaborazione con UUOO Pneumologie
Referente PTDA	PDTA DCA Applicazione PDTA DCA con realizzazione dell'attività di Day Service (DSA) per l'adulto in tutti gli ambiti Predisposizione di un format unico aziendale nei primi 6 mesi e avvio DSA entro dicembre				X							X	In collaborazione con DSM e SDIA
Referente PTDA	NuCOT: Riformulazione della modalità di rilevazione del bisogno; aggiornamento degli strumenti di rilevazione (es. LACE) e Revisione PA 145 entro l'anno Estensione NuCOT per PS e Med. d'Urgenza: formazione sul campo primo semestre Contribuire al progetto costitutivo delle COT: inserimento PA 145 revisionata nel modello COT aziendale entro anno		X									X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO													
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico													
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
Risk manager	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto.				X							X	La scelta delle strutture sarà definita in collaborazione con i direttori di Distretto
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici													
Utilizzo farmaci biosimilari o a migliore costo-opportunità in base agli esiti di gara: raggiungimento dei target specifici													
Dir. Ass. Farm.	% DDD farmaci biosimilari o a migliore rapporto costo-opportunità sul totale per principio attivo in base alle indicazioni regionali e agli esiti di gara Target: >= 90	X											
Dir. Ass. Farm.	Farmaci biologici: % pazienti incidenti con farmaci anti-TNFalfa sul totale Target: >= 75	X											

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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 "MED. INTERNA E LUNGOGENZA SANTARCANGELO. Punti Dirigenza	CO265 - UO "MED. INTERNA E LUNGOGENZA MONAFFETRIA Punti Dirigenza	CO127 - SSI ALLERGOLOGIA Punti Dirigenza	CO1127 - SSI PSICOLOGIA DELLA SALUTE E COMUNITA' RIMINI Punti Dirigenza	Comparto	Note Negoziazione
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci afferenti al gruppo ATC C10- sostanze modificatrici dei lipidi, con prescrizione a carico SSN, secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 13, in particolare su: - gli omega-3, per i quali la nota esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria; - ezetemibe in monoterapia, da utilizzare solo nei casi di intolleranza alle statine Target: Riduzione consumi rispetto all'anno 2022	X	X		X			X	X				
Dir. Ass. Farm.	Eventi formativi rivolti ai MMG con approccio multidisciplinare su appropriatezza prescrittiva farmaci nota AIFA 99, antibiotici e farmaci ipolipemizzanti. Almeno 9 eventi in presenza dello specialista di branca. Incontri con neoconventionati/ singoli NCP/ singoli MMG focalizzati sulle categorie di farmaci prescritti che presentano maggiore rischio di inapproprietezza. Almeno 25 incontri		X		X								
Dir. Ass. Farm.	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci afferenti al gruppo ATC G04C per IPB e l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/opportunità a) Riduzione di consumi con una diminuzione del gap rispetto alla media regionale dal 20% al 10%; b) aumento della % di utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/opportunità (dutasteride e tamsulosina) sul totale della classe, con avvicinamento alla Best Practice RER (+ 10 punti % per entrambe le molecole)		X		X								
Dir. Ass. Farm.	Prescrizioni dei Piani Terapeutici informatizzati previa Formazione dei prescrittori a cura del GSI (nota 85, antipsicotici atipici nella demenza, farmaci nota 51 e somatotropo)		X										In collaborazione con GSI
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA													
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza													
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	X	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA													
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa													
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	
OBIETTIVI SPECIFICI AREA COMPARTO													
Area di performance dell'organizzazione													

Firma

Referente Medico di Direzione
Monica Mambelli

Direttore Dipartimento
Alessandro Franco

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Domenico D'erasmo

Direttore Generale
Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	3.430.258	3.408.615	-21.642	241.423	3.650.038
BS002 - EMODERIVATI	80.922	71.847	-9.074	112	71.959
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	247.213	265.312	18.099	16.569	281.881
BS012 - VACCINI	337.860	338.556	696	90.000	428.556
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	8.404	10.377	1.973	24	10.401
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	2.620.278	1.711.117	-909.161	287	1.711.404
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	406.358	329.601	-76.757	9.193	338.794
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	64.977	63.769	-1.208	964	64.733
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		64.007	64.007	665	64.672
TOTALE BENI SANITARI	7.196.269	6.263.201	-933.068	359.237	6.622.438

BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT (Homecare)	500.036	496.088	-3.948	123.912	620.000
BS008 SERVICE SANITARI	499.336	481.843	-17.493	28.157	510.000
ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	35.057.337	36.677.483	1.620.146	1.212.517	37.890.000
ASSISTENZA INTEGRATIVA DA FARMACIE PRIV PUBB	1.268.099	1.362.222	94.123	126.778	1.489.000
ASSISTENZA PROTESICA DA AZIENDE PRIV PUBB	1.196.400	1.244.836	48.436	108.164	1.353.000

MEDICINALI +241.423 € in particolare:

+159.573 € Med Int e Reumatologia (farmaci biologici, romosozumab, belimumab)

+70.000 € Allergologia (omalizumab etc)

PRODOTTI DIETETICI + 16.569 € in particolare + 16.000 € Cure Primarie

VACCINI +90.000 € Allergologia

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2023

REFERENTE MONITORAGGIO	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA	Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI'	Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1121 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA'ADULTA FO-CE	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
			100		100		100		100		100		100		100		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO																	
Dir. Programma DCA	DCA - Tempi d'attesa prime visite CUP: INDICATORE: Visita Neuropsichiatrica DCA < 18 anni e Visita Psichiatrica DCA > 18 anni erogata entro 30gg dalla prenotazione. Target: >= 80%					X				X							Assicurare monitoraggio mensile prenotazione agende
Dir. Programma DCA	DCA - Garantire la realizzazione dell'attività di Day Service per l'adulto in tutti gli ambiti (in linea con quanto previsto dal PDTA) INDICATORE: avvio dell'attività di Day Service in tutti gli ambiti provinciali entro Dicembre 2023					X											Coinvolge DCP FO-CE, DCP RIMINI, Dip. Medicine Spec. Ravenna, UO GSI
Direttore di Dipartimento/UU OO	Attivazione delle prenotazioni di prime visite tramite sistema aziendale CUP. Target: attivazione entro 2023									X							Coinvolge UO GSI, UO ACCESSO AI PERCORSI SANITARI
Ref. aziendale Autismo	Riduzione delle liste di attesa per la prima visita dei bambini 0-3 anni con sospetto disturbo dello spettro autistico INDICATORE: abbattimento lista di attesa di almeno il 30% rispetto al 2022									X							Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI Compatibilmente con il reclutamento delle risorse necessarie secondo fabbisogno che dovrà essere rappresentato e condiviso con la direzione.
Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza																	
CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <=20%	X		X													
CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X		X													
Facilitazione all'accesso e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																	
Direttore SSD Gestione transizione	Implementazione della presa in carico dei casi complessi per gravità clinica e gravosità organizzativa attraverso il potenziamento dell'equipe multidisciplinare ed interservizi in rete con i servizi che si occupano di adolescenza. INDICATORI: almeno un'equipe mensile; almeno 80% di casi presentati valutati entro 30 gg dalla richiesta; costruzione del piano personalizzato nell'80% dei casi presi incarico							X		X				X			COINVOLGE ANCHE CONSULTORI, SOLO AMBITO FORLI-CESENA,
Direttore SSD Psicologia	Garantire la continuità assistenziale tra il primo livello di accesso alla consultazione psicologica di base all'interno delle Case della Comunità ed il secondo livello di accesso psicologico specialistico al Centro di Salute Mentale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre					X						X					Coinvolge SSI DCP
Direttore di Dipartimento/UU OO	Uniformare i criteri di accesso per le persone alcol-dipendenti e tossico-dipendenti nelle carceri come normato dalla L. 309/90: "Affidamento in prova ex Art.94" INDICATORE: Formalizzazione di un documento condiviso entro settembre, con verifica effettiva applicazione a fine anno							X									

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2023

REFERENTE MONITORAGGIO	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA	Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI'	Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1121 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA'ADULTA FO-CE	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Ref. aziendale Autismo	Garantire la presa in carico del paziente con disturbo dello spettro autistico al passaggio alla maggiore età con la definizione del modello "Progetti di Vita" INDICATORE: Adozione protocollo condiviso per la definizione dei PdV ai 18enni. Target: definizione di almeno 5 PdV su ciascun ambito provinciale					X				X							Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI Finanziamenti ISS, Ministero
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																	
Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico																	
Direttore di Dipartimento/UU OO	PROGETTO DAMA: definizione del percorso di accoglienza ed assistenza differenziata a favore dei pazienti con deficit intellettivo, comunicativo e neuromotorio del DSM-DP INDICATORE:Formalizzazione ed avvio operativo del percorso entro il 2023	X		X		X				X						X	Coinvolge Direzione Presidi Ospedalieri, Direzione di Distretto, Cure Primarie, SSD AUTISMO RIMINI
Ref. aziendale Autismo	Potenziare intervento precoce nei bambini 0-3 anni con disturbo dello spettro autistico INDICATORE: almeno 50% dei bambini 0-3 anni con ASD con 4h/sett di intervento									X						X	Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI Compatibilmente con il reclutamento delle risorse necessarie secondo fabbisogno che dovrà essere rappresentato e condiviso con la direzione.
Ref. aziendale Autismo	Definizione del PDTA Autismo INDICATORE: Istituzione tavolo di lavoro e condivisione formalizzata della stratificazione dei bisogni (1-2-3) entro 2023					X				X						X	Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI
Ref. aziendale Autismo	Strutturazione rete policentrica per l'autismo adulti INDICATORE: costituzione equipe autismo dedicata in ogni ambito entro giugno					X				X						X	Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI
SSI Transizione	Realizzazione di percorsi di transizione omogenei in Azienda per l'area disabilità intellettiva e ADHD INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre					X		X		X				X			
Direttore di Dipartimento/UU OO	Migliorare il percorso diagnostica e la successiva presa in carico delle persone affette da disturbo ipercinetico (ADHD) INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre					X		X		X						X	
Direttore di Dipartimento/UU OO	Migliorare i percorsi di transizione e presa in carico delle persone con disabilità intellettiva INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre					X				X						X	
Direttore di Dipartimento/UU OO	ADOLESCENTI: Implementazione della presa in carico dei casi complessi per gravità clinica e gravosità organizzativa INDICATORE: % casi presentati all'equipe multidisciplinare con valutazione entro 30 giorni dalla richiesta. Target: >= 80%; % casi presi in carico dall'equipe multidisciplinare con definizione del progetto individualizzato. Target: >= 80%					X				X						X	SOLO SU DSM-DP FORLI-CESENA
Direttore di Dipartimento/UU OO	Progetto nuove patologie INDICATORE: entro 2023 ciascun SPDC dovrà formalizzare un progetto di revisione delle attività assistenziali focalizzata sulla modificazione dell'utenza	X		X													
Direttore di Dipartimento/UU OO	Mappatura per ambito delle strutture per inserimento minori per condivisione dei criteri di inserimento INDICATORE: completamento mappatura e condivisione criteri entro 2023									X							

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2023

REFERENTE MONITORAGGIO	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA	Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI'	Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1121 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA'ADULTA FO-CE	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Direttore di Dipartimento/UO OO	Definire in collaborazione con gli uffici scolastici provinciali e gli uffici di piano un progetto di fattibilità per l'implementazione della figura della psicologo scolastico INDICATORE: Almeno 3 incontri in ciascun ambito con stesura finale della relazione di fattibilità entro 2023									X							
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																	
CdG Fonte: Flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO Target: >= 95%	X		X													
Referente CURE	Corretta registrazione della prescrizione farmacologica nel fascicolo sanitario CURE INDICATORE: tempestiva e completa alimentazione flussi SISM, SINPIAER e FED nel rispetto delle indicazioni regionali.					X				X							
Referente CURE	Corretta e completa registrazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e sociosanitari in CURE e SISTER INDICATORE: 1. Condivisione strumento di reporting fra DSM e UO Gestione Rapporti coi in Servizi Sociosanitari. Target: entro maggio; 2. corrispondenza pagamento rette e flussi SISM, SINPIAER, SIDER. Target: 100%					X	X			X							In collaborazione con UOGestione Rapporti con i Servizi Sociosanitari
Direttori strutture psicologia	Garantire la corretta, completa e tempestiva rilevazione delle prestazioni psicologi erogate per linea di attività. TARGET: entro maggio definizione modalità e strumenti in collaborazione con UO GSI e SS Governo flussi informativi Da secondo semestre rilevazione puntuale delle prestazioni erogate secondo modalità definite											X		X			
Piano Regionale Prevenzione - PP04 Dipendenze																	
Referente aziendale PP04 (Giorgia Biondi)	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi INDICATORE: Elaborazione di un report aziendale attuativo entro 2023							X									
Referente aziendale PP04 (Giorgia Biondi)	Pianificazione interventi di Riduzione del Danno nella città di Forlì INDICATORE: formalizzazione documento di pianificazione entro 2023							X									
Piano Regionale Prevenzione - PL 12 Infanzia e Adolescenza in condizioni di vulnerabilità																	
Referenti aziendali PL12 (Marchetti-Tullini)	Definizione a livello dei Distretti delle Linee di indirizzo del Documento su prevenzione e contrasto del ritiro sociale. Target: entro 2023							X		X							Coinvolte Direzioni di Distretto, SDIA
Referenti aziendali PL12 (Marchetti-Tullini)	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti. Target: Almeno 2 incontri per valutazione e confronto attività sull'area del ritiro sociale e del coordinamento degli spazi di ascolto scolastici							X		X							In collaborazione con SDIA
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																	
CONTRASTO ALLA SINDROME METABOLICA																	

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2023

REFERENTE MONITORAGGIO	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA	Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI'	Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1121 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA'ADULTA FO-CE	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Direttore di Dipartimento/UO	Preso in carico congiunta in almeno una Casa della Comunità per Distretto delle persone >50aa valutate come arruolabili per facilitare l'accesso ai PDTA della cronicità INDICATORE: % utenti presi in carico fra gli arruolabili. Target: >= 80%					X										X	
Appropriatezza esami di laboratorio																	
Direttore di Dipartimento/UO	Ridurre la variabilità nell'utilizzo degli esami tossicologici di laboratorio, salvo diversamente indicato di "Autorità Giudiziaria o Commissione patenti INDICATORE: Applicazione documento elaborato nel 2022 con allineamento delle richieste. Target: allineamento alla media aziendale 2022 di 20 esami/utente affluito (tutte le tipologie di utenza)							X									
Direttore di Dipartimento/UO	Uniformare le richieste di esami di laboratori per paziente ricoverato. INDICATORE: Stesura linee di indirizzo entro settembre e tendenziale allineamento delle richieste nel 4° trimestre	X		X													
Monitoraggio degli accordi di fornitura con il Privato Accreditato																	
Direttore di Dipartimento/UO	Revisione della procedura di accesso al Privato Accreditato in coerenza con l'attuale organizzazione dei DSM-DP. INDICATORE: formalizzazione ed applicazione procedura aziendale entro settembre	X		X		X		X									Coinvolge UO Committenza e Governo Accessi Sanitari
Direttore di Dipartimento/UO	Appropriatezza dei ricoveri in RTI (AIOP e residenza SOLE) INDICATORE: valutazione delle non conformità e/o di specifiche criticità. Target: almeno 1 audit/anno	X		X		X		X									
Appropriatezza ricoveri e inserimenti residenziali																	
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza ricovero in SPDC % trattati con degenza > 15 giorni Target: <= 15%	X		X		X		X									
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza continuità ospedale-territorio % re-ricovero fra 8 e 30 giorni Target: <= 5%	X		X		X		X									
Direttore UUOO	Contenzioni Meccaniche INDICATORE: Riduzione vs 2022 (mantenimento no contenzioni per Ravenna) ed effettuazione di audit semestrali per individuazione di eventuali azioni di miglioramento.	X		X												X	
Direttore di Dipartimento	Rivalutazione degli utenti inseriti in residenza dei Servizi di Salute mentale adulti, SerDP e NPIA. Target: 100% nel 2023					X		X		X						X	Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Valutazione utenti >65 anni con attivazione UVG INDICATORE: % utenti trasferiti in strutture per anziani. Target: almeno 80% utenti idonei					X											
Direttore di Dipartimento/UO	Appropriatezza dei ricoveri in RTI (AIOP e residenza SOLE) INDICATORE: % inserimenti oltre 60 giorni (e comunque non superiori a 90 giorni). Target <= 20%	X		X		X		X									Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti in RTR-E INDICATORE: % inserimenti oltre 2 anni (e comunque non superiori a 30 mesi). Target: <= 30%					X											Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze riabilitative (terapeutiche/pedagogiche) delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti oltre 18 mesi (rispetto delle indicazioni LEA). Target: <= 30%							X									Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze specialistiche delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti in COD oltre 90 giorni. Target: <= 10%								X								Nota Baldino

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2023

REFERENTE MONITORAGGIO	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA	Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI'	Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	C1189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1121 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.FORLI'-CESENA	Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA'ADULTA FO-CE	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze specialistiche delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti in STRUTTURE DOPPIA DIAGNOSI oltre 1 anno (e comunque non superiori a 18 mesi). Target: <= 20%							X									Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Predisposizione documento di interfaccia tra NPJA e Serv. Sociali/Enti Locali su appropriatezza e tempestività delle tempistiche di degenza al momento della dichiarazione di dimissibilità del minore INDICATORE: formalizzazione documento entro settembre									X							
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																	
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure Target: Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X		X						X	
Risk manager	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE. Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto							X									
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici																	
Direttee UOOO	Appropriatezza farmacologica INDICATORE: effettuazione audit per verifica adesione dei trattamenti farmacologi alle linee guida. Target: almeno 1 audit annuale	X		X													
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																	
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																	
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		X	
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																	
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																	
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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																	

D0045 DSM-DP FORLI-CESENA - Budget 2023

REFERENTE MONITORAGGIO	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0121 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA CESENA Punti Dirigenza	C0125 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA FORLI' Punti Dirigenza	C1120 - UO CENTRO SALUTE MENTALE FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	C1126 - UO SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	C1189 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	S1121 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.FORLI'-CESENA Punti Dirigenza	S1122 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA'ADULTA FO-CE Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
RID	Potenziare la continuità assistenziale e la presa in carico territoriale dei pazienti inseriti nelle residenze psichiatriche aziendali INDICATORE: 100% pazienti inseriti nelle residenze psichiatriche aziendali con monitoraggio progetto riabilitativo			X						
RID	Potenziare la continuità assistenziale e la presa in carico territoriale nella fase di ricovero. Target: 100% dei pazienti ad Alta Complessità Assistenziale in carico al personale del comparto ricoverati in SPDC con accesso/contatto del personale del comparto	X	X	X						
RID	Condivisione ed implementazione delle migliori strategie assistenziali volte alla diminuzione del numero delle contenzioni nei SPDC Target: Evidenza documentale e formazione sul campo entro 31/12/2023	X	X							
RID	Strutturazione della fase di accoglienza infermieristica dell'utente in primo accesso ai SerDP Target: Evidenza documentale entro 31/12/2023				X					
RID	Omogeneizzazione dei criteri di definizione delle liste d'attesa logopediche Target:Evidenza documentale entro il 31/12/2023					X				
RID	Mappatura delle patologie attribuite ai fisioterapisti al fine di definire i criteri di presa in carico garantendo equità di trattamento a livello aziendale. Target: Evidenza documentale entro il 31/12/2023					X				

Direttore Dipartimento
Michele Sanza
(firm.to digitalmente)

Direttore Distretto
Francesco Sintoni
(firm.to digitalmente)

Responsabile Infermieristico Dipartimento
Luca Ballanti
(firm.to digitalmente)

Direttore Generale
Tiziano Carradori
(firm.to digitalmente)

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	1.503.950	1.553.060	49.110	-84.736	1.468.324
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	671	791	120	0	791
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	74	45	-28	0	45
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	155.530	63.635	-91.895	0	63.635
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	28.833	6.439	-22.394	0	6.439
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	24.438	26.287	1.849	0	26.287
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		3.311	3.311	0	3.311
TOTALE BENI SANITARI	1.715.595	1.653.569	-62.026	-84.736	1.568.833
RETTE PSICHIATRICHE	6.317.770	6.456.353	138.583	0	6.456.353
RETTE PSICHIATRICHE - REMS			0	368.640	368.640
RETTE DIPENDENZE PATOLOGICHE	1.395.929	1.542.858	146.929	0	1.542.858
RETTE NEUROPSICHIATRIA	1.447.098	1.710.438	263.340	0	1.710.438
SERVIZI SANITARI E RIABILITATIVI	1.526.600	1.673.448	146.848	0	1.673.448
ASSEGNI E CONTRIBUTI	199.295	129.506	-69.789	0	129.506

MEDICINALI:

- 86.775 € CSM Forli'-Cesena (- 116.775 € costi cessanti gara farmaci e +30.000 € paz Spravato)
- 5.708 € SPDC Forli (costi cessanti gara farmaci)
- 2.753 € SPDC Cesena (costi cessanti gara farmaci)
- +10.500 € Dipendenze patologiche Forli'-Cesena (nuovi paz)

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAVENNA	Punti Dirigenza	S1129 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO															
Dir. Programma DCA	DCA - Tempi d'attesa prime visite CUP: INDICATORE: Visita Neuropsichiatrica DCA < 18 anni e Visita Psichiatrica DCA > 18 anni erogata entro 30gg dalla prenotazione. Target: >= 80%	X						X							Assicurare monitoraggio mensile prenotazione agende
Dir. Programma DCA	DCA - Garantire la realizzazione dell'attività di Day Service per l'adulto in tutti gli ambiti (in linea con quanto previsto dal PDTA) INDICATORE: avvio dell'attività di Day Service in tutti gli ambiti provinciali entro Dicembre 2023	X													Coinvolge DCP FO-CE, DCP RIMINI, Dip. Medicine Spec. Ravenna, UO GSI
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Attivazione delle prenotazioni di prime visite tramite sistema aziendale CUP. Target: attivazione entro 2023							X							Coinvolge UO GSI, UO ACCESSO AI PERCORSI SANITARI
Ref. aziendale Autismo	Riduzione delle liste di attesa per la prima visita dei bambini 0-3 anni con sospetto disturbo dello spettro autistico INDICATORE: abbattimento lista di attesa di almeno il 30% rispetto al 2022							X							Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI Compatibilmente con il reclutamento delle risorse necessarie secondo fabbisogno che dovrà essere rappresentato e condiviso con la direzione.
Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza															
CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <=20%					X									
CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%					X									
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Migliorare l'accessibilità ai Servizi per Adolescenti e la continuità Ospedale-Territorio (ambito di Ravenna) INDICATORE: Presa in carico precoce degli adolescenti che afferiscono alle UU.OO di emergenza-	X		X				X						X	
Facilitazione all'accesso e garanzia della presa in carico da parte dello specialista															
Direttore SSD Psicologia	Garantire la continuità assistenziale tra il primo livello di accesso alla consultazione psicologica di base all'interno delle Case della Comunità ed il secondo livello di accesso psicologico specialistico al Centro di Salute Mentale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre	X										X			Coinvolge SSI DCP
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Uniformare i criteri di accesso per le persone alcol-dipendenti e tossico-dipendenti nelle carceri come normato dalla L. 309/90: "Affidamento in prova ex Art.94" INDICATORE: Formalizzazione di un documento condiviso entro settembre, con verifica effettiva applicazione a fine anno			X											
Ref. aziendale Autismo	Garantire la presa in carico del paziente con disturbo dello spettro autistico al passaggio alla maggiore età con la definizione del modello "Progetti di Vita" INDICATORE: Adozione protocollo condiviso per la definizione dei PdV ai 18enni. Target: definizione di almeno 5 PdV su ciascun ambito provinciale	X						X							Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI Finanziamenti ISS, Ministero
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE															
Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico															
Direttore di Dipartimento/ UUOO	PROGETTO DAMA: definizione del percorso di accoglienza ed assistenza differenziata a favore dei pazienti con deficit intellettivo, comunicativo e neuromotorio del DSM-DP INDICATORE: Formalizzazione ed avvio operativo del percorso entro il 2023	X				X		X					X		Coinvolge Direzione Presidi Ospedalieri, Direzione di Distretto, Cure Primarie, SSD AUTISMO RIMINI

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAVENNA	Punti Dirigenza	S1129 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RAVENNA A	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Ref. aziendale Autismo	Potenziare intervento precoce nei bambini 0-3 anni con disturbo dello spettro autistico INDICATORE: almeno 50% dei bambini 0-3 anni con ASD con 4h/sett di intervento							X						X	Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI Compatibilmente con il reclutamento delle risorse necessarie secondo fabbisogno che dovrà essere rappresentato e condiviso con la direzione.
Ref. aziendale Autismo	Definizione del PDTA Autismo INDICATORE: Istituzione tavolo di lavoro e condivisione formalizzata della stratificazione dei bisogni (1-2-3) entro 2023	X						X						X	Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI
Ref. aziendale Autismo	Strutturazione rete policentrica per l'autismo adulti INDICATORE: costituzione equipe autismo dedicata in ogni ambito entro giugno	X						X						X	Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI
SSI Transizione	Realizzazione di percorsi di transizione omogenei in Azienda per l'area disabilità intellettiva e ADHD INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre	X		X				X		X				X	
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Migliorare il percorso diagnostica e la successiva presa in carico delle persone affette da disturbo ipercinetico (ADHD) INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre	X		X				X						X	
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Migliorare i percorsi di transizione e presa in carico delle persone con disabilità intellettiva INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre	X						X						X	
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Progetto nuove patologie INDICATORE: entro 2023 ciascun SPDC dovrà formalizzare un progetto di revisione delle attività assistenziali focalizzata sulla modificazione dell'utenza					X									
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Mappatura per ambito delle strutture per inserimento minori per condivisione dei criteri di inserimento INDICATORE: completamento mappatura entro 2023							X							
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Definire in collaborazione con gli uffici scolastici provinciali e gli uffici di piano un progetto di fattibilità per l'implementazione della figura della psicologo scolastico INDICATORE: Almeno 3 incontri in ciascun ambito con stesura finale della relazione di fattibilità entro 2023							X							
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)															
CdG Fonte: Flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO Target: >= 95%					X									
Referente CURE	Corretta registrazione della prescrizione farmacologica nel fascicolo sanitario CURE INDICATORE: tempestiva e completa alimentazione flussi SISM, SINPIAER e FED nel rispetto delle indicazioni regionali.	X						X							
Referente CURE	Garantire la corretta, completa e tempestiva rilevazione delle prestazioni psicologi erogate per linea di attività. TARGET: entro maggio definizione modalità e strumenti in collaborazione con UO GSI e SS Governo flussi informativi Da secondo semestre rilevazione puntuale delle prestazioni erogate secondo modalità definite	X		X				X							In collaborazione con UOGestione Rapporti con i Servizi Sociosanitari

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAVENNA	Punti Dirigenza	S1129 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Direttori strutture psicologia	Garantire la corretta e completa, corretta e tempestiva rilevazione delle prestazioni psicologi erogate per linea di attività. TARGET: entro maggio definizione modalità e strumenti in collaborazione con UO GSI e SS Governo flussi informativi Da secondo semestre rilevazione puntuale delle prestazioni erogate secondo modalità definite									X		X			
Piano Regionale Prevenzione - PP04 Dipendenze															
Referente aziendale PP04 (Giorgia Biondi)	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi INDICATORE: Elaborazione di un report aziendale attuativo entro 2023			X											
Piano Regionale Prevenzione - PL 12 Infanzia e Adolescenza in condizioni di vulnerabilità															
Referenti aziendali PL12 (Marchetti-Tullini)	Definizione a livello dei Distretti delle Linee di indirizzo del Documento su prevenzione e contrasto del ritiro sociale. Target: entro 2023			X				X							Coinvolge Direzioni di Distretto, SDIA
Referenti aziendali PL12 (Marchetti-Tullini)	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti. Target: Almeno 2 incontri per valutazione e confronto attività sull'area del ritiro sociale e del coordinamento degli spazi di ascolto scolastici			X				X							In collaborazione con SDIA
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO															
CONTRASTO ALLA SINDROME METABOLICA															
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Presenza in carico congiunta in almeno una Casa della Comunità per Distretto delle persone >50aa valutate come arruolabili per facilitare l'accesso ai PDTA della cronicità INDICATORE: % utenti presi in carico fra gli arruolabili. Target: >= 80%	X												X	
Appropriatezza esami di laboratorio															
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Ridurre la variabilità nell'utilizzo degli esami tossicologici di laboratorio, salvo diversamente indicato dall'Autorità Giudiziaria o Commissione patenti INDICATORE: Applicazione documento elaborato nel 2022 con allineamento delle richieste. Target: allineamento alla media aziendale 2022 di 20 esami/utente affluito (tutte le tipologie di utenza)			X											
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Uniformare le richieste di esami di laboratori per paziente ricoverato. INDICATORE: Stesura linee di indirizzo entro settembre e tendenziale allineamento delle richieste nel 4° trimestre					X									
Monitoraggio degli accordi di fornitura con il Privato Accreditato															
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Revisione della procedura di accesso al Privato Accreditato in coerenza con l'attuale organizzazione dei DSM-DP. INDICATORE: formalizzazione ed applicazione procedura aziendale entro settembre	X		X		X									Coinvolge UO Accesso ai Percorsi Sanitari e Governo Committenza
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Appropriatezza dei ricoveri in RTI (AIOP e residenza SOLE) INDICATORE: valutazione delle non conformità e/o di specifiche criticità. Target: almeno 1 audit/anno	X		X		X									
Appropriatezza ricoveri e inserimenti residenziali															
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza ricovero in SPDC % trattati con degenza > 15 giorni Target: <= 15%	X		X		X									

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAVENNA	Punti Dirigenza	S1129 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RAVENNA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza continuità ospedale-territorio % re-ricovero fra 8 e 30 giorni Target: <= 5%	X		X		X									
Direttore UUOO	Contenzioni Meccaniche INDICATORE: Riduzione vs 2022 (mantenimento no contenzioni per Ravenna) ed effettuazione di audit semestrali per individuazione di eventuali azioni di miglioramento.					X								X	
Direttore di Dipartimento	Rivalutazione degli utenti inseriti in residenza dei Servizi di Salute mentale adulti, SerDP e NPIA. Target: 100% nel 2023	X		X				X						X	Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Valutazione utenti >65 anni con attivazione UVG INDICATORE: % utenti trasferiti in strutture per anziani. Target: almeno 80% utenti idonei	X													
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Appropriatezza dei ricoveri in RTI (AIOP e residenza SOLE) INDICATORE: % inserimenti oltre 60 giorni (e comunque non superiori a 90 giorni). Target <= 20%	X		X		X									Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti in RTR-E INDICATORE: % inserimenti oltre 2 anni (e comunque non superiori a 30 mesi). Target: <= 30%	X													Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze riabilitative (terapeutiche/pedagogiche) delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti oltre 18 mesi (rispetto delle indicazioni LEA). Target: <= 30%			X											Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze specialistiche delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti in COD oltre 90 giorni. Target: <= 10%			X											Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze specialistiche delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti in STRUTTURE DOPPIA DIAGNOSI oltre 1 anno (e comunque non superiori a 18 mesi). Target: <= 20%			X											Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Predisposizione documento di interfaccia tra NPIA e Serv. Sociali/Enti Locali su appropriatezza e tempestività delle tempistiche di degenza al momento della dichiarazione di dimissibilità del minore INDICATORE: formalizzazione documento entro settembre							X							
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico															
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure Target: Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4]	X		X		X		X						X	
Risk manager	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE. Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto			X											
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici															
Direttore UUOO	Appropriatezza farmacologica INDICATORE: effettuazione audit per verifica adesione dei trattamenti farmacologi alle linee guida. Target: almeno 1 audit annuale					X									
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA															
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza															

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAVENNA	Punti Dirigenza	S1129 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RAVENNA A	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X	
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA															
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa															
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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															
RID	Potenziare la continuità assistenziale e la presa in carico territoriale dei pazienti inseriti nelle residenze psichiatriche aziendali INDICATORE: 100% pazienti inseriti nelle residenze psichiatriche aziendali con monitoraggio progetto riabilitativo	X													
RID	Potenziare la continuità assistenziale e la presa in carico territoriale nella fase di ricovero. Target: 100% dei pazienti ad Alta Complessità Assistenziale in carico al personale del comparto ricoverati in SPDC con accesso/contatto del personale del comparto	X				X									
RID	Condivisione ed implementazione delle migliori strategie assistenziali volte alla diminuzione del numero delle contenzioni nei SPDC Target: Evidenza documentale e formazione sul campo entro 31/12/2023					X									
RID	Strutturazione della fase di accoglienza infermieristica dell'utente in primo accesso ai SerDP Target: Evidenza documentale entro 31/12/2023			X											
RID	Omogeneizzazione dei criteri di definizione delle liste d'attesa logopediche Target:Evidenza documentale entro il 31/12/2023							X							

D0046 DSM-DP RAVENNA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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	S1124 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RAVENNA	Punti Dirigenza	S1129 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RAVENNA	A	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
RID	Mappatura delle patologie attribuite ai fisioterapisti al fine di definire i criteri di presa in carico garantendo equità di trattamento a livello aziendale. Target: Evidenza documentale entro il 31/12/2023							X								

Direttore Dipartimento
(firm.to digitalmente)

Antonella Mastrocola

Direttori Distretto
(firm.to digitalmente)

Donatina Cilla

Roberta Mazzoni

Federica Boschi

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(firm.to digitalmente)

Elena Dosi

Direttore Generale
(firm.to digitalmente)

Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	1.300.865	1.334.035	33.169	-79.799	1.254.236
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	2.825	3.905	1.080	0	3.905
BS012 - VACCINI	76	66	-10	0	66
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	13	226	212	0	226
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	70.191	58.875	-11.316	0	58.875
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	26.424	13.962	-12.462	0	13.962
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	10.666	10.711	45	0	10.711
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		5.229	5.229	0	5.229
TOTALE BENI SANITARI	1.411.061	1.427.009	15.948	-79.799	1.347.210
RETTE PSICHIATRICHE	5.241.228	5.271.261	30.033	0	5.271.261
RETTE PSICHIATRICHE - REMS			0	185.760	185.760
RETTE DIPENDENZE PATOLOGICHE	2.229.902	2.384.199	154.297	0	2.384.199
RETTE NEUROPSICHIATRIA	1.887.962	2.235.863	347.901	0	2.235.863
SERVIZI SANITARI E RIABILITATIVI	1.443.981	1.452.428	8.447	0	1.452.428
ASSEGNI E CONTRIBUTI	23.537	20.915	-2.622	0	20.915

MEDICINALI:

- 78.027 € CSM Ravenna (-108.027 € costi cessanti gara farmaci e + 30.000 € paz Spravato)
- 1.386 € Dip patologiche Ravenna (costi cessanti gara farmaci)
- 386 € SPDC Ravenna (costi cesanti gara farmaci)

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI Punti Dirigenza	C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI Punti Dirigenza	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RIMINI Punti Dirigenza	S1128 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RIMINI Punti Dirigenza	S1130 - SSI DISTURBI SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
		100	100	100	100	100	100	100		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO										
Dir. Programma DCA	DCA - Tempi d'attesa prime visite CUP: INDICATORE: Visita Neuropsichiatrica DCA < 18 anni e Visita Psichiatrica DCA > 18 anni erogata entro 30gg dalla prenotazione. Target: >= 80%				X	X				Assicurare monitoraggio mensile prenotazione agende
Dir. Programma DCA	DCA - Garantire la realizzazione dell'attività di Day Service per l'adulto in tutti gli ambiti (in linea con quanto previsto dal PDTA) INDICATORE: avvio dell'attività di Day Service in tutti gli ambiti provinciali entro Dicembre 2023					X				Coinvolge DCP FO-CE, DCP RIMINI, Dip. Medicine Spec. Ravenna, UO GSI
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Attivazione delle prenotazioni di prime visite tramite sistema aziendale CUP. Target: attivazione entro 2023				X					Coinvolge UO GSI, UO ACCESSO AI PERCORSI SANITARI
Ref. aziendale Autismo	Riduzione delle liste di attesa per la prima visita dei bambini 0-3 anni con sospetto disturbo dello spettro autistico INDICATORE: abbattimento lista di attesa di almeno il 30% rispetto al 2022				X			X		Compatibilmente con il reclutamento delle risorse necessarie secondo fabbisogno che dovrà essere rappresentato e condiviso con la direzione.
Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza										
CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target: <=20%		X							
CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%		X							
Facilitazione all'accesso e garanzia della presa in carico da parte dello specialista										
Direttore SSD Psicologia	Garantire la continuità assistenziale tra il primo livello di accesso alla consultazione psicologica di base all'interno delle Case della Comunità ed il secondo livello di accesso psicologico specialistico al Centro di Salute Mentale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre					X	X			Coinvolge SSI DCP
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Uniformare i criteri di accesso per le persone alcol-dipendenti e tossico-dipendenti nelle carceri come normato dalla L. 309/90: "Affidamento in prova ex Art.94" INDICATORE: Formalizzazione di un documento condiviso entro settembre, con verifica effettiva applicazione a fine anno	X								
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Intercettazione precoce di soggetti che presentano abuso di alcol e tabacco nelle case di comunità INDICATORE: % pazienti inviati da operatori delle CDC su totale pazienti con percorsi individualizzati completati. Target: >=70%	X								SOLO SU DSM-DP RIMINI (UO SERDP)
Ref. aziendale Autismo	Garantire la presa in carico del paziente con disturbo dello spettro autistico al passaggio alla maggiore età con la definizione del modello "Progetti di Vita" INDICATORE: Adozione protocollo condiviso per la definizione dei PdV ai 18enni. Target: definizione di almeno 5 PdV su ciascun ambito provinciale				X	X		X		Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI Finanziamenti ISS, Ministero

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI	Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI	Punti Dirigenza	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RIMINI	Punti Dirigenza	S1128 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RIMINI	Punti Dirigenza	S1130 - SSI DISTURBI SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																	
Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico																	
Direttore di Dipartimento/ UUOO	PROGETTO DAMA: definizione del percorso di accoglienza ed assistenza differenziata a favore dei pazienti con deficit intellettivo, comunicativo e neuromotorio del DSM-DP INDICATORE: Formalizzazione ed avvio operativo del percorso entro il 2023			X		X		X						X		X	Coinvolge Direzione Presidi Ospedalieri, Direzione di Distretto, Cure Primarie, SSD AUTISMO RIMINI
Ref. aziendale Autismo	Potenziare intervento precoce nei bambini 0-3 anni con disturbo dello spettro autistico INDICATORE: almeno 50% dei bambini 0-3 anni con ASD con 4h/sett di intervento					X								X		X	Compatibilmente con il reclutamento delle risorse necessarie secondo fabbisogno che dovrà essere rappresentato e condiviso con la direzione.
Ref. aziendale Autismo	Definizione del PDTA Autismo INDICATORE: Istituzione tavolo di lavoro e condivisione formalizzata della stratificazione dei bisogni (1-2-3) entro 2023					X		X						X		X	Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI
Ref. aziendale Autismo	Strutturazione rete policentrica per l'autismo adulti INDICATORE: costituzione equipe autismo dedicata in ogni ambito entro giugno					X		X						X		X	Coinvolge SSD AUTISMO RIMINI
Direttore SSI Gestione Transizione	Realizzazione di percorsi di transizione omogenei in Azienda per l'area disabilità intellettiva e ADHD INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre	X				X		X		X						X	
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Migliorare il percorso diagnostica e la successiva presa in carico delle persone affette da disturbo ipercinetico (ADHD) INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre	X				X		X								X	
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Migliorare i percorsi di transizione e presa in carico delle persone con disabilità intellettiva INDICATORE: formalizzazione documento aziendale. Target: entro settembre					X		X								X	
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Ampliamento progetto Youth in Mind in collaborazione con l'Associazione Club Itaca. INDICATORE: Numero classi scolastiche coinvolte. Target: >= 24 classi (+20% vs 2022)							X									SOLO SU DSM-DP RIMINI (UO CSM)
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Progetto nuove patologie INDICATORE: entro 2023 ciascun SPDC dovrà formalizzare un progetto di revisione delle attività assistenziali focalizzata sulla modificazione dell'utenza			X													
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Sviluppo di un progetto di continuità terapeutica tra carcere e SerDP e favorire la continuità dei rapporti con i familiari. INDICATORE: % pazienti coinvolti progetto sul totale pazienti in carico all'equipe SerDP carcere. Target: >=20%	X														X	SOLO SU DSM-DP RIMINI (UO DP)
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Mappatura per ambito delle strutture per inserimento minori per condivisione dei criteri di inserimento INDICATORE: completamento mappatura entro 2023																
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Definire in collaborazione con gli uffici scolastici provinciali e gli uffici di piano un progetto di fattibilità per l'implementazione della figura della psicologo scolastico INDICATORE: Almeno 3 incontri in ciascun ambito con stesura finale della relazione di fattibilità entro 2023																

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI	Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI	Punti Dirigenza	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RIMINI	Punti Dirigenza	S1128 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RIMINI	Punti Dirigenza	S1130 - SSI DISTURBI SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)																
CdG Fonte: Flusso SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO Target: >= 95%			X													
Referente CURE	Corretta registrazione della prescrizione farmacologica nel fascicolo sanitario CURE INDICATORE: tempestiva e completa alimentazione flussi SISM, SINPIAER e FED nel rispetto delle indicazioni regionali.					X		X									
Referente CURE	Corretta e completa registrazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e sociosanitari in CURE e SISTER INDICATORE: 1. Condivisione strumento di reporting fra DSM e UO Gestione Rapporti coi in Servizi Sociosanitari. Target: entro maggio; 2. corrispondenza pagamento rette e flussi SISM, SINPIAER, SIDER. Target: 100%	X				X		X									In collaborazione con UOGestione Rapporti con i Servizi Sociosanitari
Direttori strutture psicologia	Garantire la corretta, completa e tempestiva rilevazione delle prestazioni psicologi erogate per linea di attività. TARGET: entro maggio definizione modalità e strumenti in collaborazione con UO GSI e SS Governo flussi informativi Da secondo semestre rilevazione puntuale delle prestazioni erogate secondo modalità definite									X		X					
	Piano Regionale Prevenzione - PP04 Dipendenze																
Referente aziendale PP04 (Giorgia Biondi)	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi INDICATORE: Elaborazione di un report aziendale attuativo entro 2023	X															
	Piano Regionale Prevenzione - PL 12 Infanzia e Adolescenza in condizioni di vulnerabilità: raggiungimento dei target specifici																
Referenti aziendali PL12 (Marchetti-Tullini)	Definizione a livello dei Distretti delle Linee di indirizzo del Documento su prevenzione e contrasto del ritiro sociale. Target: entro 2023	X				X											Coinvolte Direzioni di Distretto, SDIA
Referenti aziendali PL12 (Marchetti-Tullini)	Benchmarking sulle iniziative attuate negli ambiti. Target: Almeno 2 incontri per valutazione e confronto attività sull'area del ritiro sociale e del coordinamento degli spazi di ascolto scolastici	X				X											In collaborazione con SDIA
	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																
	CONTRASTO ALLA SINDROME METABOLICA																
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Presenza in carico congiunta in almeno una Casa della Comunità per Distretto delle persone >50aa valutate come arruolabili per facilitare l'accesso ai PDTA della cronicità INDICATORE: % utenti presi in carico fra gli arruolabili. Target: >= 80%							X								X	
	Appropriatezza esami di laboratorio																
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Ridurre la variabilità nell'utilizzo degli esami tossicologici di laboratorio, salvo diversamente indicato dall'Autorità Giudiziaria o Commissione patenti. INDICATORE: Applicazione documento elaborato nel 2022 con allineamento delle richieste. Target: allineamento alla media aziendale 2022 di 20 esami/utente affluito (tutte le tipologie di utenza)	X															

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI	Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI	Punti Dirigenza	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RIMINI	Punti Dirigenza	S1128 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RIMINI	Punti Dirigenza	S1130 - SSI DISTURBI SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Uniformare le richieste di esami di laboratori per paziente ricoverato. INDICATORE: Stesura linee di indirizzo entro settembre e tendenziale allineamento delle richieste nel 4° trimestre			X													
Monitoraggio degli accordi di fornitura con il Privato Accreditato																	
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Revisione della procedura di accesso al Privato Accreditato in coerenza con l'attuale organizzazione dei DSM-DP. INDICATORE: formalizzazione ed applicazione procedura aziendale entro settembre	X		X				X									Coinvolge UO Committenza e Governo Accessi Sanitari
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Appropriatezza dei ricoveri in RTI (AIOP e residenza SOLE) INDICATORE: valutazione delle non conformità e/o di specifiche criticità. Target: almeno 1 audit/anno	X		X				X									
Appropriatezza ricoveri e inserimenti residenziali																	
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza ricovero in SPDC % trattati con degenza > 15 giorni Target: <= 15%	X		X				X									
CdG Fonte: Flusso SDO	Appropriatezza continuità ospedale-territorio % re-ricovero fra 8 e 30 giorni Target: <= 5%	X		X				X									
Direttore UUOO	Contenzioni Meccaniche INDICATORE: Riduzione vs 2022 (mantenimento no contenzioni per Ravenna) ed effettuazione di audit semestrali per individuazione di eventuali azioni di miglioramento.			X												X	
Direttore di Dipartimento	Rivalutazione degli utenti inseriti in residenza dei Servizi di Salute mentale adulti, SerDP e NPIA. Target: 100% nel 2023	X				X		X								X	Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Valutazione utenti >65 anni con attivazione UVG INDICATORE: % utenti trasferiti in strutture per anziani. Target: almeno 80% utenti idonei							X									
Direttore di Dipartimento/ UUOO	Appropriatezza dei ricoveri in RTI (AIOP e residenza SOLE) INDICATORE: % inserimenti oltre 60 giorni (e comunque non superiori a 90 giorni). Target <= 20%	X		X				X									Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti in RTR-E INDICATORE: % inserimenti oltre 2 anni (e comunque non superiori a 30 mesi). Target: <= 30%							X									Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze riabilitative (terapeutiche/pedagogiche) delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti oltre 18 mesi (rispetto delle indicazioni LEA). Target: <= 30%	X															Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze specialistiche delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti in COD oltre 90 giorni. Target: <= 10%	X															Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Appropriatezza degli inserimenti nelle Residenze specialistiche delle Dipendenze Patologiche INDICATORE: % inserimenti in STRUTTURE DOPPIA DIAGNOSI oltre 1 anno (e comunque non superiori a 18 mesi). Target: <= 20%	X															Nota Baldino
Direttore di Dipartimento	Predisposizione documento di interfaccia tra NPIA e Serv. Sociali/Enti Locali su appropriatezza e tempestività delle tempistiche di degenza al momento della dichiarazione di dimissibilità del minore INDICATORE: formalizzazione documento entro settembre					X											
Adesione ai protocolli/programmi di Sicurezza e Rischio Clinico																	

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI	Punti Dirigenza	C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI	Punti Dirigenza	C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI	Punti Dirigenza	C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI	Punti Dirigenza	S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RIMINI	Punti Dirigenza	S1128 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RIMINI	Punti Dirigenza	S1130 - SSI DISTURBI SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA	Punti Dirigenza	Comparto	NOTE
Risk manager	Attivare percorsi di miglioramento della sicurezza delle Cure Target: Almeno 1 analisi evento (audit SEA/RCA) all'anno per segnalazioni di scala gravità [1-4)	X		X		X		X								X	
Risk manager	Effettuare visite per la sicurezza ospedale – territorio - Progetto Regionale VISITARE. Target: Almeno 1 Visita della sicurezza in un setting territoriale per distretto	X															
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici																	
Direttee UOOO	Appropriatezza farmacologica INDICATORE: effettuazione audit per verifica adesione dei trattamenti farmacologi alle linee guida. Target: almeno 1 audit annuale			X													
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																	
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																	
RPCT	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPCT	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X				X	
RPCT	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		X				X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																	
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																	
Direttore di Dipartimento/ Struttura (CdG Fonte: COAN)	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																	
RID	Potenziare la continuità assistenziale e la presa in carico territoriale dei pazienti inseriti nelle residenze psichiatriche aziendali INDICATORE: 100% pazienti inseriti nelle residenze psichiatriche aziendali con monitoraggio progetto riabilitativo							X									
RID	Potenziare la continuità assistenziale e la presa in carico territoriale nella fase di ricovero. Target: 100% dei pazienti ad Alta Complessità Assistenziale in carico al personale del comparto ricoverati in SPDC con accesso/contatto del personale del comparto			X				X									

D0047 DSM-DP RIMINI - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0132 - UO DIPENDENZE PATOLOGICHE RIMINI		C0131 - UO SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA RIMINI		C0256 - UO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA RIMINI		C1130 - UO CENTRO SALUTE MENTALE RIMINI		S1125 - SSI GESTIONE DELLA TRANSIZIONE ETA' ADULTA RIMINI		S1128 - SSD PSICOLOGIA CLINICA E PSICOPATOL.RIMINI		S1130 - SSI DISTURBI SPETTRO AUTISTICO NELL'ARCO DELLA VITA		NOTE
		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Punti Dirigenza		Comparto		
RID	Condivisione ed implementazione delle migliori strategie assistenziali volte alla diminuzione del numero delle contezioni nei SPDC Target: Evidenza documentale e formazione sul campo entro 31/12/2023			X												
RID	Strutturazione della fase di accoglienza infermieristica dell'utente in primo accesso ai SerDP Target: Evidenza documentale entro 31/12/2023	X														
RID	Omogeneizzazione dei criteri di definizione delle liste d'attesa logopediche Target: Evidenza documentale entro il 31/12/2023					X										
RID	Mappatura delle patologie attribuite ai fisioterapisti al fine di definire i criteri di presa in carico garantendo equità di trattamento a livello aziendale. Target: Evidenza documentale entro il 31/12/2023					X										

Direttore Dipartimento
(firm.to digitalmente)

Andrea Tullini

Direttori Distretto
(firm.to digitalmente)

Mirco Tamagnini

Riccardo Varliero

Responsabile Infermieristico Dipartimento
(firm.to digitalmente)

Letizia Foglietta

Direttore Generale
(firm.to digitalmente)

Tiziano Carradori

BUDGET OPERATIVO 2023

Fonte Dati: Contabilità Analitica (aggiornata al 07.02.2023)

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

Indicatore	Costi TOTALE 2021	Costi TOTALE 2022 Gennaio - Dicembre	TOTALE 2022 - TOTALE 2021 (V.A.)	Differenza 2023 - 2022	BUDGET TOTALE 2023
BS001 - MEDICINALI	1.083.677	1.180.000	96.323	-58.103	1.121.897
BS002 - EMODERIVATI	6.300	4.426	-1.874	0	4.426
BS013 - PRODOTTI DIETETICI	3.362	2.568	-794	0	2.568
BS012 - VACCINI		165	165	0	165
BS011 - MEZZI DI CONTRASTO E MAT. RADIOG.	88	181	94	0	181
BS007 - DISPOSITIVI MEDICI E BENI ASS PROT INT	79.209	45.640	-33.570	5.847	51.487
BS006 - DISP DIAGNOSTICI, PROD CHIMICI, ALLERGENI, GAS L	16.691	8.865	-7.826	0	8.865
BS003 - ALTRI BENI SANITARI	9.463	12.109	2.646	5.612	17.721
BS017 - DPI NON DISPOSITIVI MEDICI		1.716	1.716	0	1.716
TOTALE BENI SANITARI	1.198.791	1.255.669	56.878	-46.644	1.209.025

RETTE PSICHIATRICHE	5.029.827	5.268.070	238.243	0	5.268.070
RETTE PSICHIATRICHE - REMS			0	394.200	394.200
RETTE DIPENDENZE PATOLOGICHE	1.588.901	1.703.894	114.993	0	1.703.894
RETTE NEUROPSICHIATRIA	2.028.309	1.685.576	-342.733	0	1.685.576
SERVIZI SANITARI E RIABILITATIVI	3.188.788	3.035.430	-153.358	0	3.035.430
ASSEGNI E CONTRIBUTI	69.776	68.829	-947	0	68.829

MEDICINALI:

-5.932 € SPDC Rimini (costi cessanti gara farmaci)
 +13.688 € Neuropsichiatria inf e adol Rimini (incremento posti letto)
 -65.859 € CSM Rimini (-95.859 € costi cessanti gara farmaci e +30.000 € paz Spravato)

DM: +5.847 € Neuropsichiatria inf e adol Rimini (incremento posti letto)

ALTRI BENI SANITARI: +5.612 € Neuropsichiatria inf e adol Rimini (incremento posti letto)

4. Obiettivi operativi direzioni di distretto e direzioni tecniche

DIREZIONI DI DISTRETTO - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO281 - DIREZIONE DISTRETTO RAVENNA	Punti Dirigenza	CO282 - DIREZIONE DISTRETTO CESENA-RUBICONE	Punti Dirigenza	CO283 - DIREZIONE DISTRETTO FORLÌ	Punti Dirigenza	CO284 - DIREZIONE DISTRETTO RIMINI	Punti Dirigenza	CO285 - DIREZIONE DISTRETTO RICCIONE	Punti Dirigenza	CO288 - DIREZIONE DISTRETTO FAENZA	Punti Dirigenza	CO289 - DIREZIONE DISTRETTO LUGO	Punti Dirigenza	Note
			100		100		100		100		100		100		100	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO																
Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza																
Direttore DIT, Direzioni Distretto (CdG: flusso PS-CRA)	Migliorare l'appropriatezza degli accessi in PS da CRA: - almeno un percorso interprofessionale relativamente a tematiche specifiche che evitino l'accesso in PS - individuazione di un percorso per la riduzione in PS per l'esecuzione di esami radiologici Indicatore: riduzione del 10% del numero degli accessi in PS rispetto alla patologia identificata/percorso individuato	X		X		X		X		X		X		X		Obiettivo in corresponsabilità con DCP, DIT; l'avvio del progetto pilota radiologia domiciliare coinvolge l'ambito di Ravenna.
Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista																
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 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: 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		
Insider	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B - Indicatore NSG: D10Z. Target: >= 90%	X		X		X		X		X		X		X		
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																
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 2023 Target: >= 2019 per le prestazioni monitorate															
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																
Sviluppo dell'assistenza territoriale e presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria con patologie croniche																
DIT, Direzioni Distretto	Definizione del modello aziendale IFoC Completamento Sperimentazione entro I semestre, definizione profilo di comunità e della rete dei servizi mappatura del territorio e avvio operatività Indicatore: - nr attivazioni IFoC e report attività erogata - Pubblicazione entro l'anno del Progetto aziendale DIT "Modello Cure Territoriali integrato"	X		X		X		X		X		X		X		In collaborazione con DCP, DIT
DIT, Direzioni Distretto	Assistenza Domiciliare Rafforzamento della presa in carico domiciliare: % di anziani over 65 in ADI. Target in linea con obiettivo PNRR	X		X		X		X		X		X		X		
DIT, Direzioni Distretto	COT - Attivazione Gruppo di lavoro aziendale - Elaborazione progetto con definizione cronoprogramma Progetto di realizzazione delle COT distrettuali entro l'anno	X		X		X		X		X		X		X		In collaborazione con DCP, DIT
DIT, Direzioni Distretto	UCA 1 Elaborazione del progetto operativo UCA	X		X		X		X		X		X		X		In collaborazione con DCP, DIT
DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza % di attivazione CAU rispetto a quanto definito dalla programmazione regionale. Target: >= 90%	X		X		X		X		X		X		X		
DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza Presentazione del piano di riorganizzazione dell'emergenza territoriale. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		

DIREZIONI DI DISTRETTO - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza Gestione della transizione: trasferimento della casistica potenzialmente inappropriata dai DEA I e II livello ai CAU. Target: >= 20%	X		X		X		X		X		X		X		
DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza % di MSA con ≥ 3 servizi/die per area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna). Target: >= 80%	X		X		X		X		X		X		X		
Direzioni Distretto, DMPO evidenza documentale	Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico PROGETTO DAMA: definizione del percorso di accoglienza ed assistenza differenziata a favore dei pazienti con deficit intellettivo, comunicativo e neuromotorio del DSM-DP INDICATORE: Formalizzazione ed avvio operativo del percorso entro il 2023	X		X		X		X		X		X		X		In collaborazione con DSM, DMPO, DIT
Referente PDTA	PDTA demenze: Adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) da parte delle aziende sanitarie per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza). Indicatore: Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione in possesso dell'Azienda. Target: >=60%	X		X		X		X		X		X		X		
Referente PDTA	PDTA demenze: Sviluppo progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver. Indicatore: Sviluppo ed implementazione di progetti a bassa soglia tipo "Meeting center" in coprogettazione con associazioni ed enti locali. Target: almeno 1 in Ausl	X		X		X		X		X		X		X		
Direzioni Distretto	Piano Regionale Prevenzione 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, PL 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		In collaborazione con i Dipartimenti/UUOO interessate
DASS, Direzioni Distretto	Integrazione Socio Sanitaria Stipula in ciascun ambito distrettuale dell'accordo di programma di costituzione e funzionamento del PUA e dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario come da indicazioni Piano nazionale non autosufficienza. Target: nel 100% dei distretti	X		X		X		X		X		X		X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO																
Adesione agli standard Area Qualità, Esiti e Governo Clinico																
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X		
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																

DIREZIONI DI DISTRETTO - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
	Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa								
Partecipazione ai tavoli di monitoraggio documentata dal Servizio Amministrativo di supporto; azioni di governo attivate documentate a cura DIT	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 agli incontri del tavolo ordinatori e al monitoraggio con i servizi amministrativi di supporto. Rendicontazione ad ogni step di preconsuntivo (di concerto con i servizi amministrativi di supporto) dell'andamento, delle ragioni di eventuali scostamenti e delle azioni di governo/miglioramento attuate per il rispetto del budget.	X	X	X	X	X	X	X	
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	

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 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0034 - DIREZIONE MEDICA P.O. CESENA	Punti Dirigenza	C0036 - DIREZIONE MEDICA P.O. FORLÌ	Punti Dirigenza	C0037 - DIREZIONE MEDICA P.O. FAENZA	Punti Dirigenza	C0038 - DIREZIONE MEDICA P.O. LUOGO	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			
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO																
Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza																
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X		X		X		X		X		X		X		Obiettivo in corresponsabilità con la DIT. Monitoraggio livello di adesione al "cingolo" e/o strumenti "gestione ricoveri in urgenza da PS" con ritorno informativo periodico ai reparti per promuovere eventuali azioni di miglioramento.
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X		X		X		X		X		X		X		vedi sopra
Fonte indicatore: Insider/BO. Rendicontazione progetti di miglioramento attivati a cura DMPO	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		
Evidenza documentale a cura DMPO	Predisposizione di Istruzioni Operative di ambito per favorire il decentramento per funzioni HUB dell'Opedale di Cesena (stroke, grandi traumi e NCH ecc.) Target: 1. Realizzazione IO entro giugno 2023 per ambito 2. Monitoraggio indicatori da luglio 2023	X		X		X		X		X		X		X		Obiettivo in corresponsabilità con DIT e Dip/UUOO interessate.
Dir. programma EU	Maxiemergenza – PEIMAF Indicatore: Aggiornamento e completamento su tutti i presidi ospedalieri. Entro settembre	X		X		X		X		X		X		X		Obiettivo in corresponsabilità con DIT e Dip/UUOO interessate.
Dir. programma EU	Completamento piano di attivazione e consolidamento dei fast track : attivazione fast track sull' ambito di Forlì (oculistica, urologia, ORL, Gine Oste, Dermatologia). Entro giugno			X												Per area oculistica, come da negoziazione con il dip/UEO coinvolta, si dovrà procedere alla riorganizzazione percorsi PS oculistici secondo esito del confronto tra le UO coinvolte (PS, Oculistica, Direzione di Presidio, UO Accesso ai percorsi sanitari e governo della committenza)
DMPO	Completamento piano di attivazione e consolidamento dei fast track: ampliamento a 12 h per le UUOO con guardia attiva h12.	X		X		X		X		X		X		X		UUOO di Ortopedia, Ginecologia/Ostetricia, pediatria, Urologia, Dermatologia, ORL
DMPO, UO Committenza, UUOO Cure Primarie	Riduzione accessi in PS da MMG per visita Specialistica urgente: - implementazione almeno un nuovo percorso di visita U per ogni ambito, in base alle principali criticità - implementazione almeno un nuovo percorso aziendale U/B con indicazioni cliniche condivise in coerenza con gli orientamenti aziendali - revisione dei percorsi già in atto ove necessario - implementazione/aggiornamento del Manuale appropriatezza specialistica per ambito e pubblicazione nell'intranet aziendale perché anche gli specialisti lo osservino nella prescrizione di visite	X		X		X		X		X		X		X		In collaborazione con UUOO Cure Primarie, UO Accesso percorsi sanitari e governo Committenza
Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti																
Fonte: flusso SDO	Tempi di attesa retrospettivi per patologie neoplastiche: % casi entro standard. 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. endoarteriectomia, coronarografia, PTC: target => 90% Colecistectomia, emorroidectomia, ernia inguinale: target >= 75% Biopsia fegato: target >=90%	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso SDO	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg. Target: => 85%	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso SDO - ASA	Downgrading del setting assistenziale: % di trasformazione di DRG 162 (riparazione ernia inguinale non complicato) da ricovero diurno a regime ambulatoriale. Target: >=25%	X		X		X		X		X		X		X		
Fonte: flusso SDO - ASA	Downgrading del setting assistenziale: % di trasformazione di DRG 119 (stripping di vene) da ricovero diurno a regime ambulatoriale. Target: >=10%	X		X		X		X		X		X		X		

D0010 DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
Evidenza documentale a cura DMPO/DIT	Realizzazione del prericovero centralizzato	X												X		Obiiettivo in corresponsabilità con DIT
	Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista															
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 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: 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		
Insider	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B - Indicatore NSG: D10Z. Target: >= 90%	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: >=95% Indicatore: n. percorsi di presa in carico specifici per UO. Target: evidenza documentale delle azioni di miglioramento e dei percorsi di presa in carico attivati	X		X		X		X		X		X		X		
DMPO	Analisi valutativa ed organizzativa sull'attività di specialistica ambulatoriale area ginecologica e pediatrica. INDICATORE: Report di analisi con definizione massima capacità produttiva per UO entro giugno	X		X		X		X		X				X		In collaborazione con SDIA
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE																
Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse																
RUA Chir.	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%	X		X		X		X		X		X		X		Definizione piano di recupero entro 17 aprile: condivisione con il RUA, il board chirurgico, i Dip/UUOO coinvolte, UO Committenza (per orientare committenza al privato accreditato)
RUA Chir.	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: variazione % dell'arruolamento in lista. Target:<2%	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 2023 (strutture pubbliche) Target: >= 2019 per le prestazioni monitorate	X		X		X		X		X		X		X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE																
Monitoraggio performance																
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	X		X		X		X		X		X		X		
Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"																
Dir. Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio 2. Sviluppo applicativo per la tracciabilità	X		X		X		X		X		X		X		

D0010 DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
RUA Chir., DMPO, DIT	Progetto Lista di attesa unica Chirurgia Generale Forli-Faenza, avvio progetto nel primo semestre 2023: Integrazione servizi di pre-ricovero aziendali (Forli-Faenza)- Avanzamento Progetto Chirurgia 2.0. KPI: attivazione lista attesa condivisa (PDE), condivisione dei criteri inserimento in lista, integrazione cartella clinica informatizzata pre-ricovero Forli-Faenza.	X	X	X	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con DIT e Dip/UUOO interessate (Dip Chirurgico FO, RA,, Medicina Legale, Risk Manager, GSI)
RUA Chir., DMPO	Messa a regime gestione informatizzata lista di attesa chirurgica per le UUOO di Cardiologia/UTIC e Terapia Antalgica. Tempi: entro giugno	X	X			X		X	
Completamento progetto di riorganizzazione posti letto di UTIC									
DMPO, DIT rendicontazione documentale	Riorganizzazione delle piattaforme di ricovero per intensità di cura. Target: definizione e condivisione di un progetto operativo entro luglio 2023			X	X				
DMPO, DIT rendicontazione documentale	Riorganizzazione delle piattaforme di ricovero per intensità di cura. Target: definizione e condivisione di un progetto operativo entro luglio 2023						X		
Completamento progetto di riorganizzazione della funzione di Pneumologia									
DMPO, DIT rendicontazione documentale	Completamento progetto e ripristino area di degna presso il PO di Lugo. Entro luglio 2023				X	X			
Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico									
Direzioni Distretto, DMPO evidenza documentale	PROGETTO DAMA: definizione del percorso di accoglienza ed assistenza differenziata a favore dei pazienti con deficit intellettivo, comunicativo e neuromotorio del DSM-DP INDICATORE:Formalizzazione ed avvio operativo del percorso entro il 2023	X	X	X	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con Direzioni Distretto, DSM
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)									
CdG: fonte SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X	X	X	X	X	X	X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	X	X	X	X	X	X	X	
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X	X	X	X	X	X	X	
Completamento RIS-PACS Unico Aziendale									
Responsabile progetto RIS PACS	ROAD MAP verso RIS-PACS Unico Aziendale Descrizione: Unificazione dei percorsi, del nomenclatore, delle procedure: 1. 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.); 2. Adozione di nomenclatore unificato Aziendale per le prestazioni sia per pazienti esterni sia per pazienti interni con particolare riferimento alle prestazioni di radiologia interventistica: inserimento nel sistema RIS e integrazione applicativi per Order Entry entro settembre. 3. Predisposizione referti strutturati da inserire nel RIS Unico Aziendale. GdL entro marzo 2023. Verifica avanzamento lavori settembre 2023 con messa a punto di almeno 5 template di referto strutturato (Il Livello) 4. 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. Sviluppo regolamento per Radiologia entro settembre	X	X	X	X	X	X	X	si veda deliberazione del Direttore Generale n.197 del 31/05/2023
Progetto sperimentale chirurgia robotica									
Fonte CoAn/SDO Relazione rendicontazione a cura DMPO	Rispetto programmazione interventi previsti dal progetto: budget economico e volumi/tipologia interventi per disciplina	X						X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA									

D0010 DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0034 - DIREZIONE MEDICA P.O. CESENA Punti Dirigenza	C0036 - DIREZIONE MEDICA P.O FORLÌ 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
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza									
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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	
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X	X	X	X	X	X	X	
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X	X	X	X	X	X	X	
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA									
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa									
	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 agli incontri del tavolo ordinatori e al monitoraggio con i servizi amministrativi di supporto. Rendicontazione ad ogni step di preconsuntivo (di concerto con i servizi amministrativi di supporto) dell'andamento, delle ragioni di eventuali scostamenti e delle azioni di governo/miglioramento attuate 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 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0042 - DIT - AMBITO TERRITORIALE CESENA Punti Dirigenza	C0043 - DIT - AMBITO TERRITORIALE FORLI' Punti Dirigenza	C0044 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RAVENNA Punti Dirigenza	C0045 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RIMINI Punti Dirigenza	Note
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO					
	Miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza					
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding 1-3 ore. Target <=20%	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con le DMPO. Monitoraggio livello di adesione al "cingolo" e/o strumenti " gestione ricoveri in urgenza da PS" (Bed Management) con ritorno informativo periodico ai reparti per promuovere eventuali azioni di miglioramento
Dir. programma EU (CdG Fonte: flusso PS)	% casi con tempo di boarding >= 3 ore. Target: <=5%	X	X	X	X	vedi sopra
Fonte indicatore: Insider/BO. Rendicontazione progetti di miglioramento attivati a cura DMPO DIT	Collaborare con le Direzioni Mediche 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 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	
Evidenza documentale a cura DMPO DIT	Predisposizione di Istruzioni Operative di ambito per favorire il decentramento per funzioni HUB dell'Opedale di Cesena (stroke, grandi traumi e NCH ecc.) Target: 1. Realizzazione IO entro giugno 2023 per ambito 2. Monitoraggio indicatori da luglio 2023	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
Dir. programma EU	Maxiemergenza – PEIMAF Indicatore: Aggiornamento e completamento su tutti i presidi ospedalieri. Entro settembre	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
Direttore DIT, Direzioni Distretto (CdG: flusso PS-CRA)	Migliorare l'appropriatezza degli accessi in PS da CRA: - almeno un percorso interprofessionale relativamente a tematiche specifiche che evitino l'accesso in PS - Radiologia Domiciliare. Valutazione fattibilità di utilizzo della tecnologia disponibile presso struttura territoriale da individuare in ciascun ambito. Target: predisposizione di un progetto pilota	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con DCP, Direzioni Distretto
	Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti					
Evidenza documentale a cura DMPO/DIT	Realizzazione del prericovero centralizzato	X			X	Obiettivo in corresponsabilità con DMPO
	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE					
	Garantire livelli di produzione coerenti con la potenzialità produttiva disponibile e massima efficienza nell'utilizzo delle risorse					
RUA Chir.	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
RUA Chir.	Assicurare il contributo (organizzativo, gestionale e di governo) per il rispetto del piano di recupero/incremento produzione chirurgica. Indicatore: variazione % dell'arruolamento in lista. Target:<2%	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
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 2023 (strutture pubbliche) Target: >= 2019 per le prestazioni monitorate	X	X	X	X	Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE					
	Monitoraggio performance					

D0011 DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA AZIENDALE - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0042 - DIT - AMBITO TERRITORIALE CESENA	Punti Dirigenza	C0043 - DIT - AMBITO TERRITORIALE FORLI'	Punti Dirigenza	C0044 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0045 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RIMINI	Punti Dirigenza	Note
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	X		X		X		X		
	Adesione agli obiettivi del programma HPR "Riorganizzazione del percorso chirurgico della Romagna"									
Dir. Programma HPR	Progettualità NORA: 1. Elaborazione istruzione operativa di presidio 2. Sviluppo applicativo per la tracciabilità	X		X		X		X		Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
RUA Chir., DMPO, DIT	Progetto Lista di attesa unica Chirurgia Generale Forli-Faenza, avvio progetto Aprile 2023: Integrazione servizi di pre-ricovero aziendali (Forli-Faenza)- Avanzamento Progetto Chirurgia 2.0. KPI: attivazione lista attesa condivisa (PDE), condivisione dei criteri inserimento in lista, integrazione cartella clinica informatizza pre-ricovero Forli-Faenza.			X		X				Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate (Dip Chirurgico FO, RA,, Medicina Legale, Risk Manager, GSI)
RUA Chir., DMPO, DIT	Messa a regime gestione informatizzata lista di attesa chirurgica per le UUOO di Cardiologia/UTIC e Terapia Antalgica. Tempi: entro giugno	X		X		X		X		Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
	Completamento progetto di riorganizzazione posti letto di UTIC									
DMPO, DIT rendicontazione documentale	Riorganizzazione delle piattaforme di ricovero per intensità di cura. Target: definizione e condivisione di un progetto operativo entro luglio 2023					X				Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
DMPO, DIT rendicontazione documentale	Riorganizzazione delle piattaforme di ricovero per intensità di cura. Target: definizione e condivisione di un progetto operativo entro luglio 2023							X		Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
	Completamento progetto di riorganizzazione della funzione di Pneumologia									
DMPO, DIT rendicontazione documentale	Completamento progetto e ripristino area di degna presso il PO di Lugo. Entro luglio 2023					X				Obiettivo in corresponsabilità con DMPO e Dip/UUOO interessate.
	Sviluppo dell'assistenza territoriale e presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria con patologie croniche									
DIT, Direzioni Distretto	Definizione del modello aziendale IFoC Completamento Sperimentazione entro semestre, definizione profilo di comunità e della rete dei servizi mappatura del territorio e avvio operatività Indicatore: - nr attivazioni IFoC e report attività erogata - Pubblicazione entro l'anno del Progetto aziendale DIT "Modello Cure Territoriali integrato"	X		X		X		X		In collaborazione con DCP, Direzioni Distretto
DIT, Direzioni Distretto	COT - Attivazione Gruppo di lavoro aziendale - Elaborazione progetto con definizione cronoprogramma Progetto di realizzazione delle COT distrettuali entro l'anno	X		X		X		X		In collaborazione con DCP, Direzioni Distretto
DIT, Direzioni Distretto	UCA 1 Elaborazione del progetto operativo UCA	X		X		X		X		In collaborazione con DCP, Direzioni Distretto
DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza % di attivazione CAU rispetto a quanto definito dalla programmazione regionale. Target: >= 90%	X		X		X		X		
DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza Presentazione del piano di riorganizzazione dell'emergenza territoriale. Target: 100%	X		X		X		X		
DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza Gestione della transizione: trasferimento della casistica potenzialmente inappropriata dai DEA I e II livello ai CAU. Target: >= 20%	X		X		X		X		
DIT, Direzioni Distretto	Piano Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza % di MSA con ≥ 3 servizi/die per area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna). Target: >= 80%	X		X		X		X		

D0011 DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA AZIENDALE - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0042 - DIT - AMBITO TERRITORIALE CESENA	Punti Dirigenza	C0043 - DIT - AMBITO TERRITORIALE FORLI'	Punti Dirigenza	C0044 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RAVENNA	Punti Dirigenza	C0045 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RIMINI	Punti Dirigenza	Note
DIT, Direzioni Distretto	Assistenza Domiciliare Rafforzamento della presa in carico domiciliare: % di anziani over 65 in ADI. Target in linea con obiettivo PNRR	X		X		X		X		
	Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico									
Direzioni Distretto, DMPO evidenza documentale	PROGETTO DAMA: definizione del percorso di accoglienza ed assistenza differenziata a favore dei pazienti con deficit intellettivo, comunicativo e neuromotorio del DSM-DP INDICATORE: Formalizzazione ed avvio operativo del percorso entro il 2023	X		X		X		X		In collaborazione con DSM, Direzioni Distretto, DMPO
	Adesione agli obiettivi del programma "Sistema unico Emergenza Territoriale e Logistica dei Trasporti Sanitari"									
Dir. Programma Sistema Unico ET	Applicazione regolamento unico aziendale per l'unificazione funzionale delle centrali trasporti secondari, con coordinamento medico ed infermieristico unificato delle centrali ed informatizzazione delle procedure di richiesta. Indicatori: % di viaggi ambulanze con paziente a bordo / totale viaggi ambulanze. Standard: > 70% (efficienza operativa) Ore aggiuntive per servizi estemporanei o prolungamenti servizi/totale ore piano di committenza. Standard: < 2%	X		X		X		X		
Dir. Programma Sistema Unico ET	Predisposizione e implementazione progetto formativo per "Infermiere esperto soccorso preospedaliero". Indicatore: Numero di infermieri formati (>= 50% infermieri 118)	X		X		X		X		
Dir. Programma Sistema Unico ET	Applicazione regolamento unico aziendale per l'unificazione funzionale delle centrali trasporti secondari, con coordinamento medico ed infermieristico unificato delle centrali ed informatizzazione delle procedure di richiesta. Indicatori: % di viaggi ambulanze con paziente a bordo / totale viaggi ambulanze. Standard: > 70% (efficienza operativa) Ore aggiuntive per servizi estemporanei o prolungamenti servizi/totale ore piano di committenza. Standard: < 2%	X		X		X		X		
	Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)									
CdG: fonte SDO	Tempestività di compilazione e invio SDO . Target >=95%	X		X		X		X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	X		X		X		X		
RUA Chir. (CdG Fonte: flusso SDO-SIGLA)	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	X		X		X		X		
	AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA									
	Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza									
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		X		X		X		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		
	AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA									
	Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa									

D0011 DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA AZIENDALE - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0042 - DIT - AMBITO TERRITORIALE CESENA Punti Dirigenza	C0043 - DIT - AMBITO TERRITORIALE FORLI' Punti Dirigenza	C0044 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RAVENNA Punti Dirigenza	C0045 - DIT - AMBITO TERRITORIALE RIMINI Punti Dirigenza	Note
	<p>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.</p> <p>Indicatore: - delta costi vs budget</p> <p>Target: - partecipazione agli incontri del tavolo ordinatori e al monitoraggio con i servizi amministrativi di supporto.</p> <p>Rendicontazione ad ogni step di preconsuntivo (di concerto con i servizi amministrativi di supporto) dell'andamento, delle ragioni di eventuali scostamenti e delle azioni di governo/miglioramento attuate per il rispetto del budget</p>	X	X	X	X	

Firma

Direttore Generale

(Fir.to digitalmente)

Direttore Direzione Infermieristica/Tecnica

(Fir.to digitalmente)

D0012 DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0046 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA TERRITORIALE AZIENDALE Punti Dirigenza 100	C0048 - DIREZIONE ASS. FARMACIA CENTRALIZZATA PIEVESESTINA Punti Dirigenza 100	C0050 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.RAVENNA Punti Dirigenza 100	C0051 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.RIMINI Punti Dirigenza 100	C1049 - DIREZIONE ASS.FARMACEUTICA OSP.FORLI-CESENA Punti Dirigenza 100	S0031 - SSD FARMACIA ONCOLOGICA AZIENDALE Punti Dirigenza 100	S0032 - SSD POLITICHE DISTRIBUTIVE DEL FARMACO Punti Dirigenza 100	Note
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE									
Monitoraggio performance									
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	X	X	X	X	X		X	
Progetto Farmacia dei Servizi									
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Partecipazione e realizzazione dei progetti correlati alle attività da svolgersi da parte delle farmacie convenzionate nel contesto dello sviluppo territoriale previsto dal DM 77 e da obiettivi RER, compresa la Farmacia dei servizi. Indicatori e target: - implementazione attività e funzioni coerentemente alle indicazioni ed accordi regionali e locali - Formazione e appropriatezza prescrittiva: almeno 1 eventi formativo per ambito rivolto a farmacisti convenzionati.	X	X	X	X	X		X	
Progetto Nuova Farmacia Oncologica									
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: presentazione analisi dei costi.							X	
Progetto farmacista Esperto di DM									
Evidenza documentale a cura Direttore UO IVT	Collaborazione con UO IVT e GSI per presentazione di un progetto di tracciabilità dei DM in sala operatoria e al paziente.			X		X			
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Progetto Repertorio dei DM di Area Vasta: progettazione e avvio del progetto		X	X	X	X			
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)									
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Compilazione Registro AIFA. Target: 100%			X	X	X	X	X	
Progetto Farmacia Clinico nella casa di Comunità									
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Progetto Farmacista Clinico nella Casa di Comunità-Osco di Forlimpopoli e OSCO Ravenna , attività del farmacista di ricognizione terapeutica con rilevazione farmaci Beers e interazioni farmacologiche e counseling in dimissione (n. ricognizioni, n deprescribing, n. schede e diari terapia consegnati in dimissione). Target: almeno 200 ricognizioni.	X				X		X	
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Organizzazione Corso di Perfezionamento Universitario "GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN TEAM MULTIDISCIPLINARE ". Target: evidenza documentale svolgimento corso e partecipazione attiva dei farmacisti	X		X	X	X	X	X	
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO									
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici									
Consumi Fonte AFO AFT/Evidenza documentale azioni di appropriatezza	Biosimilari impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe. Target specifico per molecola	X	X	X	X	X	X	X	

D0012 DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
Consumi Fonte AFO AFT/Evidenza documentale azioni di appropriatezza	Antidiabetici In presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica, impiego una gliflozina o un GLP 1 a come secondo ipoglicemizzante orale in coerenza con la Nota AIFA 100; applicazione del principio costo opportunità a parità di altre condizioni. Target specifico	X		X		X		X		X		X		X		
Consumi Fonte AFO AFT/Evidenza documentale azioni di appropriatezza	Insuline 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.	X		X		X		X		X		X		X		
Consumi Fonte AFO AFT/Evidenza documentale azioni di appropriatezza	Farmaci intravitreali antiVEGF Per le indicazioni comprese in Nota 98, impiego prevalente del farmaco con il miglior rapporto costo opportunità nei pazienti incidenti. Target specifico	X		X		X		X		X		X		X		
Consumi Fonte AFO AFT/Evidenza documentale azioni di appropriatezza	Terapia immunosoppressiva con farmaci biologici Uso prevalente dei farmaci anti TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità come biologici di prima scelta nei pazienti incidenti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica. Target: >75%	X		X		X		X		X		X		X		
Consumi Fonte AFO AFT/Evidenza documentale azioni di appropriatezza	Farmaci oncoematologici Adesione alle raccomandazioni GReFO uso prevalente dei farmaci con il miglior rapporto costo opportunità a parità di altre condizioni. Target specifico	X		X		X		X		X		X		X		
Consumi Fonte AFO AFT/Evidenza documentale azioni di appropriatezza	Contenimento dei consumi per: - Omega 3. Target: < verso 2022	X		X		X		X		X		X		X		
Consumi Fonte AFO AFT/Evidenza documentale azioni di appropriatezza	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci afferenti al gruppo ATC G04C per IPB e l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/opportunità. Target: a) Riduzione di consumi con una diminuzione del gap rispetto alla media regionale dal 20% al 10%; b) aumento della % di utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/opportunità (dutasteride e tamsulosina) sul totale della classe, con avvicinamento alla Best Practice RER (+ 10 punti % per entrambe le molecole)	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 2022 dei consumi) - utilizzo appropriato del materiale da medicazione avanzata. Target: evidenza documentale esito monitoraggio andamento e adesione gara RER >= anno 2022.	X		X		X		X		X		X		X		
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Eventi formativi rivolti ai MMG con approccio multidisciplinare su appropriatezza prescrittiva farmaci nota AIFA 99, antibiotici e farmaci ipolipemizzanti. Almeno 9 eventi in presenza dello specialista di branca. Incontri con neoconventionati/ singoli NCP/ singoli MMG focalizzati sulle categorie di farmaci prescritti che presentano maggiore rischio di inappropriata. Almeno 25 incontri	X				X		X		X				X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA																
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza																
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		X		X		

D0012 DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	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
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		X		X		
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA																
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione quali-quantitativa																
	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 agli incontri del tavolo ordinatori e al monitoraggio con i servizi amministrativi di supporto. Rendicontazione ad ogni step di preconsuntivo (di concerto con i servizi amministrativi di supporto) dell'andamento, delle ragioni di eventuali scostamenti e delle azioni di governo/miglioramento attuate 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		
Report magazzino e/o evidenza documentale a cura Direttore UO	Monitoraggio ed azioni per promuovere l'adesione gare regionali: - 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 suturatrici meccaniche: elaborazione report periodico per Dip/UO con livello di adesione >=80% - Endoprotesi vascolari (CND P070401): adesione alla gara aziendale >=80% - Lenti intraoculari (CND P0301): adesione alla gara IC ≥ 80%.			X		X		X		X		X		X		
Report magazzino e/o evidenza documentale a cura Direttore UO	Implementazione e aggiornamento periodico delle schede costo-opportunità dei medicinali di maggiore impatto economico e complessità clinica. 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 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0016 - UO GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	C0017 - UO AFFARI GENERALI E LEGALI	Punti dirigenza	C0018 - UO GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	C0019 - UO GESTIONE GIURIDICO-ECONOMICA PROFESSIONISTI CONVENZIONATI	Punti dirigenza	C0002- UO FORMAZIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE	Punti dirigenza	Note
		100	100	100	100	100						
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI												
Area di performance dell'organizzazione												
Direttore UO coinvolte	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	X		X		X		X		X		
Direttore UO coinvolte	Ridefinizione delle attività di trattamento dei dati personali nel relativo registro ed adeguamento delle descrizioni all'esito della rinnovata mappatura, secondo una logica più analitica delle attività, che tenga conto delle finalità perseguite e degli asset tecnologici utilizzati, anche in seguito al necessario confronto con le strutture organizzative aziendali coinvolte. INDICATORE: Revisione complessiva del registro di tutti i trattamenti ridefiniti - TARGET: 100%	X		X		X				X		Obiettivo in capo a UO AAGG. Indicare UO altri dipartimenti coinvolti
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 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 coinvolti)	Rispetto delle tempistiche e dei parametri stabiliti nella nota della Regione Emilia – Romagna Prot.1165981/2021: “Direttive per la cogestione del sinistro su offerte transattive, acquiescenza o impugnazione di decisioni della autorità giudiziaria”. TARGET 80%			X								
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								In collaborazione con UO Medicina Legale
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						
Direttore UO coinvolte	Alimentazione del sistema GRU secondo logica dei Centri di Costo per medici convenzionati interni. TARGET: 100% degli applicabili							X				
Responsabile CUG e direttore UO Formazione	Seminari rivolti a professionisti e/o alla cittadinanza sulla medicina di genere in tutti i suoi aspetti, dalla ricerca all'applicazione clinica. INDICATORE: Elaborazione di un evento formativo sulla medicina di genere ed effettuazione dell'evento entro 31/12/2023									X		Obiettivo collegato con Piano Azioni Positive
Direttore UO coinvolte	Avvio valutazione performance individuale 2022 con nuovo applicativo "Valutazione 2.0" e conseguente formazione dei valutatori attraverso webinar dedicati INDICATORE: organizzazione e attivazione dei 3 webinar programmati entro 30 giugno 2023									X		

D0006 - AREA DIPARTIMENTALE GIURIDICO AMMINISTRATIVA - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0016 - UO GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	C0017 - UO AFFARI GENERALI E LEGALI	Punti dirigenza	C0018 - UO GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	C0019 - UO GESTIONE GIURIDICO-ECONOMICA PROFESSIONISTI CONVENZIONATI	Punti dirigenza	C0002- UO FORMAZIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE	Punti dirigenza	Note
Direttore UO coinvolte	Revisione procedura gestione aggiornamento obbligatorio esterno INDICATORE: Predisposizione aggiornamento procedura PA12. Presenza procedura aggiornata entro 31/12/2023.									X		
Direttore UO coinvolte	Revisione della formazione del Fascicolo del Personale (a conservazione illimitata) . Analisi del processo di formazione del fascicolo e revisione critica. INDICATORE: verbali del Gruppo di Lavoro. Prima definizione delle categorie documentali pertinenti entro ottobre	X		X		X		X		X		
Direttore UO coinvolte	Ricognizione procedimenti dematerializzabili Indicatore: evidenza mappatura e attivazione di almeno un processo dematerializzato per ciascuna UO:	X		X		X		X		X		
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza												
RPTC	Revisione e aggiornamento delle Sezioni di Amministrazione trasparente secondo le disposizioni ANAC, le indicazioni di OIV RER e le novità introdotte dal PNA 2022 in materia specifica di contratti pubblici INDICATORE: Sezioni aggiornate e/o revisionate. Target: 100% sezione di competenza	X		X		X		X		X		
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		X		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'												
Area economico-finanziaria												
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
Direttore UO	Garantire il miglioramento costi attraverso la gestione della trattative del contenzioso INDICATORE: Spese a consuntivo inferiori di almeno il 5% rispetto al quantum del CVS locale per le tattative stargiudiziali			X								

D0006 - AREA DIPARTIMENTALE GIURIDICO AMMINISTRATIVA - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0016 - UO GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	C0017 - UO AFFARI GENERALI E LEGALI	Punti dirigenza	C0018 - UO GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	Punti dirigenza	C0019 - UO GESTIONE GIURIDICO-ECONOMICA PROFESSIONISTI CONVENZIONATI	Punti dirigenza	C0002- UO FORMAZIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE	Punti dirigenza	Note
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
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

D0049 - AREA DIPARTIMENTALE ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	CO295 - UO ATTIVITA' TECNICHE FORLI'-CESENA	Punti dirigenza	CO296 - UO ATTIVITA' TECNICHE RAVENNA	CO297 - UO ATTIVITA' TECNICHE RIMINI	S1135 - SSD GESTIONE AMM.VA ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO	Punti dirigenza	Note
			100	100			100	
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI								
Area di performance dell'organizzazione								
Direttore UO	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	X		X	X	X		
Auditing	Aggiornamento procedure PAC di competenza a seguito riorganizzazione area dipartimentale. Indicatore: presentazione proposta di revisione a Internal Auditing entro 2023	X		X	X	X		
Direttori UO coinvolte	Progetti per l'accessibilità degli ospedali EX CIRCOLARE N. 9 DEL 23/09/2019 INDICATORE: presentazione progetti entro 2023	X		X	X			
Direttori UO coinvolte	Conclusione trasferimento attività parco auto in collaborazione con UO Logistica. Entro giugno				X			
Relazione direttore SSD	Implementazione del piano delle alienazioni a supporto del piano investimenti. INDICATORE: entro 2023					X		
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza								
RPTC	Revisione e aggiornamento delle Sezioni di Amministrazione trasparente secondo le disposizioni ANAC, le indicazioni di OIV RER e le novità introdotte dal PNA 2022 in materia specifica di contratti pubblici INDICATORE: Sezioni aggiornate e/o revisionate. Target: 100% sezione di competenza	X		X	X	X		
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		X	X	X		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X	X	X		
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X	X	X		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'								
Area economico-finanziaria								
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

D0049 - AREA DIPARTIMENTALE ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0295 - UO ATTIVITA' TECNICHE FORLI'-CESENA	Punti dirigenza	C0296 - UO ATTIVITA' TECNICHE RAVENNA	C0297 - UO ATTIVITA' TECNICHE RIMINI	S1135 - SSD GESTIONE AMM.VA ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO	Punti dirigenza	Note
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
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		
Auditing Interno	Implementazione sistema di governance PNRR INDICATORE: evidenza attività di controllo e rendicontazione nel rispetto delle regole definite dalla cabina di regia	X		X		X		
Relazione direttori UO coinvolte	PNRR INDICATORE: evidenza progetti e rispetto delle tempistiche definite per le parti di competenza	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		X		

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Area Dipartimentale
Enrico Sabatini
(Fir.to digitalmente)

Direttori Unità Operativa
(Fir.to digitalmente)

UO ATTIVITA' TECNICHE FORLI'-CESENA

UO ATTIVITA' TECNICHE RAVENNA

UO ATTIVITA' TECNICHE RIMINI

SSD GESTIONE AMM.VA ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO

D0007 - AREA DIPARTIMENTALE GESTIONE E INNOVAZIONE DELLE TECNOLOGICHE - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0022 - UO FISICA MEDICA E INGEGNERIA CLINICA	Punti dirigenza	C0023 - UO HOMECARE E TECNOLOGIE DOMICILIARI	Punti dirigenza	C0279 - UO INNOVAZIONE E VALUTAZ. TECNOLOGIE	Punti dirigenza	Note
			100		100		100	
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI								
Area di performance dell'organizzazione								
Direttore UO	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	X		X		X		
Referente PDTA Demenze	Sviluppo sistema telemedicina tra i CDCD e 1 CRA per Distretto e tra i CDCD e 3 Case della Comunità aziendali Target: Attivazioni entro 2023					X		In collaborazione UO GSI e DCP
Relazione direttore UO IVT	Rispetto obiettivi nuova DGR su dispositivo vigilanza INDICATORI: - validazione di tutte le segnalazioni operatore incidente su piattaforma NSIS entro 3 giorni; - comunicazione contestuale a Fabbricante/distributore; - azione formativa (evento in presenza o FAD)					X		DGR non ancora formalizzata al momento della sottoscrizione
Relazione direttore UO IVT	Implementazione report di monitoraggio con periodicità almeno trimestrale per il controllo dei tempi di esecuzione e refertazione delle prestazioni RX, TC, ECO su accessi da PS. Target: entro giugno 2023					X		Primo report entro giugno, poi analisi anomalie e sviluppo Dati forniti saranno quelli disponibili a RIS per ogni ambito territoriale
Relazione direttore UO IVT e RTD	RIS-PACS Inserimento del nomenclatore unico aziendale nel sistema RIS e integrazione applicativi per Order Entry a cura UO GSI/IVT INDICATORE: Entro settembre					X		Per parti di competenza a seguito di definizione del nomenclatore unico a cura Dip. Immagini e referente catalogo aziendale
Responsabile Progetto RIS/PACS	Garantire le procedure e le attività necessarie per l'installazione del nuovo sistema RIS/PACS secondo il tempogramma di gara. Indicatore: rispetto del tempogramma di gara con avvio al 1 Giugno 2023	X				X		Attività da sviluppare, per competenza, nel rispetto della deliberazione del Direttore Generale n. 197 del 31.05.2023.
Relazione direttori UO coinvolte	Aggiornamento manuale qualità delle apparecchiature radiologiche secondo quanto previsto dal DL 101/2020 Target: entro 2023	X						In collaborazione con Dipartimento Immagini
Relazione direttore UO	implementazione del laboratorio 3D e collaborazione con UUOO Maxillo Facciale e Neurochirurgia per la stampa dei casi per la pianificazione operatoria INDICATORI: sviluppo attività nel rispetto delle richieste dei clinici	X						
Relazione direttore UO HC	Revisione documenti aziendali percorso ventiloterapia ed ossigenoterapia domiciliare e progettazione prescrizione dematerializzata. INDICATORE: entro 2023			X				In collaborazione con Dipartimenti Internistici, Unità Operative di Pneumologia
Relazione direttore UO HC	Nuovo documento di indirizzo per la prescrizione, erogazione e monitoraggio ausili per l'incontinenza INDICATORE: entro 2023			X				In collaborazione con Dipartimenti Cure Primarie

D0007 - AREA DIPARTIMENTALE GESTIONE E INNOVAZIONE DELLE TECNOLOGICHE - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0002 - UO FISICA MEDICA E INGEGNERIA CLINICA	Punti dirigenza	C0003 - UO HOME CARE E TECNOLOGIE DOMICILIARI	Punti dirigenza	C0079 - UO INNOVAZIONE VALUTAZ. TECNOLOGIE	Punti dirigenza	Note
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza								
RPTC	Revisione e aggiornamento delle Sezioni di Amministrazione trasparente secondo le disposizioni ANAC, le indicazioni di OIV RER e le novità introdotte dal PNA 2022 in materia specifica di contratti pubblici INDICATORE: Sezioni aggiornate e/o revisionate. Target: 100% sezione di competenza	X		X		X		
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		X		X		Entro ottobre le UUOO riceveranno un report con la situazione del personale aggiornata
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		Entro ottobre le UUOO riceveranno un report con la situazione del personale aggiornata
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		Entro ottobre le UUOO riceveranno un report con la situazione del personale aggiornata
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'								
Area economico-finanziaria								
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
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		
Auditing Interno	Implementazione sistema di governance PNRR INDICATORE: evidenza attività di controllo e rendicontazione nel rispetto delle regole definite dalla cabina di regia	X		X		X		

D0007 - AREA DIPARTIMENTALE GESTIONE E INNOVAZIONE DELLE TECNOLOGICHE - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0022 - UO FISICA MEDICA E INGEGNERIA CLINICA	Punti dirigenza	C0023 - UO HOMECARE E TECNOLOGIE DOMICILIARI	Punti dirigenza	C0279 - UO INNOVAZIONE E VALUTAZ. TECNOLOGIE	Punti dirigenza	Note
Relazione direttori UO coinvolte	PNRR INDICATORE: evidenza progetti e rispetto delle tempistiche definite per le parti di competenza	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						

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Area Dipartimentale
Stefano Sanniti
(Fir.to digitalmente)

Direttori Unità Operativa
(Fir.to digitalmente)

UO FISICA MEDICA E INGEGNERIA CLINICA

UO HOMECARE E TECNOLOGIE DOMICILIARI

UO INNOVAZIONE E VALUTAZ. TECNOLOGIE

D0008 - AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE - Budget 2023

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	CO030 - UO GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO-SANITARI	Punti dirigenza	Note
			100		100		100		100		100	
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI												
Area di performance dell'organizzazione												
Direttore UO coinvolte	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	X		X		X		X		X		
Auditing Interno	Redazione della procedura amministrativo-contabile relativa alle operazioni di chiusura del bilancio d'esercizio. INDICATORE: pubblicazione procedura entro anno	X										Procedura generale che descriva sia l'organizzazione che le attività del bilancio, con i controlli di 1° livello posti in essere durante l'anno per i vari cicli (es. Ciclo Passivo, Ciclo Attivo, Patrimonio, Liquidità, ecc.) e con particolare attenzione alle operazioni di chiusura ed i relativi controlli e quadrature posti in essere sia delle altre UU.OO. che dal Bilancio stesso (in analogia a quanto contenuto nella Lettera di Chiusura del bilancio d'esercizio); tale procedura dovrà contenere anche il riepilogo dei controlli e delle quadrature attinenti alla chiusura del bilancio d'esercizio, già inseriti in tutte le altre procedure aziendali (oppure un rinvio agli stessi) come ad es. PA 46 quadratura pesiti, ecc
Direttore UO coinvolte	Rendere disponibile mensilmente sulla rete intranet aziendale il monitoraggio dei tempi di liquidazione delle fatture dettagliato per singola fattura/UO liquidatrice. Indicatore: attivazione portale bilancio e pubblicazione prima reportistica entro ottobre	X										
Direttore UO coinvolte	Definizione di modalità modulate sui servizi per per l'attribuzione delle fatture da liquidare. INDICATORE: adeguamento report fatture entro settembre	X								X		
Direttore UO coinvolte	Semplificazione e snellimento del percorso di rendicontazione, accertamento e liquidazione degli incentivi per funzioni tecniche, anche alla luce del nuovo Codice appalti - Target: presentazione formale di una proposta di disciplina alla Direzione aziendale entro 31.12.2023	X		X		X				X		Coinvolge UUOO attività tecniche
Direttore UO coinvolte	Isituzione di un sistema di formazione e aggiornamento del personale svolgente le funzioni tecniche con le risorse vincolate ex art. 45 nuovo Codice contratti pubblici - settore beni e servizi (art. 63 D.Lgs. 36/2023, e art. 6, comma 2, dell'allegato II.4 del nuovo Codice), anche funzionale al processo di qualificazione della stazione appaltante - Target: adozione di apposita delibera istitutiva e di definizione del modello organizzativo entro il 31.12.2023	X				X						Coinvolge UO Formazione
Direttore UO GRSSS e DSM-DP	Strutturazione di una reportistica per i servizi dei DSM-DP con i dati di pagamento delle rette per trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e sociosanitari degli utenti del dipartimento, al fine di garantire la corretta e completa registrazione dei trattamenti in CURE e SISTER INDICATORE: Predisposizione report condiviso con i DSM-DP entro giugno e invio ai servizi nel rispetto delle tempistiche concordate									X		Strutturare il report di monitoraggio in collaborazione con DSM-DP
Direttore UO coinvolte	Predisposizione di un progetto di riallocazione delle risorse amministrative dell'area della Direzione Assistenza Farmaceutica Aziendale e, come stabilito dal suddetto progetto, assegnazione alla U.O. Gestione Logistica e Funzioni Economici del personale coinvolto entro il 01.09.2023			X								
Direttore UO coinvolte	Conclusione trasferimento attività parco auto in collaborazione con UO Attività tecniche Rimini. Entro settembre			X								

D0008 - AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE - Budget 2023

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	CO030 - UO GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO-SANITARI	Punti dirigenza	Note
Direttore UO coinvolte	Studio di fattibilità, in collaborazione con l'U.O. Governo Sistemi Informativi, finalizzato all'informatizzazione tramite dispositivi mobili di proprietà (smartphone, tablet, ecc...) e utilizzo di App gratuita per: - la prenotazione dei pasti da parte dei dipendenti per l'accesso alle Mense interne degli Ospedali di Ravenna, Faenza, Lugo e Cervia; - il pagamento dei pasti al prezzo intero da parte degli utenti autorizzati (es. studenti del CdL in Medicina e Chirurgia, personale ditte appaltatrice, ecc.) con carte debito, credito, ricaricabili, Satispay, Google pay, Apple pay, ecc..., senza necessità di recarsi fisicamente alle casse. INDICATORE: Predisposizione studio di fattibilità entro settembre							X				In tale ottica sono previste attività di verifica per una possibile integrazione del gestionale NOVA (utilizzato dalla ditta aggiudicataria del servizio di ristorazione presso l'ambito territoriale di Ravenna) con il software aziendale di gestione delle risorse umane WHR, al fine di automatizzare la manutenzione dei dati anagrafici del modulo NOVA "Gestione Mensa Dipendenti", di implementare le attività sopra descritte tramite App gratuita e di ottimizzare le operazioni già in essere come ad esempio la prenotazione dei pasti da parte del personale medico di guardia, 118 ed elisoccorso con consegna presso le sedi di attività.
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza												
RPTC	Revisione e aggiornamento delle Sezioni di Amministrazione trasparente secondo le disposizioni ANAC, le indicazioni di OIV RER e le novità introdotte dal PNA 2022 in materia specifica di contratti pubblici INDICATORE: Sezioni aggiornate e/o revisionate. Target: 100% sezione di competenza	X		X		X		X		X		
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO 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		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		X		
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%%	X		X		X		X		X		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'												
Area economico-finanziaria												
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		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.

D0008 - AREA DIPARTIMENTALE ECONOMICO E GESTIONALE - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0025 - UO BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	Punti dirigenza	C0026 - UO GESTIONE DELLA LOGISTICA E FUNZIONI ECONOMICI	Punti dirigenza	C0027 - UO PROGRAMMAZIONE E ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	Punti dirigenza	C0028 - UO GESTIONE INVENTARIO E SERVIZI ALBERGHIERI	Punti dirigenza	C0030 - UO GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO-SANITARI	Punti dirigenza	Note
UO CdG	Assicurare il presidio e il monitoraggio sistematico delle voci di spesa di competenza che rientrano nel budget trasversale, garantendo il supporto amministrativo al titolare di budget (secondo procedura aziendale - PA40)									X		Evidenza reportistica periodica a titolare budget
Auditing Interno	Implementazione sistema di governance PNRR INDICATORE: evidenza attività di controllo e rendicontazione nel rispetto delle regole definite dalla cabina di regia	X		X		X						

Direttore Amministrativo
Agostina Aimola
(Fir.to digitalmente)

Direttore Area Dipartimentale
Montalti Morris
(Fir.to digitalmente)

Diretteri Unità Operativa
(Fir.to digitalmente)

UO UO BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI

UO GESTIONE DELLA LOGISTICA E FUNZIONI ECONOMICI

UO PROGRAMMAZIONE E ACQUISTI DI BENI E SERVIZI

UO GESTIONE INVENTARIO E SERVIZI ALBERGHIERI

UO GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO-SANITARI

D0009 - AREA DIPARTIMENTALE SERVIZI AMMINISTRATIVI DI SUPPORTO - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0294 - UO GESTIONE ATTIVITA' AMM.VE DI SANITA' PUBBLICA	Punti dirigenza	C0298 - UO ACCOGLIENZA E UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO, FUNDRAISING, MARKETING E COM. SOCIALE	Punti dirigenza	C1031 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA CESENA-RIMINI	Punti dirigenza	C1032 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA FORLI-RAVENNA	Punti dirigenza	Note
		100		100		100		100		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE										
Area di performance dell'accesso e della domanda										
Direttore UO	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	X		X		X		X		
Direttore UO coinvolte	Revisione della procedura di gestione delle segnalazioni, integrata con la Gestione del Rischio e attraverso lo strumento dell'Audit, per l'analisi delle criticità e l'individuazione delle azioni di miglioramento. INDICATORE: revisione della procedura entro il 31/12/23			X						
Direttore UO coinvolte	Regolamento aziendale delle procedure da adottare nel caso di richiesta di autopsia giudiziaria da parte dell'Autorità Giudiziaria riferito all'utilizzo di sale, strumenti, eventuale apporto di operatori dipendenti ed alla definizione delle relative tariffe. INDICATORE: approvazione del Regolamento entro il 31/12/23							X		In condivisione con DIT
Direttore UO coinvolte	Riorganizzazione delle portinerie e dei centralini aziendali con introduzione di strumenti di flessibilità per il miglioramento della qualità dell'accoglienza e dell'informazione anche attraverso azioni di omogeneizzazione tra gli ambiti. INDICATORE: numero operatori disponibili alla flessibilità organizzativa acquisito; numero referenti disponibili acquisito; corso di formazione specifico: numero edizioni realizzate e numero partecipanti formati			X						
Direttore UO coinvolte	Definizione di Procedura per rimborso somme non dovute su prestazioni di Sanità Pubblica no ticket. INDICATORE: definizione della procedura entro ottobre	X								
Direttore UO coinvolte	Revisione e aggiornamento informazioni per gli utenti sull'offerta prestazioni e servizi di Sanità Pubblica. INDICATORE: revisione e aggiornamento entro il 2023	X								
Direttore UO coinvolte	Revisione procedura PA225 e implementazione delle informative agli operatori e ai cittadini in ordine alle nuove modalità in tema di esenzione da reddito. INDICATORE: Revisione procedura ed avvio nuova informativa entro settembre					X		X		
Area di performance dell'integrazione										
Direttore UO coinvolte	Collaborazione alla declinazione in ambito Ausl Romagna del piano di comunicazione del PRP. INDICATORE: realizzazione azioni propedeutiche entro il 31/12/23 : individuazione dell'agenzia di comunicazione per la realizzazione del piano di comunicazione; individuazione degli strumenti di comunicazione			X						
Direttore UO coinvolte	Regolamento aziendale per la disciplina del trasporto infermi con ambulanza nell'Ausl Romagna. INDICATORE: adozione regolamento entro 31.12.2023							X		
Direttore UO coinvolte	Predisposizione di Linee Guida aggiornate per la Gestione degli aspetti inerenti l'applicazione del Malus (L.R. 2/2016 e successive Circolari Regionali) ad uso degli uffici amministrativi per la gestione dell'aspetto sanzionatorio e degli ambulatori ospedalieri e territoriali per l'aspetto della tracciabilità. INDICATORE: produzione e diffusione delle linee guida entro ottobre					X				In collaborazione con UO GSI
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI										
Area di performance dell'organizzazione										

D0009 - AREA DIPARTIMENTALE SERVIZI AMMINISTRATIVI DI SUPPORTO - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0294 - UO GESTIONE ATTIVITA' AMM.VE DI SANITA' PUBBLICA	Punti dirigenza	C0298 - UO ACCOGLIENZA E UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO, FUNDRAISING, MARKETING E COM. SOCIALE	Punti dirigenza	C1031 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA CESENA-RIMINI	Punti dirigenza	C1032 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA FORLI-RAVENNA	Punti dirigenza	Note
Relazione coordinatore e tavolo di lavoro	Sito WEB aziendale: collaborazione con il tavolo di lavoro per la progettazione del nuovo sito web e la definizione del nuovo layout grafico. INDICATORE: Rispetto tempistiche definite dal tavolo di lavoro			X						In collaborazione con UO GSI e UO Formazione
Relazione direttori UO coinvolte	Sportelli esternalizzati: presentazione di progetto di fattibilità per la eventuale revisione dei servizi esternalizzati di front office negli ambiti territoriali di afferenza delle Piattaforme Amministrative. INDICATORE: presentazione del progetto di fattibilità entro il 31/12/23					X		X		
Auditing	Revisione procedure PAC a seguito riorganizzazione area dipartimentale nonché di eventuali modifiche normative e/o operative. INDICATORE: revisione delle PAC numeri: 62, 188, 177, 66, 82, 178, 181, 117, 133, 56, 59 entro il 31/12/23.	X				X		X		
Relazione direttori UO coinvolte	Raccolta consensi alla costituzione del Dossier Sanitario: supporto alla raccolta del consenso tramite gli sportelli di front ospedaliero e territoriale. INDICATORE: avvio registrazione del dato su applicativo informatico.	X				X		X		Per parti di competenza in collaborazione con UO GSI
Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza										
RPTC	Revisione e aggiornamento delle Sezioni di Amministrazione trasparente secondo le disposizioni ANAC, le indicazioni di OIV RER e le novità introdotte dal PNA 2022 in materia specifica di contratti pubblici INDICATORE: Sezioni aggiornate e/o revisionate. Target: 100% sezione di competenza	X		X		X		X		
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		X		X		X		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		X		X		X		
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		X		X		X		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'										
Area economico-finanziaria										
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

D0009 - AREA DIPARTIMENTALE SERVIZI AMMINISTRATIVI DI SUPPORTO - Budget 2023

Referente rendicontazione	OBIETTIVO/KPI/TARGET ATTESO	C0294 - UO GESTIONE ATTIVITA' AMM.VE DI SANITA' PUBBLICA	Punti dirigenza	C0298 - UO ACCOGLIENZA E UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO, FUNDRAISING, MARKETING E COM. SOCIALE	Punti dirigenza	C1031 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA CESENA-RIMINI	Punti dirigenza	C1032 - UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA FORLI-RAVENNA	Punti dirigenza	Note
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
Patrizia Babini
(Fir.to digitalmente)

Diretteri Unità Operativa
(Fir.to digitalmente)

UO GESTIONE ATTIVITA' AMM.VE DI SANITA' PUBBLICA

UO ACCOGLIENZA E UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO, FUNDRAISING,
MARKETING E COM. SOCIALE

UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA CESENA-RIMINI

UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA FORLI-RAVENNA

6. Obiettivi operativi area staff

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0001 - UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Punti Dirigenza	Note
			100	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE				
Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie				
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO				
Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie				
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Sperimentazione di un percorso di indagine infortunistica per alcune tipologie di infortuni (MMC/MMP, cadute e scivolamenti attraverso un percorso di collaborazione e coordinamento con le PA 277 e PA 95); INDICATORE: procedura relativa alla modalità di elaborazione, presa in carico e gestione degli infortuni a maggior gravità Target: entro 31/12	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Proseguimento applicazione della procedura per la redazione dei DVR (P06), attraverso la redazione di 4 DVR di UO INDICATORE: evidenza documentale rappresentata dalla delibera di n. 4 DVR di UO dell'AUSL della Romagna. Target: entro 31/12	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Aggiornamento/Redazione di n.4 Piani di Emergenza Interni (PEI) INDICATORE: evidenza documentale e deliberazione dei n. 4 PEI di Strutture Ospedaliere o territoriali Target: entro 31/12	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Redazione della procedura relativa alle modalità di Valutazione del Rischio biologico attraverso l'implementazione del nuovo software di calcolo (TEBE) da integrare alla P06 (metodica base di valutazione del rischio specifico per gli agenti biologici) INDICATORE: valutazione del rischio da agenti biologici evidenziabile come parte documentale specifica all'interno dei DVR di UO deliberati per l'anno 2023. Target: 31/12	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Redazione della procedura relativa alle modalità di valutazione del rischio chimico attraverso la redazione di specifica procedura allegabile alla P06 come metodica base di valutazione del rischio specifico per agenti chimici. INDICATORE: evidenza della redazione della Procedura in oggetto. Target: entro 31/12	X		

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0001 - UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	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, etc..). INDICATORE: evidenza documentale mediante delibera della redazione di n. 10 documenti di aggiornamento e/o nuove valutazioni "DVR-MMPZ" su settori individuati come "prioritari" in collaborazione con DIT, Fisioterapisti operanti la Formazione Sul Campo e Ingegneria Clinica. 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. In particolare per l'anno 2023 verrà attivato il progetto di formazione per Dirigenti ai sensi del D.Lgs 81/08. L'attività verrà espletata nel contesto del corso di formazione per Direttori di Unità Complessa promossa a livello aziendale. INDICATORE: evidenza nel PAF di corsi riconducibili al "Pacchetto Sicurezza". Target entro 31/12	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Redazione di n.3 DVR specifici per rischio violenza da terzi negli ambienti di lavoro da effettuarsi presso le UO attenzionate dal SPP in relazione alle segnalazioni pervenute nell'anno 2022 mediante PA95. INDICATORE: deliberazione dei 3 DVR. Target 31/12	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Revisione continua della procedura sulle lavoratrici madri INDICATORE: evidenza dell'approvazione dei piani di attività proposti da DIT e Dirigenti per lavoratrici madri Target: entro 31/12	X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA				
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza				
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0001 - UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Punti Dirigenza	Note
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		

Firma

Direzione Generale

Direttore U.O.

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0292 - UO SORV.SAN.E PROMOZ.DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	Punti Dirigenza	Note
			100	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE				
Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie				
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Garantire il recupero visite in scadenza/scadute. Indicatori: - definizione piano di recupero delle visite periodiche scadute al 31/12/2022. Target: entro giugno - rispetto del piano di recupero secondo tempogramma definito. Target: 100%	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Istituzione percorso lavoratore con Infezione Tubercolare Latente (ITL.) redazione istruzione operativa che andrà ad implementare la procedura Sorveglianza Sanitaria. Tempi: entro settembre	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Implementare le azioni finalizzate all'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le aziende sanitarie. Organizzazione di corso di formazione (anche in più edizioni) a valenza regionale che consenta confronto tra i diversi professionisti regionali coinvolti nella applicazione della nuova cartella informatizzata. Rispetto tempogramma definito dal livello regionale	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Realizzazione procedura gestione lavoratore con idoneità parziale e/o non idoneità e sua sperimentazione in AT Ravenna. Tempi: entro settembre	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Avvio revisione linee di orientamento di idoneità per lavoratori con limitazioni relativamente al rischio sovraccarico biomeccanico. Target: documento revisionato entro anno	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Valutazione di fattibilità di realizzazione di un percorso dedicato alla gestione delle malattie di sospetta origine professionale. Target: elaborazione progetto di fattibilità entro anno	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Benessere organizzativo. Avvio progetto pilota che intervenga in UO operative selezionate inteso al miglioramento degli aspetti relazionali all'interno dell'organizzazione	X		

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0292 - UO SORV.SAN.E PROM.OZ.DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	Punti Dirigenza	Note
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Partecipazione al progetto aziendale per la riduzione del rischio MMPz: definizione in collaborazione dei Fisioterapisti dei criteri di inclusione ed esclusione dei lavoratori coinvolti nel progetto. Monitoraggio lavoratori e raccolta dati. Target: evidenza documentale dei criteri di inclusione/esclusione entro giugno; report di rendicontazione annuale	X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO				
Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie				
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari. Target: ≥ 40%, oppure +10% rispetto all'anno precedente	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Utilizzo dell'applicativo cartella regionale Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali. Target: 100%	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351 2018 in tutti i nuovi assunti. Target:100%	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio. Target: >= 95%	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Proseguire con l'attuazione della DGR 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo della prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario" ponendo l'attenzione in particolare al rischio tubercolosi sulla base delle indicazioni fornite dal documento "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati". Mantenimento e rafforzamento delle misure di prevenzione del rischio da SARS-COV-2 per gli operatori del SSR e delle strutture private convenzionate come da normativa e indicazioni nazionali e regionali	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti. Target: 100%	X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA				
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza				

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0292 - UO SORV.SAN.E PROMOZ.DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	Punti Dirigenza	Note
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	X		
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	X		

Firma

Direzione Generale

Direttore U.O.

STAFF DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	CO010 - UO MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO	Punti Dirigenza	Note
			100	
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE				
Adesione agli obiettivi del programma "Contrasto Dolore Acuto e Cronico"				
Dir. Programma Contrasto Dolore Acuto e Cronico	Effettuazione del percorso di formazione sulla corretta applicazione della procedura relativa al Trattamento precoce del dolore in PS. Indicatori: Organizzazione e pubblicazione corso FAD entro maggio e di 4 eventi residenziali di ambito	X		
Gestione dei sinistri				
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		
Reportistica RER (se non disponibile relazione Direttori servizi coinvolti)	Compilazione della scheda riassuntiva del sinistro (MRPA 199_01) completa di indicazione dei sanitari coinvolti ai fini dell'art.13 L.24/2017 per tutti i sinistri istruiti e per quelli che si aprono o evolvono con un ricorso per accertamento tecnico preventivo o atto di citazione in giudizio. TARGET 100%	X		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Sviluppo nuova piattaforma SegnalER per la raccolta delle segnalazioni di eventi collegati alla sicurezza delle cure, delle segnalazioni dei cittadini, e dei sinistri, secondo i tempi, le modalità e i criteri indicati dalla pianificazione regionale	X		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA				
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza				
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	X		

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0010 - UO MEDICINA ILEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO	Punti Dirigenza	Note
RPTC	<p>Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori</p> <p>INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate.</p> <p>Target: 100%</p>	X		
RPTC	<p>Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO</p> <p>INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%</p>	X		

Firma

Direzione Generale

Direttore U.O.

7. Obiettivi operativi tecnostruttura

D0048 - TECNOSTRUTTURA DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE STRATEGICA - Budget 2023

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0005 - UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Punti dirigenza	C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI	Punti dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti dirigenza	C0293 - UO ACCESSO AI PERCORSI SAN.E GOV.COMMITTENZA	Punti dirigenza	Note
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO												
Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi standard previsti e garanzia della presa in carico da parte dello specialista												
Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Percorsi di accesso alle visite/prestazioni specialistiche urgenti: - implementazione almeno un nuovo percorso di visita U per ogni ambito, in base alle principali criticità - implementazione almeno un nuovo percorso aziendale U/B con indicazioni cliniche condivise in coerenza con gli orientamenti aziendali - revisione dei percorsi già in atto ove necessario - implementazione/aggiornamento del Manuale appropriatezza specialistica per ambito e pubblicazione nell'intranet aziendale perché anche gli specialisti lo osservino nella prescrizione di visite									R		In collaborazione con DMPO e UUOO CURE PRIMARIE
Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Predisposizione protocolli di esecuzione indagini diagnostiche TC ed RM per standardizzazione attività presso tutte le sedi eroganti. Indicatori: assicurare la diffusione dei protocolli al privato accreditato e successivo monitoraggio del livello di adesione									R		Condivisione protocolli con le Strutture Private in collaborazione con Dip. Immagini
Dir. Programma DCA	DCA - Garantire le attività propedeutiche alla realizzazione del Day Service per l'adulto in tutti gli ambiti INDICATORE: avvio dell'attività di Day Service in tutti gli ambiti provinciali entro Dicembre 2023			R						C		Coinvolge DCP FO-CE, DCP RIMINI, Dip. Medicine Spec. Ravenna, UO GSI, UO Committenza
Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Attivazione delle prenotazioni di prime visite NPJA tramite sistema aziendale CUP in tutti gli ambiti aziendali. Target: attivazione entro 2023									C		Coinvolge i DSM/UO Neuropsichiatria
Governo del percorso per l'accesso agli interventi chirurgici elettivi e l'inserimento in lista d'attesa per il rispetto dei tempi standard previsti												
CdG: flusso SDO/Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Tempi di attesa retrospettivi per interventi monitorati: % casi entro standard. Target: in linea con obiettivo regionale. Evidenza documentale azioni attivate									R		
RUA Chir. Evidenza documentale azioni attivate	Definizione piani di committenza chirurgica verso il privato accreditato in collaborazione con RUA/DMPO per il rispetto degli obiettivi di performance definiti dal livello regionale. Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2021. Target: 100% Indicatore: Recupero pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico "scaduti" al 31/12/2022. Target: 80%									R		
Fonte: flusso SDO - ASA	Definizione piani di committenza chirurgica verso il privato accreditato in collaborazione con RUA/DMPO per il rispetto degli obiettivi di performance definiti dal livello regionale. Downgrading del setting assistenziale: % di trasformazione di DRG 119 (stripping di vene) da ricovero diurno a regime ambulatoriale. Target: >=10% % di trasformazione di DRG 162 (riparazione ernie inguinale non complicato) da ricovero diurno a regime ambulatoriale. Target:>=25%									R		
AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE												
Monitoraggio performance												
Evidenza documentale a cura Direttore UO	Individuazione indicatori di produttività per dirigenza e comparto finalizzati alla erogazione mensile dello stipendio di risultato. INDICATORE: Entro ottobre	R		R		R		R		R		
Rispetto adempimenti Flussi Informativi (Tempestività, Completezza, Correttezza)												
CdG: flusso SDO/SIGLA Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio. Target >=80%	C		R						R		

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0005 - UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Punti dirigenza	C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI	Punti dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti dirigenza	C0293 - UO ACCESSO AI PERCORSI SAN.E GOV.COMMITTENZA	Punti dirigenza	Note
CdG: flusso SDO/SIGLA Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Indice di completezza Flusso SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target >=70%	C		R						R		
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Reingegnerizzazione BI: definizione del progetto di sviluppo DWH/BI e relativo tempogramma in coerenza con il più complessivo disegno di reingegnerizzazione del sistema informativo aziendale in collaborazione con il DPO. Tempi: entro anno	R		R		C		C		C		
CdG: flusso ADI	Flusso ADI: implementazione flusso secondo nuove specifiche regionali e unico per l'AUSL della ROMAGNA. Indicatore: tempestività invio Target: rispetto tempogramma regionale	R		R								
CdG: flusso FAR disabili	Nuovo flusso "FAR disabili" per i Centri Socio-Riabilitativi diurni e residenziali per disabili accreditati dell'Ausl della Romagna. Indicatore: tempestività invio Target: rispetto tempogramma regionale	R		R								
CdG: report consolidamento flusso	Relazione al Conto Annuale: rispetto dei tempi di realizzazione della Relazione Al Conto Annuale secondo le nuove specifiche del Ministero dell'Economia e Finanza. Indicatore: inserimento nel SICO del modello della Relazione Al Conto entro la scadenza prevista dal Ministero.	R										
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	"Censimento istituzioni pubbliche (ISTAT) - anno 2022": assicurare il coordinamento delle attività e dei professionisti coinvolti per il rispetto della scadenza fissata.	R										
Completamento RIS-PACS Unico Aziendale												
Responsabile Progetto RIS PACS	ROAD MAP verso RIS-PACS Unico Aziendale Descrizione: Unificazione dei percorsi, del nomenclatore, delle procedure: 1. 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.); 2. Adozione di nomenclatore unificato Aziendale per le prestazioni sia per pazienti esterni sia per pazienti interni con particolare riferimento alle prestazioni di radiologia interventistica: inserimento nel sistema RIS e integrazione applicativi per Order Entry entro settembre. Fase 1: Definizione nomenclatore unico (a cura Dip Immagini in collaborazione con referente catalogo aziendale) - Entro Giugno Fase 2: Inserimento nel sistema RIS e integrazione applicativi per Order Entry a cura UO GSI/IVT - Entro Settembre 3. Predisposizione referti strutturati da inserire nel RIS Unico Aziendale. GdL entro marzo 2023. Verifica avanzamento lavori settembre 2023 con messa a punto di almeno 5 template di referto strutturato (Il Livello) 4. 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. Sviluppo regolamento per Radiologia entro settembre			R						C		Si veda deliberazione del Direttore Generale n.197 del 31/05/2023. La UO Accesso è coinvolta nella sola attività inerente la definizione del nomenclatore unico, per il necessario coinvolgimento del Referente Aziendale del Catalogo delle prestazioni
Catalogo aziendale della specialistica ambulatoriale												
Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Aggiornamento del Catalogo aziendale della specialistica ambulatoriale per il recepimento del nuovo Catalogo SOLE che, a sua volta, recepisce i contenuti dell'allegato 4 DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA). Lo start del nuovo Catalogo è previsto per il giorno 1.1.2024.									R		
Monitoraggio degli accordi di fornitura con il Privato Accreditato												
Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Revisione della procedura di accesso al Privato Accreditato in coerenza con l'attuale organizzazione dei DSM-DP. INDICATORE: formalizzazione ed applicazione procedura aziendale									R		Condivisione percorso con il privato accreditato. In collaborazione con il DSM
Sviluppo Sistemi Informatici												
Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Implementazione nuovo sito WEB aziendale			R								In collaborazione con UO Formazione e UO Accoglienza

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0005 - UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Punti dirigenza	C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI	Punti dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti dirigenza	C0293 - UO ACCESSO AI PERCORSI SAN.E GOV.COMMITTEA	Punti dirigenza	Note
Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Piano priorità informatiche in collaborazione con direzioni di presidio e di distretto INDICATORE: presentazione piano alla Direzione entro luglio; rendicontazione trimestrale stato avanzamento rispetto GANTT definito			R								
Evidenza documentale delle azioni intraprese Direttore UO	Avvio tracciabilità dei DM per procedure chirurgiche. INDICATORE: Avvio del progetto pilota individuato con lo studio di fattibilità e condiviso con la direzione			R								In collaborazione con IVT e DAF
Ref. Medico Direzione PO	Implementazione nuovo applicativo di PS e completamento attivazione percorsi di Fast-track sull'ambito di Forlì (oculistica, urologia, ORL, Gine Oste, Dermatologia). TARGET: entro maggio			R								In collaborazione con DMPO e UUOO coinvolte
Dir. Programma 118	Applicazione modello sistema 116117 e pianificazione della struttura della centrale operativa corrispondente. Indicatore: costituzione della centrale unica della guardia medica ed unificazione dei contatti telefonici (numero unico)			C								Progetto pluriennale
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO												
Progetto Chirurgie 2.0												
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Perseguimento obiettivo centro leader in linea con progetto Chirurgie 2.0 in riferimento a: formazione, monitoraggio, ricerca scientifica, allineamento percorsi. Indicatori: report periodico stato avanzamento KPI Target: cadenza semestrale	C		C		C		R				CdG collabora alla predisposizione degli indicatori significativi; GSI nella implementazione delle soluzioni informatiche
Miglioramento complessivo dei percorsi di diagnostica e presa in carico												
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Monitoraggio livello di adesione PDTA aziendali (almeno quattro dei PDTA deliberati). Indicatori: revisione/definizione degli indicatori significativi e implementazione di un sistema di monitoraggio del livello di adesione	C		C		R		R				CdG collabora alla predisposizione degli indicatori significativi; GSI nella implementazione delle soluzioni informatiche
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Elaborazione procedura di riferimento per la costruzione dei PDTA aziendali. Indicatore: elaborazione procedura entro settembre e successiva progressiva revisione e adeguamento dei PDTA attivi					R						
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Elaborazione PDTA specifico sul dolore lombare. Indicatore: deliberazione entro anno					R						Coinvolge dip neuroscienze, UU.OO. TERRITORIALI (Cure Primarie, Medicina Riabilitativa), PS, NCH, Neurologia, Radiologia, Ortopedia
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Choosing Wisely "Fare di meno per fare meglio". Garantire il supporto operativo alle iniziative avviate con riferimento alle indicazioni CW. TARGET: report di rendicontazione annuale delle attività svolte/risultati conseguiti							R				
Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento												
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Aggiornamento/completamento dei documenti della qualità dipartimentale sulla base dei requisiti dell'accreditamento per dipartimento Immagini Target: entro anno					R						In collaborazione con Dip. Immagini
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Predisposizione carta dei servizi (fascicolo informativo per i cittadini) delle UO del Dipartimento Osteoarticolare e della UO Cure Palliative del Dipartimento Oncoematologico. Target: entro settembre 2023					R						Coinvolge il Dipartimento Osteoarticolare
Efficace ed appropriato utilizzo dei Farmaci e dei Dispositivi medici												
Evidenza documentale trasmessa dal Direttore UO	Coordinamento tavoli tecnici con gli specialisti coinvolti di area clinica su appropriatezza farmacologica. Indicatori: revisione/definizione di indicatori significativi di monitoraggio dell'appropriatezza	C				R						In collaborazione con Direzione assistenza farmaceutica. CdG collabora nel supporto informativo
AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA												
Adempimento obblighi anticorruzione e trasparenza												

Referente Monitoraggio	OBIETTIVO/INDICATORE DI MISURAZIONE	C0005 - UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Punti dirigenza	C0007 - UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI	Punti dirigenza	C0009 - UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO	Punti dirigenza	C1003 - UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY SERV.SAN.	Punti dirigenza	C0293 - UO ACCESSO AI PERCORSI SAN.E GOV.COMMITTENZA	Punti dirigenza	Note
RPTC	Revisione e aggiornamento delle Sezioni di Amministrazione trasparente secondo le disposizioni ANAC, le indicazioni di OIV RER e le novità introdotte dal PNA 2022 in materia specifica di contratti pubblici INDICATORE: Sezioni aggiornate e/o revisionate. Target: 100% sezione di competenza	R		R		R		R		R		
RPTC	Impulso alla sensibilizzazione degli operatori, con particolare riguardo al neoassunto, in materia di prevenzione della corruzione e all'applicazione del principio di trasparenza: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD in materia di anticorruzione e trasparenza. Target: 100%	R		R		R		R		R		
RPTC	Compilazione/aggiornamento annuale sul portale GRU delle dichiarazioni e/o comunicazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e dalle disposizioni regionali secondo la scadenza prevista e/o successivi solleciti: il direttore di U.O. promuove e verifica l'adempimento da parte degli operatori INDICATORE: n. dichiarazioni su conflitto d'interessi compilate sul portale GRU entro le scadenze assegnate. Target: 100%	R		R		R		R		R		
RPTC	Impulso alla diffusione del Codice di Comportamento aziendale e dei doveri del dipendente con particolare riguardo all'etica del valore pubblico, ai conflitti di interesse, agli incarichi extraistituzionali e al codice disciplinare: il Direttore di UO promuove e verifica la partecipazione al corso FAD da parte degli operatori dell'UO INDICATORE: % personale assegnato per ciascuna UO che ha svolto il corso FAD. Target: >=70%	R		R		R		R		R		
AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO FINANZIARIA												
Garantire la sostenibilità economica, promuovere l'efficienza operativa e l'appropriatezza nell'utilizzo in relazione alla produzione qualitativa												
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			R						R		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.	C		R						R		Evidenza esito monitoraggio periodico
Auditing Interno	Implementazione sistema di governance PNRR INDICATORE: evidenza attività di controllo e rendicontazione nel rispetto delle regole definite dalla cabina di regia	R		R		R		R		R		
Piano degli investimenti												
Relazione direttori UO coinvolte	PNRR INDICATORE: evidenza progetti e rispetto delle tempistiche definite per le parti di competenza			R								Sviluppo piano cui è richiesta collaborazione da servizi per competenza (direzioni mediche, DIT, distretto, aree economica)

Direttore Generale

(Fir.to digitalmente)

Direttore Tecnostruttura

(Fir.to digitalmente)

Direttori Unità Operativa

(Fir.to digitalmente)

UO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

UO GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI

UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO

UO RICERCA VALUTATIVA E POLICY DE SERVIZI SANITARI

UO ACCESSO AI PERCORSI SANITARI E GOVERNO DELLA COMMITTENZA