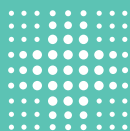




MASTER BUDGET



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

2018 budget

**DIPARTIMENTO
DI SANITÀ PUBBLICA**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Piano Regionale Prevenzione	Partecipazione attiva ad iniziative distrettuali in tema di promozione della salute, stili di vita, comunità locale, coerentemente con l'implementazione dei progetti del PAL	n.iniziative realizzate in ogni distretto	almeno 2
DSP							Prevenzione e Promozione della Salute	SI	1.1.0 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	Raggiungimento degli standard previsti da PRP	% indicatori sentinella con valore conseguito >=80% (per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto se il valore osservato si discosta +/- 20% dal valore atteso)	>=95%
DSP							Prevenzione e Promozione della Salute	SI	1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	Garantire l'adeguatezza e la compilazione dei sistemi informativi del PRP, consolidamento delle sorveglianze	Completezza dell'archivio registro mortalità nei tempi previsti dalla Circolare 7/2003;	>=95% a marzo 2018
DSP							Prevenzione e Promozione della Salute	SI	1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	Tempestività e completezza delle segnalazioni delle malattie infettive e parassitarie dei clinici ai DSP	% casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP sul totale dei virus testati	valore ottimale = 100% valore accettabile >= 90%
							Prevenzione e Promozione della Salute	SI	1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	Attuazione delle indicazioni contenute nel documento "Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi"	realizzazione di almeno un evento formativo per la corretta applicazione delle Linee Guida Regionali per il controllo della legionellosi	>=1
							Prevenzione e Promozione della Salute	SI	1.2.4 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	Proseguimento dell'implementazione del percorso di attuazione della DGR 200/2013	n. cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione amianto presentati	>=15%
							Prevenzione e Promozione della Salute	NO	1.3.0 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	Realizzazione del Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale	% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; - % della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano;	indicatori sentinella 100% - totalità indicatori 80% - (Fonte dati: sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL)
							Prevenzione e Promozione della Salute	SI	1.3.4 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)	% campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti, sul totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria	100%
							Prevenzione e Promozione della Salute	NO	Sperimentare modelli di information literacy	Realizzare iniziative di informazione ed educazione alla salute all'interno della fondazione FICO	Realizzazione di iniziative all'interno del Parco Agroalimentare FICO	almeno 10 iniziative
							Prevenzione e Promozione della Salute	SI	1.4.0 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive	Realizzazione di un modulo informativo sulle malattie infettive rivolto agli operatori	1
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione antinfluenzale per i > 65 anni	Promozione dell'azione vaccinale nei confronti dei cittadini e loro associazioni. Promozione nei confronti dei soggetti vaccinatori (MMG)	% vaccinati di assistiti con età ≥ 65 anni	+10% vs 2017 (entro il 2019)
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e promozione della salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antinfluenzali degli operatori sanitari	Offerta attiva nelle sedi ospedaliere	Open day negli stabilimenti ospedalieri	Open day almeno in uno stabilimento
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e promozione della salute	SI (MA SENZA INDICATORE E TARGET)	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione pneumococcica	Promozione dell'azione vaccinale coinvolgendo MMG, CCM, associazioni del territorio, enti locali	% copertura vaccinale	> = 10% anno 2017 (55% DELLA COORTE)
PIANURA EST BOLOGNA RELASA SAN LAZZARO		X	X			X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Garantire le vaccinazioni pediatriche nel rispetto del calendario vaccinale e in integrazione con il DSP	Applicare il nuovo calendario vaccinale in integrazione UOC Pediatria e DSP realizzando un hub per le vaccinazioni.	Progettazione ed avvio lavori per la realizzazione degli Hub vaccinali c/o H Bentivoglio, CdS Casalecchio, Montebello e S.Lazzaro Evidenza del rispetto del calendario vaccinale 2018	Entro Giugno 2018 Rispetto del calendario, progressione chiamate e recupero inadempienti
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione tumori	Coinvolgimento dei professionisti con particolare riferimento ai MMG per il miglioramento dell'adesione ai programmi di screening per tumore cervice uterina, mammella e colon retto	Incontri MMG/specialisti/operatorisanitari CdS	almeno 5 incontri
DSP							Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione per il tumore del colon-retto	Realizzazione di uno studio di fattibilità per migliorare la qualità del percorso dei campioni	1. tracciabilità della consegna del kit da parte delle farmacie 2. apertura per 12 mesi della consegna sangue occulto di screening (rispetto agli attuali 10 mesi)	1. entro 2018 (la prima parte è fattibile solo se si conclude positivamente la Ridefinizione della Convenzione con le farmacie) 2. apertura su 12 mesi
DSP							Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione tumori	Realizzazione di un progetto per consentire da parte dei cittadini la disdetta ed il cambio appuntamenti on-line	Realizzazione di una WebApp	avvio sperimentale entro 2018

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
PIANURA EST			X				Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione/presa in carico del bambino in sovrappeso e obeso	Creazione di un ambulatorio multidisciplinare di 2° livello per la presa in carico presso le Case della Salute di San Pietro in Casale e Budrio del bambino in sovrappeso e obeso	Presenza del team multidisciplinare formalizzato	Realizzazione entro 2018
							Prevenzione e Promozione della Salute		Registro Diabete	Integrare i dati a disposizione dell'Azienda USL di Bologna (da flussi aziendali isituzionali+dati MMG+cartella MY Sanità UO Az.) con dati Cartella Diabetologia S.Orsola.	Condividere e completare le informazioni dell'archivio dell'AOU di Bologna.	entro il 2018
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	1) numero di casi presi in carico in modo integrato	>60%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	2) riduzione accessi detenuti nelle strutture esterne al carcere per visite specialistiche (< 2017)	< 2017
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
PIANURA OVEST				X			Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Casa della Salute DI Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie		Prevenzione disuguaglianza e promozione della salute	Avvio attività collegate allo spazio giovani per la promozione della salute sessuale e riproduttiva e prevenzione della sterilità nel maschio giovane, presso lo spazio giovani di Castel Maggiore	Formazione e sensibilizzazione nelle scuole secondarie ad opera dell'urologo e della psicologa sul tema della salute sessuale maschile	Coinvolgimento di almeno 10 classi, per un totale di circa 200 alunni di cui 100 maschi, entro il 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie		Prevenzione disuguaglianza e promozione della salute	Avvio attività collegate allo spazio giovani per la promozione della salute sessuale e riproduttiva e prevenzione della sterilità nel maschio giovane, presso lo spazio giovani di Castel Maggiore	% utenti maschi fra i 14 e i 19 anni / totale utenti maschi spazio giovani di Castelmaggiore	≥al 10%
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute di cui una è la CdS navile
APPENNINO	X						Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	entro giugno 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le attività nella Casa della Salute di San Lazzaro	Valutazione attuale occupazione degli spazi e revisione attribuzione	Progetto di riorganizzazione attività	Entro giugno 2018
PIANURA OVEST				X			Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Domiciliarità e prossimità	Istituzione di un gruppo di regia distrettuale per coordinare gli obiettivi scheda 4-Budget di salute, 5 - Riconoscimento care giver, 6-Progetti di vita e dopo di noi, 7-rete cure palliative, 17- progetto adolescenza, 33 - miglioramento accesso in emergenza urgenza,36 - Consolidamento sviluppo servizi sociali territoriali)	Istituzione gruppo di regia - Predisposizione e completamento schede obiettivi	entro aprile 2018
PIANURA EST			X				Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Sviluppo di politiche integrate del Distretto	Partecipazione attiva alla realizzazione di PdZ	Evidenza delle schede	Entro aprile 2018
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
DSP							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure : Prevenzione degli infortuni di natura elettrica nelle strutture ospedaliere pubbliche e private	Realizzazione di verifiche degli impianti elettrici delle strutture	Verifiche effettuate	almeno 7
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018
BOLOGNA CITTA'		X					La ricerca	NO	Contrastare le disuguaglianze nella città di Bologna	Elaborazione, approvazione ed attivazione di progetto specifico di ricerca.	Progressiva attivazione del progetto	Realizzazione prima e seconda fase del progetto nel 2018
QIALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno
ATP							ATP		ROTAZIONE	Applicazione del regolamento nelle aree specifiche individuate: SUMAP - COMMISSIONI DI CONCORSO, SAM - COMMISSIONI DI GARA, RISK MANAGEMENT – COMMISSIONI PATENTI, DIP. EMERGENZA – COMMISSIONE 118, COMMITTENZA E SPEC. AMBULATORIALE - Controlli APPROPRIATEZZA NEL PRIVATO, DSP: pareri, controlli e ispezioni.	Applicazione del regolamento e attivazione delle rotazioni	entro 31/12/2018

**Pianificazione obiettivi 2018
 schede per attività - totali aziendali**
Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA » DSP - EPIDEMIOLOGIA E COMUNICAZIONE
[← Precedente](#) [▲ Home](#)
Informazioni  = *legenda*
DSP - EPIDEMIOLOGIA E COMUNICAZIONE - Totali aziendali

	Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
				anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018
	n. soggetti raggiunti da interventi di promozione della salute	19.097	17.734	-1.363	≥18.000

**Pianificazione obiettivi 2018
 schede per attività - totali aziendali**
Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA » DSP - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
[← Precedente](#) [▲ Home](#)
Indicatori - obiettivo

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018
DSP - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE				
n. controlli acque potabili effettuati / n. controlli acque potabili programmati * 1	1,22	1,16	-0,06	1,00
n. unità ristorazione collettiva utenze sensibili controllate / n. unità ristorazione collettiva utenze sensibili esistenti * 100	100,00	100,00	0,00	100,00%
n. corsi per alimentaristi effettuati / n. corsi per alimentaristi programmati * 1	1,01	0,99	-0,02	1,00
n. verifiche effettuate presso aziende alimentari / n. verifiche programmate presso aziende alimentari * 1	1,06	0,94	-0,12	1,00
n. operatori addetti verifica, intervento e controllo formati / n. operatori addetti verifica, intervento e controllo in servizio * 100	100,00	100,00	0,00	100,00%
n. informazioni inserite nel portale acque / n. informazioni da inserire nel portale acque * 100	-	100,00	-	100,00





Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA » DSP - IGIENE PUBBLICA

[← Precedente](#) [▲ Home](#)
Informazioni  = legenda

DSP - IGIENE PUBBLICA - Totali aziendali

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018
 n. dosi vaccinali somministrate adulti e adolescenti	29.318	47.417	18.099	≥50.000
 n. interviste per indagini epidemiologiche eseguite	3.301	3.379	78	≥3.300
 n. pareri espressi igiene pubblica	4.945	4.787	-158	≥4.800
 n. sopralluoghi (esclusi inconvenienti igienici)	4.105	3.831	-274	≥4.000

Indicatori - obiettivo


Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018

DSP - IGIENE PUBBLICA



n. case famiglia controllate / n. case famiglia programmate * 100	-	100,00	-	100,00
---	---	--------	---	--------

Pianificazione obiettivi 2018
schede per attività - totali aziendali
Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA » DSP - IMPIANTISTICO ANTIINFORTUNISTICO
[← Precedente](#) [▲ Home](#)
Informazioni
 = legenda

DSP - IMPIANTISTICO ANTIINFORTUNISTICO - Totali aziendali

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018
 n. apparecchi impianti verificati	8.820	8.704	-116	≥8.000
 n. attività di verifica e vigilanza cantieri edili impianti elettrici	131	127	-4	≥120

Indicatori - obiettivo

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018

DSP - IMPIANTISTICO ANTIINFORTUNISTICO

n. verifiche di gru a torre effettuate / n. verifiche di gru a torre richieste * 100	100,00	100,00	0,00	100,00%
n. operatori addetti a vigilanza e controllo formati / n. operatori addetti a vigilanza e controllo in servizio * 100	90,91	90,91	0,00	≥90,00%



Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA » DSP - MEDICINA DELLO SPORT

[← Precedente](#)
[▲ Home](#)
Informazioni  = legenda

DSP - MEDICINA DELLO SPORT - Totali aziendali

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018
 n. ore di formazione all'attività motoria	829	834	5	≥800
 tempo medio di attesa per visita finalizzata al rilascio dell'idoneità sportiva agonistica per utenti minorenni	20	25	5	≤30

Indicatori - obiettivo

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018

DSP - MEDICINA DELLO SPORT

n. prime visite di idoneità agonistica complessive	13.719,00	14.002,00	283,00	≥13.500,00
pazienti con mantenimento attività di supporto (trapiantati - EFA, AFA, Parkinson) / pazienti interessati al mantenimento attività di supporto (trapiantati - EFA, AFA, Parkinson) * 100	100,00	100,00	0,00	100,00%

Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA » DSP - SANITA PUBBLICA VETERINARIA
[← Precedente](#)
[▲ Home](#)
Indicatori - obiettivo

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018
DSP - SANITA PUBBLICA VETERINARIA				
n. campioni area veterinaria effettuati / n. campioni area veterinaria programmati * 1	1,19	1,03	-0,16	1,00
n. audit-supervisioni ufficiali area veterinaria eseguiti / n. audit-supervisioni ufficiali area veterinaria programmati * 1	1,05	1,03	-0,02	1,00
n. interventi chirurgici area veterinaria A effettuati / n. interventi chirurgici area veterinaria A richiesti * 1	1,00	1,00	0,00	1,00
n. sopralluoghi per igiene urbana area veterinaria A effettuati / n. sopralluoghi per igiene urbana area veterinaria A richiesti * 100	100,00	100,00	0,00	100,00%
n. verifiche in stabilimenti riconosciuti area veterinaria effettuate / n. verifiche in stabilimenti riconosciuti area veterinaria programmate * 1	1,19	1,08	-0,11	1,00
n. allevamenti per benessere animale controllati / n. allevamenti per benessere animale programmati * 100	-	-	-	98,00%
n. allevamenti per malattie infettive controllati / n. allevamenti per malattie infettive programmati * 100	-	-	-	98,00%
n. allevamenti per farmacovigilanza controllati / n. allevamenti per farmacovigilanza programmati * 100	-	-	-	98,00%

Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA » DSP - TUTELA SALUTE AMBIENTI DI LAVORO E SICUREZZA
[← Precedente](#) [▲ Home](#)
Indicatori - obiettivo

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018

DSP - TUTELA SALUTE AMBIENTI DI LAVORO E SICUREZZA

n. unità locali controllate per Igiene e sicurezza del lavoro / n. unità locali censite per Igiene e sicurezza del lavoro * 100	9,42	9,33	-0,09	8,00
n. imprese raggiunte per attività di informazione ed assistenza attiva / n. imprese programmate per attività di informazione ed assistenza attiva * 1	1,32	1,28	-0,04	1,00
n. cantieri edili oggetto di vigilanza controllati / n. cantieri edili oggetto di vigilanza programmati * 1	1,10	1,08	-0,02	1,00
n. operatori addetti a vigilanza e controllo formati / n. operatori addetti a vigilanza e controllo in servizio * 100	97,40	100,00	2,60	≥90,00%

Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA » DSP - CENTRO SCREENING
[← Precedente](#) [▲ Home](#)
Indicatori - obiettivo

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	
			anno 2017 anno 2016	obiettivo anno 2018
DSP - CENTRO SCREENING				
% popolazione bersaglio residente 25-64 anni invitata a partecipare al programma di screening cervicale	99,90	99,88	-0,02	≥95,00%
% popolazione residente 25-64 anni aderente all'invito al programma di screening cervicale	45,60	48,35	2,75	≥50,00%
% popolazione bersaglio residente 50-69 anni invitata a partecipare al programma di screening mammografico	91,10	98,77	7,67	≥95,00%
% popolazione residente 50-69 anni aderente all'invito al programma di screening mammografico	71,80	66,39	-5,41	≥60,00%
% popolazione bersaglio residente 50-69 anni invitata a partecipare al programma di screening colon-rettale	98,00	97,60	-0,40	≥95,00%
% popolazione residente 50-69 anni aderente all'invito al programma di screening colon-rettale	50,30	51,98	1,68	≥50,00%

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

Nota(*): Preconsuntivo 2017 calcolato come proiezione aritmetica degli scarichi di Contabilità Analitica 11 mesi 2017

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			1.550.568	2.757.260	1.206.692	2.680.301	- 76.959	97,21%	3.180.886	500.585	18,68%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	4.959	4.959	-	3.771	- 1.188	76,04%	3.771	-	
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	3.044	3.044	-	3.509	465	115,26%	3.509	-	
41001161	VACCINI PER LA PROFILASSI SENZA CODICE AIC	FARMACIA	40.374	40.374	-	30.159	- 10.215	74,70%	30.159	-	
41001162	VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	FARMACIA	1.363.308	2.570.000	1.206.692	2.595.587	25.587	101,00%	3.095.587	500.000	19,26%
41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	2.282	2.282	-	1.606	- 676	70,38%	1.606	-	
41001300	MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	1.952	1.952	-	2.181	230	111,77%	2.200	19	0,85%
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	8.843	8.843	-	6.373	- 2.470	72,07%	6.373	-	
41001800	PRODOTTI FARMACEUTICI AD USO VETERINARIO	FARMACIA	109.528	109.528	-	20.341	- 89.187	18,57%	20.341	-	
41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO	10.266	10.266	-	10.451	186	101,81%	11.200	749	7,16%
		FARMACIA	379	379	-	440	61	116,12%	440	-	
41001950	ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	5.633	5.633	-	5.882	249	104,42%	5700	- 182	-3,09%
BENI NON SANITARI			107.016	107.016	-	89.834	- 17.182	83,94%	102.400	12.566	13,99%
41002200	MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	8.219	8.219	-	6.763	- 1.456	82,29%	6.700	- 63	-0,93%
41002450	CARBURANTI E LUBRIFICANTI	ECONOMATO	60.371	60.371	-	50.963	- 9.408	84,42%	63.000	12.037	23,62%
41002500	CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	25.540	25.540	-	21.525	- 4.015	84,28%	22.000	475	2,21%
41002600	SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	12.886	12.886	-	10.583	- 2.304	82,12%	10.700	117	1,11%
Totale complessivo			1.657.584	2.864.276	1.206.692	2.770.135	- 94.141	96,71%	3.283.286	513.151	18,52%

2018 budget

**DIPARTIMENTO
DELLE CURE PRIMARIE**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Piano Regionale Prevenzione	Partecipazione attiva ad iniziative distrettuali in tema di promozione della salute, stili di vita, comunità locale, coerentemente con l'implementazione dei progetti del PAL	n.iniziativae realizzate in ogni distretto	almeno 2
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione antiinfluenzale per i > 65 anni	Promozione dell'azione vaccinale nei confronti dei cittadini e loro associazioni. Promozione nei confronti dei soggetti vaccinatori (MMG)	% vaccinati di assistiti con età ≥ 65 anni	+10% vs 2017 (entro il 2019)
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e promozione della salute	SI (MA SENZA INDICATORE E TARGET)	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione pneumococcica	Promozione dell'azione vaccinale coinvolgendo MMG, CCM, associazioni del territorio, enti locali	% copertura vaccinale	> = 10% anno 2017 (55% DELLA COORTE)
PIANURA EST BOLOGNA RELASA SAN LAZZARO		X	X			X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Garantire le vaccinazioni pediatriche nel rispetto del calendario vaccinale e in integrazione con il DSP	Applicare il nuovo calendario vaccinale in integrazione UOC Pediatria e DSP realizzando un hub per le vaccinazioni.	Progettazione ed avvio lavori per la realizzazione degli Hub vaccinali c/o H Bentivoglio, CdS Casalecchio, Montebello e S.Lazzaro Evidenza del rispetto del calendario vaccinale 2018	Entro Giugno 2018 Rispetto del calendario, progressione chiamate e recupero inadempienti
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione tumori	Coinvolgimento dei professionisti con particolare riferimento ai MMG per il miglioramento dell'adesione ai programmi di screening per tumore cervice uterina, mammella e colon retto	Analisi criticità dei percorsi aziendali e dei punti erogativi	proposte di revisione percorso / offerta
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione tumori	Coinvolgimento dei professionisti con particolare riferimento ai MMG per il miglioramento dell'adesione ai programmi di screening per tumore del colon retto	Analisi criticità dei percorsi aziendali e dei punti erogativi	proposte di revisione percorso / offerta
PIANURA EST			X				Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione/presa in carico del bambino in sovrappeso e obeso	Creazione di un ambulatorio multidisciplinare di 2° livello per la presa in carico presso le Case della Salute di San Pietro in Casale e Budrio del bambino in sovrappeso e obeso	Presenza del team multidisciplinare formalizzato	Realizzazione entro 2018
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	SI	2.1.0 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili ex-ante (MAPS)	≥90%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	1) numero di casi presi in carico in modo integrato	>60%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	2) riduzione accessi detenuti nelle strutture esterne al carcere per visite specialistiche (< 2017)	< 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire i volumi distrettuali di attività specialistica ambulatoriale definiti nel Piano di Committenza	Adeguare l'offerta ai fabbisogni espressi nel Piano	100%
COMMITT. SPECIALISTICA	X		X	X	X	X	L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire l'autosufficienza distrettuale elaborando un Piano di Committenza per le attività di specialistica ambulatoriale	disponibilità del Piano della Committenza (a tendere verso autosuff. del 70%)	entro aprile 2018
DAAT/CUP	X					X	L'Accesso	NO	Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili e fragili	Assicurare la presa in carico degli anziani con rischio di fragilità >50 e <80 non conosciuti dai servizi socio sanitari	% di anziani fragili intercettati attivamente	> al 90% dei casi segnalati
BOLOGNA CITTA'	X						L'Accesso	NO	Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili nell'ambito dello specifico programma	Assicurare in modo appropriato assistenza medica, infermieristica e socio-sanitaria nei dormitori	N° delle dimissioni protette accolte dal dormitorio "Beltrame"	> 20% rispetto 2017
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Medicina penitenziaria: valutazione del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile	elaborazione dei PAI per i detenuti con patologie croniche da parte dell'équipe multiprofessionale	% PAI	>60%

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Migliorare l'offerta	Riprogrammare l'offerta delle agende MySanità che dalla rilevazione su applicativo risultano non occupate al 100%, riducendo l'offerta per controlli e incrementando l'offerta CUP per prime visite	Indice di occupazione delle agende su applicativo My Sanità	≥95%
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
APPENNINO	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	NO	Migliorare l'accesso all'assistenza delle persone con nefropatie e la presa in carico attraverso un rapporto efficace tra i professionisti	Definire i processi assistenziali più adeguati alla presa in carico multiprofessionale precoce delle persone con possibili nefropatie	Evidenza dei processi assistenziali e degli accordi tra professionisti (emergenza, medicina, nefrologia, MMG, Infermieri)	entro giugno 2018
COMMITT. SPECIALISTICA		X	X		X	X	L'Accesso	NO	Migliorare l'accesso all'assistenza e la presa in carico attraverso un rapporto efficace tra i professionisti	Progetto di estensione Gastropack: rispetto dei tempi previsti per l'implementazione in nuove sedi territoriali	Budrio Loiano Mengoli % MMG aderenti	verificare con progetto
PIANURA OVEST				X			L'Accesso	NO	Regolamentazione accesso in PS (PS SGP) da servizi territoriali (CSM (stati psicotici organici), CRA (urgenze), NPIA, Cure Palliative, Territorio Bed manager in dimissioni difficili)	Protocollo/linee guida distrettuali validati	Evidenza documento Applicazione	Ottobre 2018 entro 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Consolidare il percorso di coinvolgimento iniziato	realizzare almeno due azioni di integrazione proposte dai gruppi di lavoro effettuati nel 2017	avvio di due azioni per ambito distrettuale
PIANURA OVEST				X			Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Casa della Salute DI Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie		Prevenzione disuguaglianza e promozione della salute	Avvio attività collegate allo spazio giovani per la promozione della salute sessuale e riproduttiva e prevenzione della sterilità nel maschio giovane, presso lo spazio giovani di Castel Maggiore	Formazione e sensibilizzazione nelle scuole secondarie ad opera dell'urologo e della psicologa sul tema della salute sessuale maschile	Coinvolgimento di almeno 10 classi, per un totale di circa 200 alunni di cui 100 maschi, entro il 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie		Prevenzione disuguaglianza e promozione della salute	Avvio attività collegate allo spazio giovani per la promozione della salute sessuale e riproduttiva e prevenzione della sterilità nel maschio giovane, presso lo spazio giovani di Castel Maggiore	% utenti maschi fra i 14 e i 19 anni / totale utenti maschi spazio giovani di Castelmaggiore	≥al 10%
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Socio-Sanitarie	SI	Promuovere interventi per la preservazione della fertilità e promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli Adolescenti e Giovani Adulti	Attivare uno spazio ad accesso libero rivolto alla popolazione 20-34 anni	Apertura spazio nell'ambito del Consultorio Familiare presso la CdS di Casalecchio di reno per almeno 2 ore/sett	entro il 2018
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute di cui una è la CdS navile
APPENNINO	X						Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	entro giugno 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.7.0 Continuità assistenziale – dimissioni protette	Garantire la continuità ospedale - territorio	N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera	45% (nel 2016 ASL 98,1%)

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAMOGGIA	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.9.1 Contrasto alla violenza	Applicazione delle raccomandazioni delle Linee di Indirizzo per il contrasto alla violenza su bambini e adolescenti (DGR 1677/2013)	n. eventi formativi realizzati	>=1
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione progettualità degenza medica per intensità di Cura H S.Giovanni Persiceto	Definizione organizzativa e strutturale del progetto	attivazione degenze per intensità di cura	entro 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Avvio <i>Salute mentale primaria</i> in rete con i professionisti della Casa della Salute	presenza bisettimanale di Psichiatra e/o Psicologo nella Casa Salute di Casalecchio di Reno	riduzione delle prime visite con disturbi emotivi comuni al CSM distrettuale	riduzione almeno del 5%
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Consolidamento dei processi di cura e dei servizi innovativi previsti dal Piano di Riordino distrettuale	Avvio operativo dei servizi: a) ambulatorio ortodonzia e maxillo facciale per persone con alta vulnerabilità sanitaria; b) ambulatorio cure palliative precoci; c) Centro ambulatoriale di Riabilitazione; d) Ambulatori di Salute mentale primaria;	evidenza dell'avvio dei Servizi indicati (a,b,c,d)	avvio entro giugno 2018
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Consolidare la rete pediatrica in Alto Reno	attivazione ambulatori infermieristici e rete tra pediatri T/H	percorso formativo comune	Entro giugno 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Estensione del progetto "lo psicologo nella Casa della salute"	Attivazione del progetto presso la Casa della Salute di Terre d'Acqua	Numero consulenze psicologiche effettuate e numero Prime visite psichiatriche c/o CSM di riferimento	-5% visite psichiatriche vs pari periodo di attività 2017c/o CSM di riferimento
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Estensione del progetto "lo psicologo nella Casa della Salute"	Estendere il progetto ai NCP di Bologna Ovest afferenti agli ambiti di Navile e Porto Saragozza	Numero consulenze psicologiche effettuate e numero Prime visite psichiatriche c/o CSM di riferimento	-5% visite psichiatriche vs pari periodo di attività 2017c/o CSM di riferimento
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Estensione del progetto "lo psicologo nella Casa della Salute"	Estendere nel 2018, il progetto alla CdS di San Pietro in Casale (Pieve di Cento nel 2019)	Numero consulenze psicologiche effettuate e numero Prime visite psichiatriche c/o CSM di riferimento	-5% visite psichiatriche vs pari periodo di attività 2017c/o CSM di riferimento
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Estensione del progetto "lo psicologo nella Casa della Salute"	Implementare il Progetto "Psicologo" nelle Case della Salute di Loiano e San Lazzaro	Inizio attività	Entro il 2018
BOLOGNA CITTA' RELASA	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.10-11 VERIFICARE)	Gestione proattiva dei pazienti fragili e con patologia cronica	Consolidamento degli ambulatori infermieristici per le cronicità	n. paz eleggibili aderenti / n. paz chiamati attivamente	> 20% rispetto 2017
TUTTI	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Attivare il TCI con tutte le procedure e i protocolli operativi del caso	Progetto e evidenza delle procedure e protocolli di valutazione, accesso, erogazione delle cure e dimissione	entro giugno 2018
TUTTI	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Progettare il TCI e d iniziare la sperimentazione in almeno un ambito cittadino	Numero di TCI attivati nel 2018	Almeno 1 TCI entro il 2018
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'accesso alle cure domiciliari socio-sanitarie in fase di dimissione protetta	Aumentare il numero di dimissioni protette con attivazione delle AF al domicilio	% utenti in dimissione serviti con progetto di assistenza AF	aumento del 50% rispetto al 2017
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare la qualità dei servizi erogati dalle strutture private presenti sul territorio per anziani non autosufficienti	attivare un percorso condiviso di formazione con le strutture private che accolgono anziani non autosufficienti sui temi delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione della PEG, le linee guida regionali sull'alimentazione dell'anziano, i ricoveri ospedalieri	% di strutture locali arruolate	arruolamento del 50% delle strutture che operano localmente
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri per le persone con patologie croniche seguite al domicilio e potenzialmente trattabili in setting ambulatoriali	aumentare la capacità di intercettazione attiva dei pz a più alto rischio di fragilità (>80)	% ricoveri di pz in ADI o ADP	-10% rispetto 2017
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post- acuzie e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acuzie solo Ospedale Maggiore)	≥ 20%
GOVERNO CLINICO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Bambino cronico	Redazione del PAI	% pz in carico con PAI redatto	>95% entro aprile 2018
GOVERNO CLINICO	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA BPCO	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA POLMONE	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro giugno 2018

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAMOGGIA	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
GOVERNO CLINICO			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA DIABETE		% pazienti che hanno fatto esami HBA1C, creatinina e assetto lipidico	>2017
GOVERNO CLINICO			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Cronicità (Scompenso, post IMA, diabete, ferite difficili)	Aumentare la presa in carico	n. Pazienti presi in carico dagli ambulatori cronicità	>2017
			X	X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Potenziamento della rete ambulatoriale per la valutazione dei disturbi cognitivi	Attivazione del programma cure intermedie e trasferimento di risorse geriatriche sul territorio	Riduzione liste di attesa dei pz con disturbi cognitivi	Almeno 50%
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.12 VERIFICARE)	Presa in carico della fragilità/complessità, sulla base dei "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in integrazione ospedale-territorio, tra ambito sanitario e sociale e con il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato)	Analisi congiunta degli elenchi dei fragili da parte dell'equipe MMG, infermiere, Assistente sociale e stesura del PAI - Progetto Risker su NCP San Pietro in Casale	Numero valutazioni congiunte effettuate sul totale dei fragili negli elenchi e numero di PAI prodotti	Come da applicazione dell' accordo con la medicina generale (adesioni almeno del 70% dei MMG del NCP)
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Qualificare il sistema di integrazione socio-sanitaria e comunitaria valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	implementare la co-progettazione nell'ambito del Progetto di partnership con le associazioni del territorio sul tema "fragilità" nelle popolazioni più vulnerabili	evidenza di un Bilancio Sociale co-progettato	entro dicembre 2018
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Qualificare il sistema di integrazione socio-sanitaria e comunitaria valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	promuovere azioni di co-progettazione negli ambiti innovativi e di sviluppo dei servizi per le popolazioni fragili e vulnerabili	evidenza di un tavolo di co-progettazione nell'ambito del Programma DOPO DI NOI	entro marzo 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Realizzazione della progettualità condivisa per la Cds interaziendale Pieve-Cento	Avvio di almeno un percorso condiviso fra le due comunità	Evidenza del protocollo formalizzato fra i due Distretti	Rispetto del cronoprogramma (trasferimento CSM di Cento) coabitazione +parte progettuale
CURE PALLIATIVE		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Nodo H: partecipazione ai Meeting Multidisciplinari di patologia oncologica, patologia nefrologica implementazione consulenze AOUBO attivazione consulenze Casa di Cura S.Viola (PDTA Gracier) Centro di Coordinamento della Rete di CP: apertura sulle 12 ore dal lunedì al venerdì e nella giornata di sabato apertura nella mattina; reperibilità telefonica la domenica e festivi Nodo Amb.: attivazione presa in carico malato non oncologico (BPCO- Fibrosi polmonare) Nodo domiciliare: implementazione consulenze specialistiche Attivazione consulenze in CRA e RP	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di S.Lazzaro	Nodo H: attivazione consulenze presidio Loiano Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio Loiano Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Appennino	Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche Cds Vergato Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Reno Lavino Samoggia	Nodo H: attivazione consulenze presidio Bazzano Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio Bazzano Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Pianura Ovest	Nodo H: attivazione consulenze presidio S.Giovanni Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio S.Giovanni e Cds Terre d'Acqua Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Pianura Est	Nodo H: implementazione consulenze presidio Bentivoglio e attivazione consulenze presidio Budrio Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche Cds S.Pietro in Casale Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione dei processi erogativi territoriali nell'ambito dell'attività oculistica	Costituzione di un team multidisciplinare (oculisti, ortottisti, IP, MMG e PLS) per promuovere soluzioni appropriate ai bisogni differenziati e offrire un accesso mirato alle prestazioni diagnostiche terapeutico riabilitative e di specialistica ambulatoriale	Progetto Avvio nuova organizzazione presso la CdS di San Pietro in Casale	Entro 1 semestre 2018 Entro 2 semestre 2018
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le attività nella Casa della Salute di San Lazzaro	Valutazione attuale occupazione degli spazi e revisione attribuzione	Progetto di riorganizzazione attività	Entro giugno 2018
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le Cure Intermedie	Definire un progetto organizzativo che metta in rete l'attività domiciliare e i letti tecnici	Stesura del Progetto	giu-18
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Riconvertire 10 PL C.I.	Numero di PL C.I. attivati	10 pl operativi entro giugno 2018
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare almeno 2 esperienze di letti di CI: 1 in ospedale ed uno in CRA; Prima sperimentazione concreta in ospedale	Elaborazione di due progetti	Progetti entro ottobre 2018; attivazione sperimentazione (12 L) entro giugno 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare la realizzazione di Letti di Cure Intermedie nei due ambiti Distrettuali	evidenza progetto	entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Analisi distrettuale delle strutture identificabili come letti di cure intermedie inventirei l'indicatore con l'azione	Attivazione di 10/15 posti letto presso una CRA del Distretto	entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di percorsi integrati e definiti con i reparti ospedalieri	Definire prevalentemente con le UO di medicina interna ospedaliere i percorsi consenziali per i pazienti assistiti a domicilio nella rete territoriale integrata	Evidenza dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio, territorio e territorio	Almeno 3 percorsi di continuità (fast) formalizzati
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Attivazione di attività di consultazione per i disturbi d'ansia comuni	Attivazione Funzione	entro 2018
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Implementazione di un gruppo integrato DSM-MMG x la Cura presa in carico delle Patologie Psichiatriche gravi	1) evento formativo/informativo NCP 2) insediamento gruppo discussione e monitoraggio	entro 2018
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Attuare Progetto riordino Ospedale Loiano	Riconversione 10 letti tecnici	Entro 2018
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Implementazione attività fisioterapia ambulatoriale e aumento offerta domiciliare	1) Attivazione offerta ambulatoriale 2) Pazienti domiciliari in carico	1) entro giugno 2018 2) > 2017
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppo Cure intermedie	Riconversione di letti tecnici prevedendo nel percorso organizzativo anche una proposta di afferenza territoriale per facilitare le ammissioni dal domicilio dei pazienti cronici/fragili	presenza percorso validato avvio operativo	entro Ottobre 2018 entro 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Sviluppo della comunità professionale nelle C.d.S per la promozione della presa in carico della cronicità	Attivazione di un percorso di presa in carico multiprofessionale del paziente diabetico afferente agli ambulatori infermieristici della cronicità	Presenza e attivazione percorso	Realizzazione entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppo della rete dei servizi a supporto della domiciliarità e prossimità	Integrazione degli interventi delle assistenti familiari nel sistema di sostegno alla domiciliarità	Progetto di integrazione fra le offerte della rete di supporto alla non autosufficienza	Entro il 2018
PIANURA OVEST				X			Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Domiciliarità e prossimità	Istituzione di un gruppo di regia distrettuale per coordinare gli obiettivi scheda 4-Budget di salute, 5 - Riconoscimento care giver, 6-Progetti di vita e dopo di noi, 7-rete cure palliative, 17- progetto adolescenza, 33 - miglioramento accesso in emergenza urgenza,36 - Consolidamento sviluppo servizi sociali territoriali)	Istituzione gruppo di regia - Predisposizione e completamento schede obiettivi	entro aprile 2018
PIANURA EST			X				Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Sviluppo di politiche integrate del Distretto	Partecipazione attiva alla realizzazione di PdZ	Evidenza delle schede	Entro aprile 2018

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018
SPP							La gestione del rischio		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile Approfondimento sugli altri Dipp.ti	Entro Luglio 2018 Entro 2018
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QIALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
BOLOGNA CITTA'		X					Le Relazioni con il cittadino	NO	Promuovere la partecipazione delle associazioni coordinate dal COPID (Comitato di Co-progettazione Integrata per le Disabilità)	Consolidare l'esperienza della co-progettazione integrata con più associazioni di disabili attraverso la realizzazione di progetti a favore di disabili .	4 progetti approvati e completamente realizzati per il 2018	100% progetti realizzati
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Relazioni con il cittadino	NO	Promuovere la partecipazione delle associazioni valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	Consolidare l'esperienza della partecipazione e co-progettazione integrata	programmazione attività annule con iniziative distrettuali	almeno 2 nuove iniziative nell'ambito Lavino-Samoggia
DCP							La Sostenibilità economica	SI	2.5.0 Assistenza protesica	Individuare competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la formulazione di un albo aziendale di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili	predisposizione di documento aziendale	si
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATRICI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza	Utilizzo dell'applicativo web ProBA per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite	compilazione della cartelle su ProBA	> 50 cartelle anno per pediatra
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica	Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica	Modena, Bologna, Imola, Romagna <= 850 prescrizioni/1000 per le rimanenti aziende, diminuzione
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica	Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato	Reggio Emilia >= valore 2016 Altre Aziende >= 1,5
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con MMG su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	>= al programmato 2017 (proposta : n° ... da concordare con Dip Cure Prim.)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% assistiti reclutati in politerapia con trattamenti cronici con valore economico > 2.500€/anno	>= 70% reclutati / reclutabili (da elenchi elaborati in reportistica del DF)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% rapporto prescrizioni silodosina/alfa-bloccanti nell'ipertrofia prostatica	<10%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	< 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Consumo pro capite ipolipemizzanti orali (C10AA, C10AX09, C10BA02) - "Progetto Statine"	<= +8% valore RER
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% pazienti in terapia con farmaci inalatori R03 (LABA,LAMA soli o ass) - senza diagnosi accertata bpcp - "Progetto BPCO"	<= 16 %
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	% di consumo del biosimilare (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	Incremento della % di consumo del biosimilare rispetto al 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Riduzione prescrizioni Colecalciferolo	Consumo pro capite colecalciferolo (A11CC05)	Inferiore al valore 2017 (9MESI2017: 104,12DDD17 10.000ab.pes/die)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Prescrizioni Colecalciferolo monodose vs multidose	% rapporto prescrizioni colecalciferolo multidose/(monodose+multidose)	≥80%

DCP - PEDIATRIA TERRITORIALE**OBIETTIVI 2018**

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff. assoluta	diff. %	obiettivo 2018
vaccinazioni - n. vaccinazioni rosolia al 16° anno con 1^ dose / vaccinazioni - popolazione target 16° anno * 100	96,4	95,83	-0,57	-0,6%	≥ 95,00%
n. vaccinazioni hpv al 11° anno / vaccinazioni hpv - popolazione target femminile 11° anno * 100	54,8	69,62	14,82	27,0%	≥ 70,00%
n. bambini con 3 dosi di esavalente al 24° mese / vaccinazioni - popolazione target 24° mese * 100	94,3	96,49	2,19	2,3%	≥ 95,00%
n. bambini con vaccinazione antimeningococcico al 24° mese / vaccinazioni - popolazione target 24° mese * 100	91,52	94,79	3,27	3,6%	90%
n. bambini con vaccinazione antipneumococcico al 24° mese / vaccinazioni - popolazione target 24° mese * 100	92,24	94,73	2,49	2,7%	95%
n. bambini con 1 dose di MPR (morbillo, parotite, rosolia) al 24° mese / vaccinazioni - popolazione target 24° mese * 100	91	95,13	4,13	4,5%	90%
n. bambini con vaccinazione varicella al 24° mese / popolazione target 24° mese * 100					monitoraggio

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - budget 2018**indicatori SIVER - RER****CONSULTORI FAMILIARI**

	AUSL BO	AUSL BO	Valore Atteso 2018
	2016	2017	
Fonte SIVER (RER)			
% (donne residenti e non residenti) IVG medica sul totale IVG (fonte: flusso IVG indicatore SIVER)	27.9%	35.95%	> 2017
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane (fonte: flusso IVG indicatore SIVER)	15.05%	8.79%	<2017
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza (Fonte CEDAP- indicatori SIVER)	42,48%	48,63%	> 2017
Numero donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Numero parti di nullipare residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP)	45,03%	50,40%	>= 2017
Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/popolazione residente di età 14-19 anni(%) (Fonte: Sistema informativo SICO)	3,74	3,51	> 2017

ATTIVITA' OSTETRICO-GINECOLOGICA TOTALE CONSULTORI**Regime SSN****OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018****Prime Visite critiche per esterni**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	obiettivo 2018
prime visite per ostetricia-ginecologia	20.017	21.134	1.117	5,6 %	20.200

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	obiettivo 2018
controlli per ostetricia-ginecologia	15.882	15.653	-229	-1,4 %	

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	obiettivo 2018
Ecografia ostetrica	7.437	7.912	475	6,4 %	7.450
Ecografia trasvaginale	2.436	2.274	-162	-6,7 %	2.451

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	obiettivo 2018
Prestazioni scartate	1.961	1.217	-744		

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	ANNO 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per cardiologia	20.569	18.784	-1.785	-8,7 %	18.800	16.994	18.400
prime visite per dermatologia	29.153	30.294	1.141	3,9 %	28.000	29.604	27.400
prime visite per endocrinologia	4.339	4.762	423	9,7 %	4.000	4.626	3.900
prime visite per neurologia	6.571	6.365	-206	-3,1 %	6.568	6.047	6.400
prime visite per oculistica	43.130	37.582	-5.548	-12,9 %	37.500	36.174	36.750
prime visite per oncologia	1.031	968	-63	-6,1 %	700	308	690
prime visite per ORL	24.838	21.627	-3.211	-12,9 %	22.000	21.075	21.500
prime visite per ortopedia	8.618	8.797	179	2,1 %	9.000	8.610	8.800
prime visite per urologica	6.088	5.814	-274	-4,5 %	6.000	5.781	5.800
prime visite per pneumologia	4.025	4.010	-15	-0,4 %	4.300	2.774	4.200

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	ANNO 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per dermatologia	3.114	3.388	274	8,8 %		3	
controlli per endocrinologia	2.492	2.302	-190	-7,6 %			
controlli per neurologia	1.920	1.782	-138	-7,2 %		2	
controlli per oculistica	11.377	10.336	-1.041	-9,2 %		16	
controlli per odontoiatria	806	712	-94	-11,7 %			
controlli per oncologia	2.547	2.639	92	3,6 %			
controlli per ORL	2.675	2.437	-238	-8,9 %		2	
controlli per ortopedia	2.336	2.323	-13	-0,6 %		2	
controlli per urologica	964	128	-836	-86,7 %			

controlli per pneumologia	3.286	3.163	-123	-3,7 %		4	
controlli per cardiologia (compresi controlli TAO)	5.051	5.156	105	2,1 %		4	

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	ANNO 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	obiettivo 2018 prest. a CUP
Audiometria	8.095	7.283	-812	-10,0 %	7.300	5.145	5.500
Ecocolordoppler Cardiaca	4.329	3.902	-427	-9,9 %	3.900	881	1.500
Elettrocardiogramma da sforzo	1.391	1.424	33	2,4 %	1.300	890	750
Fondo oculare	4.812	4.880	68	1,4 %	4.800	3.929	3.700
Impedenziometria	2.653	2.244	-409	-15,4 %	2.200	1.079	1.500
Laringoscopia e altra tracheoscopia	242	374	132	54,5 %	500	52	50
Diffusione alveolo capillare del CO	118	235	117	99,2 %	200	32	30
Spirometria	3.073	3.319	246	8,0 %	3.000	1.165	1.000
Spirometria semplice	1.478	2.412	934	63,2 %	2.000	527	500
Spirometria globale	1.595	907	-688	-43,1 %	1.000	638	800
Test epicutanei a lettura ritardata [PATCH TEST]	180	99	-81	-45,0 %	400	38	50
Test percutanei e intracutanei a lettura immediata	597	540	-57	-9,5 %	540	372	500
Test di broncodilazione farmacologica	64	48	-16	-25,0 %	50	28	25

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	ANNO 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	1.417	873	-544				

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

PROGRAMMA CURE INTERMEDIE

OBIETTIVI 2018

Peso indicator e		Anno 2016	Anno 2017	diff. ass. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
4	N. prime visite geriatriche per pazienti ambulant	3.265	3.413	148	4,3 %	3.600
3	N. prime visite geriatriche per pazienti a domicilio	98	78	-20	-20,4 %	120
3	N. visite di controllo per pazienti ambulant	3.629	3.799	170	4,5 %	3.500

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

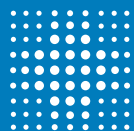
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Nota(*): Preconsuntivo 2017 calcolato come proiezione. Aritmetica degli scarichi di Contabilità Analitica 11 mesi 2017

DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.		14.163.444	17.132.702	2.969.257	17.041.704	90.998	99,47%	18.543.149	1.501.445	8,81%
MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	2.859.036	2.859.036	-	2.480.472	378.564	86,76%	2.480.472		
MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	59.602	59.602	-	55.032	4.570	92,33%	55.032		
MEZZI DI CONTRASTO DOTATI DI AIC	FARMACIA	5	5	-	-	5	0,00%	-		
OSSIGENO CON AIC	FARMACIA	1.652	1.652	-	294.160	292.508	17805,43%	294.160		
GAS MEDICINALI DOTATI DI AIC	FARMACIA	123	123	-	123	0	100,02%	123		
GAS MEDICINALI PRIVI DI AIC	FARMACIA	4.958	4.958	-	4.719	239	95,18%	4.719		
EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	369	369	-	263	106	71,29%	263		
SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	82.247	82.247	-	87.734	5.487	106,67%	87.734		
VACCINI PER LA PROFILASSI SENZA CODICE AIC	FARMACIA	99.178	99.178	-	262.488	163.310	264,66%	262.488		
VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	FARMACIA	3.800.743	6.700.000	2.899.257	6.518.342	181.658	97,29%	8.018.342	1.500.000	23,01%
PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	1.330	1.330	-	2.054	724	154,43%	2.054		
DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	316.440	346.440	30.000	294.677	51.763	85,06%	294.677		
ALLERGENI	FARMACIA	10.497	10.497	-	6.153	4.344	58,62%	6.153		
MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	12.620	12.620	-	10.753	1.868	85,20%	10.500	-253	-2,35%
DISPOSITIVI MED.IMPIANT.NON ATTIVI	FARMACIA	219.284	219.284	-	160.751	58.532	73,31%	160.751		
DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	1.883.614	1.883.614	-	2.006.000	122.386	106,50%	2.006.000		
VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	15.718	15.718	-	29.142	13.424	185,41%	29.142		
BENI PER ASS. PROT. ED INTEGRATIVA	FARMACIA	4.025.450	4.065.450	40.000	4.066.358	908	100,02%	4.066.358		
ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO	255.175	255.175	-	289.971	34.795	113,64%	292.000	2.029	0,70%
	FARMACIA	20.039	20.039	-	28.194	8.155	140,70%	28.194		
PRODOTTI SANITARI PER RICERCA	FARMACIA	2.337	2.337	-	-	2.337	0,00%	-		
ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	21.978	21.978	-	25.331	3.353	115,26%	25.000	-331	-1,31%
PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	471.051	471.051	-	418.987	52.064	88,95%	418.987		
BENI SANITARI - EROG. DIRETTA		2.630.088	2.630.088	-	2.792.774	162.686	106,19%	2.792.774	-	0,00%
MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	1.687.380	1.687.380	-	1.829.890	142.510	108,45%	1.829.890		
MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	20.430	20.430	-	23.077	2.647	112,96%	23.077		
EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	415.409	415.409	-	372.464	42.945	89,66%	372.464		
SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	5.664	5.664	-	699	4.965	12,34%	699		
PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	34	34	-	33	1	98,21%	33		
DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	32.365	32.365	-	31.263	1.102	96,59%	31.263		
MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	-	-	-	50	50	-	50		
DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	290.403	290.403	-	338.974	48.571	116,73%	338.974		
VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	491	491	-	1.418	927	288,80%	1.418		
ALTRO MATERIALE SANITARIO	FARMACIA	9.424	9.424	-	13.946	4.522	147,98%	13.946		
PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	168.487	168.487	-	180.960	12.473	107,40%	180.960		
BENI NON SANITARI		448.657	448.657	-	440.006	8.651	98,07%	463.500	23.494	5,34%
MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	87.039	87.039	-	86.297	742	99,15%	84.500	-1.797	-2,08%
CARBURANTI E LUBRIFICANTI	ECONOMATO	118.277	118.277	-	111.124	7.153	93,95%	136.000	24.876	22,39%
CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	140.140	140.140	-	136.054	4.086	97,08%	136.000	-54	-0,04%
SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	103.201	103.201	-	106.531	3.330	103,23%	107.000	469	0,44%
Totale complessivo		17.242.190	20.211.447	2.969.257	20.274.484	63.037	100,31%	21.799.423	1.524.940	7,52%



**DIPARTIMENTO
DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Piano Regionale Prevenzione	Partecipazione attiva ad iniziative distrettuali in tema di promozione della salute, stili di vita, comunità locale, coerentemente con l'implementazione dei progetti del PAL	n.iniziativa realizzate in ogni distretto	almeno 2
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
BOLOGNA CITTA'	X						L'Accesso	NO	Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili nell'ambito dello specifico programma	Assicurare in modo appropriato assistenza medica, infermieristica e socio-sanitaria nei dormitori	N° delle dimissioni protette accolte dal dormitorio "Beltrame"	> 20% rispetto 2017
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Medicina penitenziaria: valutazione del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile	elaborazione dei PAI per i detenuti con patologie croniche da parte dell'equipe multiprofessionale	% PAI	>60%
PIANURA OVEST				X			L'Accesso	NO	Regolamentazione accesso in PS (PS SGP) da servizi territoriali (CSM (stati psicotici organici), CRA (urgenze), NPIA, Cure Palliative, Territorio Bed manager in dimissioni difficili)	Protocollo/linee guida distrettuali validati	Evidenza documento Applicazione	Ottobre 2018 entro 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Consolidare il percorso di coinvolgimento iniziato	realizzare almeno due azioni di integrazione proposte dai gruppi di lavoro effettuati nel 2017	avvio di due azioni per ambito distrettuale
PIANURA OVEST				X			Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Casa della Salute Di Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute di cui una è la CdS navile
APPENNINO	X						Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	entro giugno 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Programma chirurgia malassorbitiva	1) Individuare i criteri di inserimento dei pazienti da avviare al percorso di chirurgia bariatrica 2) selezionare i pazienti	1) n. interventi di chirurgia bariatrica eseguiti (monitoraggio) 2) Professionisti partecipanti alla chirurgia malassorbitiva/totale Chirurgia UO Chirurgia E	1) > 60 2) 100 %
							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.11.1 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA)	Garantire l'intervento abilitativo psicoeducativo - neuropsicologico nella fascia di età 0-6 anni	numero medio di ore settimanali per bambino	>=4
							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.11.1 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA)	Consolidamento delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta	Designazione, per ogni Azienda USL, di un referente dei Servizi di salute mentale adulti	si
							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.11.2 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale (budget di salute)	Promuovere azioni di formazione e aggiornamento coinvolgendo il personale sanitario, degli enti locali e le associazioni di familiari e utenti (da portare CTSS)	organizzazione di eventi formativi	almeno 1 evento
							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.11.3 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	Presidiare la presenza di residenti nelle strutture REMS, favorendo la dimissione attraverso la messa a punto di progetti terapeutico - riabilitativi individuali	numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro quarantacinque giorni dall'ammissione nella REMS/numero residenti ammessi nelle REMS	1
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.10.0 Reti Hub & Spoke per Malattie Rare	Relazione dettagliata della presa in carico dei pazienti pediatrici affetti da malattie rare	offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi).	
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione progettualità degenza medica per intensità di Cura H S.Giovanni Persiceto	Definizione organizzativa e strutturale del progetto	attivazione degenze per intensità di cura	entro 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione progettualità Polo Psichiatrico di S. Giovanni in Persiceto	Completamento lavori strutturali propedeutici alla fase attuativa Attivazione progetto secondo fasi consequenziali DSM	Competamento lavori attivazione progetto	agosto 2018 Secondo sequenzialità DSM e disponibilità locali

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Avvio <i>Salute mentale primaria</i> in rete con i professionisti della Casa della Salute	presenza bisettimanale di Psichiatra e/o Psicologo nella Casa Salute di Casalecchio di Reno	riduzione delle prime viste con disturbi emotivi comuni al CSM distrettuale	riduzione almeno del 5%
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Consolidamento dei processi di cura e dei servizi innovativi previsti dal Piano di Riordino distrettuale	Avvio operativo dei servizi: a) ambulatorio ortodonzia e maxillo facciale per persone con alta vulnerabilità sanitaria; b) ambulatorio cure palliative precoci; c) Centro ambulatoriale di Riabilitazione; d) Ambulatori di Salute mentale primaria;	evidenza dell'avvio dei Servizi indicati (a,b,c,d)	avvio entro giugno 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Estensione del progetto "lo psicologo nella Casa della salute"	Attivazione del progetto presso la Casa della Salute di Terre d'Acqua	Numero consulenze psicologiche effettuate e numero Prime visite psichiatriche c/o CSM di riferimento	-5% visite psichiatriche vs pari periodo di attività 2017c/o CSM di riferimento
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Estensione del progetto "lo psicologo nella Casa della Salute"	Estendere il progetto ai NCP di Bologna Ovest afferenti agli ambiti di Navile e Porto Saragozza	Numero consulenze psicologiche effettuate e numero Prime visite psichiatriche c/o CSM di riferimento	-5% visite psichiatriche vs pari periodo di attività 2017c/o CSM di riferimento
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Estensione del progetto "lo psicologo nella Casa della Salute"	Estendere nel 2018, il progetto alla CdS di San Pietro in Casale (Pieve di Cento nel 2019)	Numero consulenze psicologiche effettuate e numero Prime visite psichiatriche c/o CSM di riferimento	-5% visite psichiatriche vs pari periodo di attività 2017c/o CSM di riferimento
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Estensione del progetto "lo psicologo nella Casa della Salute"	Implementare il Progetto "Psicologo" nelle Case della Salute di Loiano e San Lazzaro	Inizio attività	Entro il 2018
TUTTI	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Attivare il TCI con tutte le procedure e i protocolli operativi del caso	Progetto e evidenza delle procedure e protocolli di valutazione, accesso, erogazione delle cure e dimissione	entro giugno 2018
TUTTI	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Progettare il TCI e iniziare la sperimentazione in almeno un ambito cittadino	Numero di TCI attivati nel 2018	Almeno 1 TCI entro il 2018
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'accesso alle cure domiciliari socio-sanitarie in fase di dimissione protetta	Aumentare il numero di dimissioni protette con attivazione delle AF al domicilio	% utenti in dimissione serviti con progetto di assistenza AF	aumento del 50% rispetto al 2017
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post- acuzie e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acuzie solo Ospedale Maggiore)	≥ 20%
			X	X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Potenziamento della rete ambulatoriale per la valutazione dei disturbi cognitivi	Attivazione del programma cure intermedie e trasferimento di risorse geriatriche sul territorio	Riduzione liste di attesa dei pz con disturbi cognitivi	Almeno 50%
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Realizzazione della progettualità condivisa per la CdS interaziendale Pieve -Cento	Avvio di almeno un percorso condiviso fra le due comunità	Evidenza del protocollo formalizzato fra i due Distretti	Rispetto del cronoprogramma (trasferimento CSM di Cento) coabitazione +parte progettuale
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le attività nella Casa della Salute di San Lazzaro	Valutazione attuale occupazione degli spazi e revisione attribuzione	Progetto di riorganizzazione attività	Entro giugno 2018
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Attivazione di attività di consultazione per i disturbi d'ansia comuni	Attivazione Funzione	entro 2018
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Implementazione di un gruppo integrato DSM-MMG x la Cura presa in carico delle Patologie Psichiatriche gravi	1) evento formativo/informativo NCP 2) insediamento gruppo discussione e monitoraggio	entro 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppo Cure intermedie	Riconversione di letti tecnici prevedendo nel percorso organizzativo anche una proposta di afferenza territoriale per facilitare le ammissioni dal domicilio dei pazienti cronici/fragili	presenza percorso validato avvio operativo	entro Ottobre 2018 entro 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Sviluppo della comunità professionale nelle C.d.S per la promozione della presa in carico della cronicità	Attivazione di un percorso di presa in carico multiprofessionale del paziente diabetico afferente agli ambulatori infermieristici della cronicità	Presenza e attivazione percorso	Realizzazione entro 2018
PIANURA OVEST				X			Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Domiciliarità e prossimità	Istituzione di un gruppo di regia distrettuale per coordinare gli obiettivi scheda 4-Budget di salute, 5 - Riconoscimento care giver, 6-Progetti di vita e dopo di noi, 7-rette cure palliative, 17- progetto adolescenza, 33 - miglioramento accesso in emergenza urgenza,36 - Consolidamento sviluppo servizi sociali territoriali)	Istituzione gruppo di regia - Predisposizione e completamento schede obiettivi	entro aprile 2018
SAN LAZZARO						X	Piano di Zona distrettuale 2018-2020		MINORI - Sviluppare attività multiprofessionali di sostegno domiciliare per evitare il ricorso alla residenzialità di minori complessi	Attivazione di interventi domiciliari con attività educativa, sostegno psicopedagogico complesso	Interventi domiciliari multiprofessionali su casi complessi senza esito in residenzialità	4 Progetti realizzati senza esito in residenzialità
PIANURA EST			X				Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Sviluppo di politiche integrate del Distretto	Partecipazione attiva alla realizzazione di PdZ	Evidenza delle schede	Entro aprile 2018

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management
SPP							La gestione del rischio		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile Approfondimento sugli altri Dipp.ti	Entro Luglio 2018 Entro 2018
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QIALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
APPENNINO	X						Le Relazioni con il cittadino	NO	Migliorare la comunicazione con la popolazione locale più debole	Adeguare la segnaletica relativa alle CdS e le informazioni all'utenza utilizzando forme di comunicazione più semplici, "inclusive", sia alfabetiche che simboliche, con grafica adeguata allo scopo	evidenza della segnaletica e delle informazioni all'utenza nelle CdS	entro dicembre 2018
BOLOGNA CITTA'		X					Le Relazioni con il cittadino	NO	Promuovere la partecipazione delle associazioni coordinate dal COPID (Comitato di Co-progettazione Integrata per le Disabilità)	Consolidare l'esperienza della co-progettazione integrata con più associazioni di disabili attraverso la realizzazione di progetti a favore di disabili .	4 progetti approvati e completamente realizzati per il 2018	100% progetti realizzati
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATRICI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Adesione procedura "prevenzione e gestione della caduta in ospedale"	almeno 1 audit su evento caduta con danno	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	PROGETTO VISITARE	% azioni di miglioramento realizzate/azioni di miglioramento programmate a seguito delle visite	> 90% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	< 2017 (SIVER 22,5%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	NO	Progetto Dipartimentale per la Farmacovigilanza	Redazione di una brochure recante "Indicazioni per utenti , familiari, MMG sul monitoraggio dei trattamenti farmacologici"	Redazione della brochure informativa	Entro 2018

**Pianificazione obiettivi 2018
 schede per attività - totali aziendali**
Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE > DSM - SALUTE MENTALE ADULTI

[← Precedente](#)
[▲ Home](#)
Indicatori - obiettivo

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff.		obiettivo anno 2018
			assoluta anno 2017 anno 2016	diff. % anno 2017 anno 2016	
DSM - SALUTE MENTALE ADULTI					
percentuale di programmi-percorsi esordi psicotici con prestazioni specifiche	45,53	47,53	2,00	4,39	≥ 65,00%
n. programmi-percorsi budget di salute	693,00	850,00	157,00	22,66	≥ 600,00
percentuale di dimissioni CSM concordate (dato riferito al periodo precedente)	46,81	46,03	-0,78	-1,67	≥ 55,00%
DSM - DIPENDENZE PATOLOGICHE					
n. utenti giocatori di azzardo patologico (gap) in carico	183,00	201,00	18,00	9,84	≥ 200,00
DSM - NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA					
casi di utenti di 16 anni discussi in continuità di cure / casi di utenti di 16 anni proposti in continuità di cure * 100	-	81,00	-	-	80%
DSM - AREA DIP.EMERGENZA URGENZA - SPDC EST MALPIGHI DSM AREA CENTRO - REGIME ORDINARIO					
U09 - Degenza Media Ricoveri (esclusi ricoveri obbligati da magistratura)	6,64	7,02	0,38	5,72	<8,00
U25a - % Dimessi con degenza <=9 giorni	78,92	78,69	-0,23	-0,29	≥70,00%
U37a - % Ricoveri Ripetuti 0-30 gg nella stessa MDC	5,53	12,39	6,86	124,05	<15,00%
U08 - Tasso di occupazione	82,63	78,51	-4,12	-4,99	>80,00
DSM - AREA DIP.EMERGENZA URGENZA - SPDC OVEST OTTONELLO DSM AREA CENTRO - REGIME ORDINARIO					
U09 - Degenza Media Ricoveri (esclusi ricoveri obbligati da magistratura)	7,18	8,17	0,99	13,79	<8,00
U25a - % Dimessi con degenza <=9 giorni	74,39	69,76	-4,63	-6,22	≥70,00%
U37a - % Ricoveri Ripetuti 0-30 gg nella stessa MDC	7,28	10,20	2,92	40,11	<15,00%
U08 - Tasso di occupazione	87,51	84,23	-3,28	-3,75	>80,00
DSM - AREA DIP.EMERGENZA URGENZA - SPDC SAN GIOVANNI IN P. DSM AREA NORD - REGIME ORDINARIO					
U09 - Degenza Media Ricoveri (esclusi ricoveri obbligati da magistratura)	6,82	7,83	1,01	14,81	<8,00
U25a - % Dimessi con degenza <=9 giorni	74,84	69,89	-4,95	-6,61	≥70,00%
U37a - % Ricoveri Ripetuti 0-30 gg nella stessa MDC	4,52	11,90	7,38	163,27	<15,00%
U08 - Tasso di occupazione	77,48	75,41	-2,07	-2,67	>80,00

Pianificazione obiettivi 2018
schede per attività - totali aziendali
Staff Aziendale - Controllo di Gestione e Flussi Informativi

data aggiornamento: 21/06/18

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE > ALTRI INDICATORI

[← Precedente](#)
[▲ Home](#)
Indicatori - obiettivo

Descrizione	anno 2016	anno 2017	diff.	diff. %	obiettivo anno 2018
			assoluta anno 2017 anno 2016	anno 2017 anno 2016	
DSM - DIPENDENZE PATOLOGICHE					
n. totale utenti in cura presso il ser.t. di cui inseriti in comunità terapeutica che hanno abbandonato / n. totale utenti in cura presso il ser.t. di cui inseriti in comunità terapeutica * 100	17,08	15,48	-1,60	-9,37	<20,00%
n. totale TIFO attivati di cui interrotti o sospesi / n. totale TIFO attivati * 100	2,33	10,77	8,44	362,23	<8,00%
n. utenti in cura presso il ser.t. in trattamento psico-socio-educativo / n. utenti in cura presso il ser.t. in trattamento farmacologico * 100	82,99	88,74	5,75	6,93	>70,00%
n. utenti tossicodipendenti in carico - di cui sottoposti a controlli HCV / n. utenti tossicodipendenti in carico * 100	71,22	69,11	-2,11	-2,96	≥ 60,00
n. utenti tossicodipendenti in carico - di cui sottoposti a controlli HIV / n. utenti tossicodipendenti in carico * 100	68,29	68,05	-0,24	-0,35	≥ 50,00
utenti in cura presso il SERT con programma attivato (escluso carcere) / utenti in cura presso il SERT con programma concluso o dimissione concordata (escluso carcere) * 100	3,33	4,65	1,32	39,64	≥ 5,00
DSM - NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA					
dimissioni utenti: % di dimissioni concordate sul totale delle dimissioni	60,60	66,94	6,34	10,46	≥ 65,00
% screening disturbi specifici apprendimento (eta 6-8 anni) sulla popolazione scolastica degli ist.comprendivi e direzioni didattiche che hanno aderito al progetto di screening	98,58	99,20	0,62	0,63	>90,00%
TA: % prima visita erogata entro 60 giorni dalla prenotazione	46,06	62,15	16,09	34,93	≥ 55,00%
casa del giardiniere: utenti inseriti nella fase di avvio al trattamento (2 incontri) / utenti 0-6 anni * 100	-	100,00	-	-	85,00 %
DSM - SALUTE MENTALE ADULTI					
UO RTI Arcipelago - indice di occupazione	106,33	86,99	-19,34	-18,19	>90,00%
REMS - n. dimissioni	6,00	4,00	-2,00	-33,33	≥ 3,00
REMS - % pazienti valutati con strumenti standardizzati	-	-	-	-	≥ 90,00%

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

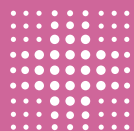
DIP. DI SALUTE MENTALE E DIPEND.PATOLOGICHE

Nota(*): Preconsuntivo 2017 calcolato come proiezione. Aritmetica degli scarichi di Contabilità Analitica 11 mesi 2017

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			2.312.837	2.212.837	- 100.000	2.388.522	175.684	107,94%	2.394.339	5.817	0,24%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	2.206.700	2.106.700	- 100.000	2.301.080	194.380	109,23%	2.301.080	-	
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	22.052	22.052	-	5.046	17.006	22,88%	5.046	-	
41001060	OSSIGENO CON AIC	FARMACIA	45	45	-	22	23	49,22%	22	-	
41001100	EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	-	-	-	16	16	#DIV/0!	16	-	
41001109	SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	-	-	-	54	54	#DIV/0!	54	-	
41001162	VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	FARMACIA	303	303	-	227	76	74,92%	227	-	
41001201	PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	-	-	-	3	3	#DIV/0!	3	-	
41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	13.900	13.900	-	12.866	1.034	92,56%	12.866	-	
41001300	MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	389	389	-	461	72	118,64%	500	39	8,35%
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	13.533	13.533	-	12.506	1.027	92,41%	12.506	-	
41001630	VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	1.997	1.997	-	5.389	3.392	269,84%	5.389	-	
41001640	PRESIDI MEDICO-CHIR.NON DISP MEDICI	FARMACIA	75	75	-	-	75	0,00%	-	-	
41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO	50.698	50.698	-	47.385	3.313	93,46%	53.000	5.615	11,85%
		FARMACIA	1.921	1.921	-	2.232	311	116,19%	2.232	-	
41001920	PRODOTTI SANITARI PER RICERCA	FARMACIA	49	49	-	-	49	0,00%	-	-	
41001950	ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	1.001	1.001	-	1.037	35	103,53%	1.200	163	15,77%
41001970	PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	174	174	-	198	24	113,88%	198	-	
BENI SANITARI - EROG. DIRETTA			705.466	705.466	-	614.105	91.361	87,05%	614.105	-	0,00%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	704.555	704.555	-	613.730	90.825	87,11%	613.730	-	
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	780	780	-	-	780	0,00%	-	-	
41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	44	44	-	63	19	143,84%	63	-	
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	61	61	-	298	237	490,53%	298	-	
41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	FARMACIA	26	26	-	14	12	54,57%	14	-	
BENI NON SANITARI			147.535	147.535	-	131.014	16.521	88,80%	141.000	9.986	7,62%
41002200	MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	27.940	27.940	-	23.818	4.122	85,25%	24.500	682	2,86%
41002450	CARBURANTI E LUBRIFICANTI	ECONOMATO	52.799	52.799	-	49.900	2.899	94,51%	61.000	11.100	22,24%
41002500	CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	35.711	35.711	-	32.435	3.276	90,83%	31.500	935	-2,88%
41002600	SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	31.084	31.084	-	24.861	6.223	79,98%	24.000	861	-3,46%
Totale complessivo			3.165.838	3.065.838	- 100.000	3.133.640	67.802	102,21%	3.149.444	15.804	0,50%

2018 budget

**DIPARTIMENTO
MEDICO**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO MEDICO - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione antinfluenzale per i > 65 anni	Promozione dell'azione vaccinale nei confronti dei cittadini e loro associazioni. Promozione nei confronti dei soggetti vaccinatori (MMG)	% vaccinati di assistiti con età ≥ 65 anni	+10% vs 2017 (entro il 2019)
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e promozione della salute	SI (MA SENZA INDICATORI E TARGET)	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione pneumococcica	Promozione dell'azione vaccinale coinvolgendo MMG, CCM, associazioni del territorio, enti locali	% copertura vaccinale	> = 10% anno 2017 (55% DELLA COORTE)
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	SI	2.1.0 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili ex-ante (MAPS)	>=90%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicare specificità)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	1) numero di casi presi in carico in modo integrato	>60%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicare specificità)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	2) riduzione accessi detenuti nelle strutture esterne al carcere per visite specialistiche (< 2017)	< 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire i volumi distrettuali di attività specialistica ambulatoriale definiti nel Piano di Committenza	Adeguare l'offerta ai fabbisogni espressi nel Piano	100%
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
APPENNINO	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	NO	Migliorare l'accesso all'assistenza delle persone con nefropatie e la presa in carico attraverso un rapporto efficace tra i professionisti	Definire i processi assistenziali più adeguati alla presa in carico multiprofessionale precoce delle persone con possibili nefropatie	Evidenza dei processi assistenziali e degli accordi tra professionisti (emergenza, medicina, nefrologia, MMG, Infermieri)	entro giugno 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Consolidare il percorso di coinvolgimento iniziato	realizzare almeno due azioni di integrazione proposte dai gruppi di lavoro effettuati nel 2017	avvio di due azioni per ambito distrettuale
PIANURA OVEST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Casa della Salute DI Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute di cui una è la CdS navile
APPENNINO	X						Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	entro giugno 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione progettualità degenza medica per intensità di Cura H S.Giovanni Persiceto	Definizione organizzativa e strutturale del progetto	attivazione degenze per intensità di cura	entro 2018

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Consolidamento dei processi di cura e dei servizi innovativi previsti dal Piano di Riordino distrettuale	Avvio operativo dei servizi: a) ambulatorio ortodonzia e maxillo facciale per persone con alta vulnerabilità sanitaria; b) ambulatorio cure palliative precoci; c) Centro ambulatoriale di Riabilitazione;	evidenza dell'avvio dei Servizi indicati (a,b,c,d)	avvio entro giugno 2018
TUTTI	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Attivare il TCI con tutte le procedure e i protocolli operativi del caso	Progetto e evidenza delle procedure e protocolli di valutazione, accesso, erogazione delle cure e dimissione	entro giugno 2018
TUTTI	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Progettare il TCI e d iniziare la sperimentazione in almeno un ambito cittadino	Numero di TCI attivati nel 2018	Almeno 1 TCI entro il 2018
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'accesso alle cure domiciliari socio-sanitarie in fase di dimissione protetta	Aumentare il numero di dimissioni protette con attivazione delle AF al domicilio	% utenti in dimissione serviti con progetto di assistenza AF	aumento del 50% rispetto al 2017
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri per le persone con patologie croniche seguite al domicilio e potenzialmente trattabili in setting ambulatoriali	aumentare la capacità di intercettazione attiva dei pz a più alto rischio di fragilità (>80)	% ricoveri di pz in ADI o ADP	-10% rispetto 2017
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post- acuzie e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acuzie solo Ospedale Maggiore)	≥ 20%
GOVERNO CLINICO	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA BPCO	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA POLMONE	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE TESTACOLLO	Costruzione del PDTA	Documento disponibile	entro 2018
GOVERNO CLINICO			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA DIABETE		% pazienti che hanno fatto esami HBA1C, creatinina e assetto lipidico	>2017
GOVERNO CLINICO			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Cronicità (Scompenso, post IMA, diabete, ferite difficili)	Aumentare la presa in carico	n. Pazienti presi in carico dagli ambulatori cronicità	>2017
			X	X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Potenziamento della rete ambulatoriale per la valutazione dei disturbi cognitivi e Regionali	Attivazione del programma cure intermedie e trasferimento di risorse geriatriche sul territorio	Riduzione liste di attesa dei pz con disturbi cognitivi	Almeno 50%
CURE PALLIATIVE		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Nodo H: partecipazione ai Meeting Multidisciplinari di patologia oncologica, patologia nefrologica implementazione consulenze AOUBO attivazione consulenze Casa di Cura S.Viola (PDTA Gracier) Centro di Coordinamento della Rete di CP: apertura sulle 12 ore dal lunedì al venerdì e nella giornata di sabato apertura nella mattina; reperibilità telefonica la domenica e festivi Nodo Amb.: attivazione presa in carico malato non oncologico (BPCO- Fibrosi polmonare) Nodo domiciliare: implementazione consulenze specialistiche Attivazione consulenze in CRA e RP	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di S.Lazzaro	Nodo H: attivazione consulenze presidio Loiano Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio Loiano Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Reno Lavino Samoggia	Nodo H: attivazione consulenze presidio Bazzano Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio Bazzano Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Pianura Ovest	Nodo H: attivazione consulenze presidio S.Giovanni Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio S.Giovanni e Cds Terre d'Acqua Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
CURE PALLIATIVE			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Pianura Est	Nodo H: implementazione consulenze presidio Bentivoglio e attivazione consulenze presidio Budrio Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche CdS S.Pietro in Casale Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Formazione H: End of Life Bioetica e testamento biologico	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
PRESIDIO OSPEDALIERO			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Revisione organizzazione della degenza per intensità di cura dell'area medica/geriatrica	Ridefinire gli aspetti logistico-organizzativi della degenza delle UO di Medicina e Geriatria di Bentivoglio	Produzione ed applicazione del documento di revisione	Entro ottobre 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Ridefinire assetto chirurgia ortopedica	Avvio operativo del riassetto della chirurgia ortopedica	trasferimento della chirurgia ortopedica da Vergato a Porretta	avvio entro giugno 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione spazi e attività nell'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto per efficientare percorsi ed attese	Suddivisione spazi per aree omogenee	Conclusioni piano riorganizzativo	entro marzo 2018
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le Cure Intermedie	Definire un progetto organizzativo che metta in rete l'attività domiciliare e i letti tecnici	Stesura del Progetto	giu-18
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Riconvertire 10 PL C.I.	Numero di PL C.I. attivati	10 pl operativi entro giugno 2018
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare almeno 2 esperienze di letti di CI: 1 in ospedale ed uno in CRA; Prima sperimentazione concreta in ospedale	Elaborazione di due progetti	Progetti entro ottobre 2018; attivazione sperimentazione (12 L) entro giugno 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare la realizzazione di Letti di Cure Intermedie nei due ambiti Distrettuali	evidenza progetto	entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Analisi distrettuale delle strutture identificabili come letti di cure intermedie invertirei l'indicatore con l'azione	Attivazione di 10/15 posti letto presso una CRA del Distretto	entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di percorsi integrati e definiti con i reparti ospedalieri	Definire prevalentemente con le UO di medicina interna ospedaliere i percorsi consenziali per i pazienti assistiti a domicilio nella rete territoriale integrata	Evidenza dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio, territorio e territorio	Almeno 3 percorsi di continuità (fast) formalizzati
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Attuare Progetto riordino Ospedale Loiano	Riconversione 10 letti tecnici	Entro 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppo Cure intermedie	Riconversione di letti tecnici prevedendo nel percorso organizzativo anche una proposta di afferenza territoriale per facilitare le ammissioni dal domicilio dei pazienti cronici/fragili	presenza percorso validato avvio operativo	entro Ottobre 2018 entro 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Sviluppo della comunità professionale nelle C.d.S per la promozione della presa in carico della cronicità	Attivazione di un percorso di presa in carico multiprofessionale del paziente diabetico afferente agli ambulatori infermieristici della cronicità	Presenza e attivazione percorso	Realizzazione entro 2018
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Partecipazione agli incontri clinici organizzati dal Programma Interaziendale "Epidemiologia e Controllo del Rischio Infettivo correlato alle organizzazioni"	% del numero dei Medici intervenuti per DIP	≥50% dei Medici assegnati al Dipartimento
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Riduzione della prescrizione di antibiotici	% delle prescrizioni di antibiotici	mantenimento del risultato 2017 ottenuto per Dip. Emergenza -10% della media DDD 2017 di Dipartimento per tutti gli altri
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
IGIENE							La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UA Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Vedi allegato Igiene	Vedi allegato Igiene
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management
SPP							La gestione del rischio		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile Approfondimento sugli altri Diparti	Entro Luglio 2018 Entro 2018
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno

2018 - ALLEGATO OBIETTIVI IGIENE

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
Farmacia e Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥60 lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive ≥20 lt./1000 gg di degenza per tutti gli altri reparti

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	NO	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN OSPEDALE	valutazione dell'utilizzo della contenzione meccanica in ospedale	audit	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Diffusione linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione cadute del paziente in ospedale mediante formazione FAD regionale	% professionisti sanitari che hanno superato il FAD/totale professionisti sanitari UO	Per UUOO sperimentatrici (Medicine B OM, Vergato Porretta, Pianura, Riabilitativa SGP) 100% entro 2018 Per tutte le altre UUOO > 70% entro 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Adesione procedura "prevenzione e gestione della caduta in ospedale"	almeno 1 audit su evento caduta con danno	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SICUREZZA DELLE CURE E PREVENZIONE DEL SINISTRO	Migliorare il processo di gestione del consenso all'atto sanitario e DAT	% professionisti sanitari formati/totale professionisti sanitari	> 50% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti il progetto - Governo Clinico e Dip Farmaceutico	2 ONCOLOGICO 1 MATERNO INFANTILE 3 EMERGENZA 3 MEDICO 2 IRCCS 3 CHIRURGICO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	34 (partecipaz >50%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Gestione condivisa Farmacia + rete infettivologica di farmaci antimicrobici ad elevato impatto ecologico, economico e gestionale	Condivisione prescrizione con rete infettivologica di: - ceftolozano/tazobactam - ceftazidime/avibactam - dalbavancina - fosfomicina ev - colistina ev - ceftobiprol - ceftazidime	100%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presca in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di prestazione specialistica	DSA>= 80% ALTRE UOC>=12% (ONCO) >=5% (MAT INF) >=3% (EMERG) >=30% (MEDICO) >=19% (IRCCS) >=8% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presca in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di dimissione	>=55% (ONCO) >=30% (MAT INF) >=43% (EMERG) >=80% (MEDICO) >=49% (IRCCS) >=48% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% rapporto prescrizioni silodosina/alfa-bloccanti nell'ipertrofia prostatica	<10%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	< 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Consumo pro capite ipolipemizzanti orali (C10AA, C10AX09, C10BA02) - "Progetto Statine"	<= +8% valore RER
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% pazienti in terapia con farmaci inalatori R03 (LABA,LAMA soli o ass) - senza diagnosi accertata bpcp - "Progetto BPCO"	<= 16 %
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Riduzione delle politerapie e deprescrizione in sicurezza	% pazienti alla dimissione con ≥ 7 farmaci (UU.OO. Medicine e Geriatrie)	Dimissioni over 70 anni ≥ 7 farmaci: <45%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	% di consumo del biosimilare (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	Incremento della % di consumo del biosimilare rispetto al 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Riduzione prescrizioni Colecalciferolo	Consumo pro capite colecalciferolo (A11CC05)	Inferiore al valore 2017 (9MESI2017: 104,12DDD17 10.000ab.pes/die)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Prescrizioni Colecalciferolo monodose vs multidose	% rapporto prescrizioni colecalciferolo multidose/(monodose+multidose)	≥80%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Sicurezza della terapia insulinica	Redazione IO e implementazione dell'utilizzo routinario delle penne di insulina in reparto nelle UUOO del Dip.Medico dell'Ospedale Maggiore	IO implementata presso le UUOO: Medicina A - OM Medicina B Semi-Int Medicina C Medicina D Endocrinologia Cardiologia Geriatria	100%

DIPARTIMENTO MEDICO

01 UOC CARDIOLOGIA BENTIVOGLIO

CARDIOLOGIA BENTIVOGLIO

Reg. ORD

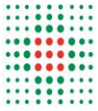
		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	10,51	10,48	-0,03	-0,29%	
U03	N° Ricoveri	783	1015	232	29,63%	
U08	Tasso di Occupazione	80,08	82,83	2,75	3,43%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,93	3,12	-0,81	-20,61%	3,10
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	5,61	6,3	0,69	12,30%	
U75	Infarto miocardico acuto (DM 70/2015; Std 100)	196	210	14	7,14%	

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	72	83	11	15,28%	
U49	N° Medio Accessi	2,39	2,81	0,42	17,57%	
U49a	Presenza media giornaliera	1,14	1,54	0,4	35,09%	
U59	% Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	0	0	0	#DIV/0!	

Cruscotto Chirurgico

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

Angioplastica coronarica (ord): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità

90,91

90



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

UNITA' CORONARICA BENTIVOGLIO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	5,51	5,48	-0,03	-0,54%	
U03	N° Ricoveri	528	647	119	22,54%	
U08	Tasso di Occupazione	80,46	82,16	1,7	2,11%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,07	2,54	-0,53	-17,26%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	0	0	0	#DIV/0!	



02 UOC CARDIOLOGIA OB

CARDIOLOGIA OB

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	13,89	13,85	-0,04	-0,29%	
U03	N° Ricoveri	684	699	15	2,19%	
U08	Tasso di Occupazione	113,74	122,25	8,51	7,48%	
U09	Degenza Media Ricoveri	7,53	8,33	0,8	10,62%	7,20
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	14,81	12,87	-1,94	-13,10%	

Cruscotto Chirurgico

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
Angioplastica coronarica (ord): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		100			90



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

LUNGODEGENZA CARDIOLOGIA OB

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	1,97	1,98	0,01	0,51%
U03	N° Ricoveri	54	33	-21	-38,89%
U08	Tasso di Occupazione	85,54	63,66	-21,88	-25,58%
U09	Degenza Media Ricoveri	10,19	13,12	2,93	28,75%
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	14	12,12	-1,88	-13,43%



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA OB

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46 Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47 N° Ricoveri	196	219	23	11,73%	200
U49 N° Medio Accessi	18,87	18,83	-0,04	-0,21%	
U49a Presenza media giornaliera	14,22	15,86	1,64	11,53%	



03 UOC CARDIOLOGIA OM

CARDIOLOGIA OM

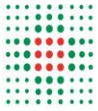
Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	19,56	19,52	-0,04	-0,20%	
U03	N° Ricoveri	1960	1908	-52	-2,65%	
U08	Tasso di Occupazione	80,15	79,53	-0,62	-0,77%	
U09	Degenza Media Ricoveri	2,93	2,97	0,04	1,37%	3,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	9,6	11,74	2,14	22,29%	
U75	Infarto miocardico acuto (DM 70/2015; Std 100)	577	545	-32	-5,55%	
U76	Angioplastica coronarica percutanea (DM 70/2015; Std 250)	862	1014	152	17,63%	
U77	N° Angioplastiche coronariche percutanee primarie in IMA-STEMI (DM 70/2015; Std 75)	312	329	17	5,45%	
U78	% Angioplastiche coronariche percutanee primarie in IMA-STEMI (DM 70/2015; Std 30%)	36,19	32,45	-3,74	-10,33%	
U79	Proporzione di PTCA entro 0/1 g. dall'ammissione dell'episodio di STEMI (DM 70/2015; Std 60%)	85,42	90,45	5,03	5,89%	

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	228	208	-20	-8,77%	200,00
U49	N° Medio Accessi	2,59	2,54	-0,05	-1,93%	
U49a	Presenza media giornaliera	2,27	2,03	-0,24	-10,57%	

Cruscotto Chirurgico



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
Angioplastica coronarica (ord): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		97,08			90
Coronarografia (dh): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		100			90



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

UNITA' CORONARICA OM

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01 Posti Letto Medi	8	8	0	0,00%	
U03 N° Ricoveri	896	836	-60	-6,70%	
U08 Tasso di Occupazione	76,98	75,72	-1,26	-1,64%	
U09 Degenza Media Ricoveri	2,52	2,64	0,12	4,76%	2,50
U38m % Dimessi Residenti Fuori Provincia	18,03	12,12	-5,91	-32,78%	



04 UOC PNEUMOLOGIA

LUNGODEGENZA PNEUMOLOGIA OB

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	1	1,33	0,33	33,00%
U03	N° Ricoveri	17	15	-2	-11,76%
U08	Tasso di Occupazione	37,76	37,47	-0,29	-0,77%
U09	Degenza Media Ricoveri	6,35	9,47	3,12	49,13%
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	15,38	0	-15,38	-100,00%



Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	12	12	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	432	380	-52	-12,04%	500
U08	Tasso di Occupazione	88,32	96,39	8,07	9,14%	
U09	Degenza Media Ricoveri	8,98	11,11	2,13	23,72%	9,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	8,82	8,08	-0,74	-8,39%	

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	104	120	16	15,38%	120,00
U49	N° Medio Accessi	5,16	5,23	0,07	1,36%	
U49a	Presenza media giornaliera	2,07	2,42	0,35	16,91%	



05 UOC GERIATRIA BENTIVOGLIO

GERIATRIA BENTIVOGLIO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	22	22	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	979	942	-37	-3,78%	
N10	di cui n° Trasferiti da OM e OB	25	36	11	44,00%	40
U08	Tasso di Occupazione	99,69	98,79	-0,9	-0,90%	
U09	Degenza Media Ricoveri	8,2	8,42	0,22	2,68%	
	DM BEN-DE Area Blu Geriatria - Padiglione G - 2° piano (cod. 70210210)	7,66	8,03	0,37	4,83%	7,00
	DM BEN-DE Area Rossa Geriatria - Padiglione G - piano Terra (cod.70210211)	8,33	8,05	-0,28	-3,36%	8,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	3,68	4,04	0,36	9,78%	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

LUNGODEGENZA BUDRIO

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	18	18	0	0,00%	
U03	430	389	-41	-9,53%	420
U08	99,1	98,9	-0,2	-0,20%	
U09	15,18	16,7	1,52	10,01%	16,00
U38m	2,38	1,37	-1,01	-42,44%	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

06 UOC GERIATRIA OM

GERIATRIA OM

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01 Posti Letto Medi	24	22,5	-1,5	-6,25%	
U03 N° Ricoveri	1030	998	-32	-3,11%	
U08 Tasso di Occupazione	92,83	96,66	3,83	4,13%	
U09 Degenza Media Ricoveri	7,92	7,95	0,03	0,38%	7,90
U38m % Dimessi Residenti Fuori Provincia	2,52	2,45	-0,07	-2,78%	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

07 UOC MEDICINA RIABILITATIVA NORD

MEDICINA RIABILITATIVA ESTENSIVA SAN GIOVANNI

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01 Posti Letto Medi	4,64	4,54	-0,1	-2,16%	
U03 N° Ricoveri	91	147	56	61,54%	
U08 Tasso di Occupazione	112,72	171,15	58,43	51,84%	
U09 Degenza Media Ricoveri	21,03	19,29	-1,74	-8,27%	18,00



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA SAN GIOVANNI

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	11,03	11,04	0,01	0,09%
U03	N° Ricoveri	149	171	22	14,77%
U08	Tasso di Occupazione	85,46	84,84	-0,62	-0,73%
U09	Degenza Media Ricoveri	23,16	19,99	-3,17	-13,69%
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	1,52	8,23	6,71	441,45%



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

08 UOSD MEDICINA B E SEMIINTENSIVA

TERAPIA SEMIINTENSIVA OM

(escluso ricovero nosografico SDO 16239273 che per motivi organizzativi è stato ivi ricoverato per 165 gg dal 17/3/17 al 29/8/17)

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	7,34	8,3	0,96	13,08%	
U03	447	444	-3	-0,67%	450
U08	92,23	83,97	-8,26	-8,96%	
U09	5,55	5,73	0,18	3,24%	5,50
U38m	12,2	12,63	0,43	3,52%	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

MEDICINA B OM - 11° piano (ex Medicina F)

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	12	12	0	0,00%
U03	N° Ricoveri	437	485	48	10,98%
U08	Tasso di Occupazione	84,61	86,99	2,38	2,81%
U09	<i>DM MAG-DE Medicina B - Ala Lunga 11° piano (cod. 10261612)</i>		6,15		7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	0,29	0,53	0,24	82,76%
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	4,62	5,29	0,67	14,50%



09 UOC MEDICINA A

MEDICINA A OM - 6° piano (ex MEDICINA INTERNA A OM)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	36	36	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	1557	1877	320	20,55%	
U08	Tasso di Occupazione	94,75	106,04	11,29	11,92%	
U09	Degenza Media Ricoveri	8,02	7,42	-0,6	-7,48%	7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	0,93	1,26	0,33	35,48%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	6,33	6,4	0,07	1,11%	
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	0



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

MEDICINA A OM - 9° piano (ex MEDICINA INTERNA OB)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	28,02	34,6	6,58	23,48%	
U03	N° Ricoveri	1219	632	-587	-48,15%	
U08	Tasso di Occupazione	101,4	83,79	-17,61	-17,37%	
U09	Degenza Media Ricoveri	8,53	8,49	-0,04	-0,47%	7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	1,36	1,36	0	0,00%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	6,35	7,23	0,88	13,86%	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

MEDICINA A OM - 12° piano (ex MEDICINA INTERNA B OM)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	36	32,88	-3,12	-8,67%	
U03	N° Ricoveri	1644	1578	-66	-4,01%	
U08	Tasso di Occupazione	91,82	97,97	6,15	6,70%	
U09	Degenza Media Ricoveri	7,36	7,45	0,09	1,22%	7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	0,94	1,51	0,57	60,64%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	6,1	5,91	-0,19	-3,11%	



Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi		2			
U03	N° Ricoveri		12			
U08	Tasso di Occupazione		65,43			
U09	Degenza Media Ricoveri		10,25			
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC		0			
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia		0			
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio		0			



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

LUNGODEGENZA MEDICINA INTERNA OB

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	3	3,59	0,59	19,67%	
U03	N° Ricoveri	22	87	65	295,45%	
U08	Tasso di Occupazione	38,69	129,6	90,91	234,97%	
U09	Degenza Media Ricoveri	15,09	15,24	0,15	0,99%	16,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	5,26	12,05	6,79	129,09%	



10 UOSD MEDICINA C INDIRIZZO METABOLICO

MEDICINA INTERNA C OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	36	33,27	-2,73	-7,58%	
U03	N° Ricoveri	1434	1309	-125	-8,72%	
U08	Tasso di Occupazione	98,45	98,91	0,46	0,47%	
U09	Degenza Media Ricoveri	9,05	9,18	0,13	1,44%	7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	0,95	1,38	0,43	45,26%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	5,68	6,56	0,88	15,49%	
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	0



11 UOC MEDICINA BENTIVOGLIO

MEDICINA DELLA PIANURA sede BENTIVOGLIO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	34	34	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	1.554	1.517	-37	-2,38%	
N10	di cui n° Trasferiti da OM e OB	36	44	8	22,22%	60
U08	Tasso di Occupazione	94,06	92,31	-1,75	-1,86%	
U09	Degenza Media Ricoveri	7,53	7,55	0,02	0,27%	7,50
	DM BEN-DE Area Blu Medicina - Padiglione G - 2° piano (cod.70261110)	7,40	7,38	-0,02	-0,27%	
	DM BEN-DE Area Rossa Medicina - Padiglione G - piano Terra (cod.70261111)	7,35	7,28	-0,07	-0,95%	
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	3,29	2,25	-1,04	-31,61%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	5,04	4,07	-0,97	-19,25%	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

12 UOC MEDICINA SAN GIOVANNI IN PERSICETO

MEDICINA DELLA PIANURA sede SAN GIOVANNI IN P.

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	45,85	45,05	-0,8	-1,74%	
U03	1723	1783	60	3,48%	
N10	70	92	22	31,43%	95
U08	93,44	89,06	-4,38	-4,69%	
U09	9,1	8,21	-0,89	-9,78%	7,50
U37a	3,18	3,54	0,36	11,32%	0,80
U38m	4,9	4,27	-0,63	-12,86%	



13 UOC MEDICINA BUDRIO

MEDICINA INTERNA BUDRIO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	32	32	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	1230	1235	5	0,41%	
N10	di cui n° Trasferiti da OM e OB	33	38	5	15,15%	40
U08	Tasso di Occupazione	92,39	89,49	-2,9	-3,14%	
U09	Degenza Media Ricoveri	8,8	8,46	-0,34	-3,86%	7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	2,23	3,26	1,03	46,19%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	4,45	2,82	-1,63	-36,63%	
IND0109	% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage (SIVER)	87,24	87,71	0,47	0,54%	90,00



14 UOC MEDICINA BAZZANO

LUNGODEGENZA BAZZANO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	8	8	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	214	253	39	18,22%	
U08	Tasso di Occupazione	136,48	108,63	-27,85	-20,41%	
U09	Degenza Media Ricoveri	18,67	12,54	-6,13	-32,83%	16,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	3,5	7,5	4	114,29%	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

MEDICINA INTERNA BAZZANO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	39,88	39,85	-0,03	-0,08%	
U03	N° Ricoveri	1508	1647	139	9,22%	
N10	di cui n° Trasferiti da OM e OB	86	106	20	23,26%	100
U08	Tasso di Occupazione	87,52	89,16	1,64	1,87%	
U09	Degenza Media Ricoveri	8,47	7,87	-0,6	-7,08%	7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	2,39	3,49	1,1	46,03%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	10,35	9,81	-0,54	-5,22%	
IND0109	% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage (SIVER)	95,89	94,61	-1,28	-1,33%	>90



15 UOC MEDICINA LOIANO

LUNGODEGENZA LOIANO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	20,42	20	-0,42	-2,06%	
U03	N° Ricoveri	307	270	-37	-12,05%	
U08	Tasso di Occupazione	65,23	66,81	1,58	2,42%	
U09	Degenza Media Ricoveri	15,88	18,06	2,18	13,73%	16,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	10,25	14,83	4,58	44,68%	



Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	12,42	12	-0,42	-3,38%	
U03	N° Ricoveri	581	605	24	4,13%	
N10	di cui n° Trasferiti da OM e OB	20	20	0	0,00%	25
U08	Tasso di Occupazione	88,16	95,75	7,59	8,61%	
U09	Degenza Media Ricoveri	6,9	6,93	0,03	0,43%	6,70
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	1,37	4,77	3,4	248,18%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	7,42	4,6	-2,82	-38,01%	



16 UOC MEDICINA PORRETTA - VERGATO

LUNGODEGENZA PORRETTA

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	9	9	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	179	180	1	0,56%	
U08	Tasso di Occupazione	111,87	105,81	-6,06	-5,42%	
U09	Degenza Media Ricoveri	20,59	19,31	-1,28	-6,22%	16,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	8,39	11,18	2,79	33,25%	



Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	35	35	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	1718	1690	-28	-1,63%	
N10	di cui n° Trasferiti da OM e OB	145	131	-14	-9,66%	140
U08	Tasso di Occupazione	93,36	98,68	5,32	5,70%	
U09	Degenza Media Ricoveri	6,96	7,46	0,5	7,18%	7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	3,01	3,08	0,07	2,33%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	13,1	11,35	-1,75	-13,36%	

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	32	35	3	9,38%	0,00
U49	N° Medio Accessi	16,03	15,46	-0,57	-3,56%	
U49a	Presenza media giornaliera	1,97	2,08	0,11	5,58%	



17 UOC MEDICINA PORRETTA - VERGATO

LUNGODEGENZA VERGATO

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	5,44	6	0,56	10,29%	
U03	N° Ricoveri	139	116	-23	-16,55%	
U08	Tasso di Occupazione	114,76	66,26	-48,5	-42,26%	
U09	Degenza Media Ricoveri	16,45	12,51	-3,94	-23,95%	16,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	8,66	6,09	-2,57	-29,68%	



Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	15,89	15,23	-0,66	-4,15%	
U03	N° Ricoveri	697	624	-73	-10,47%	
N10	di cui n° Trasferiti da OM e OB	57	51	-6	-10,53%	50
U08	Tasso di Occupazione	78,83	87,34	8,51	10,80%	
U09	Degenza Media Ricoveri	6,58	7,78	1,2	18,24%	7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	2,57	1,41	-1,16	-45,14%	0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	6,06	3,88	-2,18	-35,97%	

**18 UO MEDICA OM****LUNGODEGENZA OM****Reg. ORD**

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	20	20	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	409	398	-11	-2,69%	
U08	Tasso di Occupazione	98,88	98,38	-0,5	-0,51%	
U09	Degenza Media Ricoveri	17,7	18,05	0,35	1,98%	16,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	11,66	11,5	-0,16	-1,37%	
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	0



19 UOSD ENDOCRINOLOGIA

MAL.END.RICAMBIO-NUTR. OM

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	4	4	0	0,00%	
U03	211	179	-32	-15,17%	
U08	79,03	100,55	21,52	27,23%	
U09	5,48	8,2	2,72	49,64%	6,00
U38m	14,06	9,87	-4,19	-29,80%	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

20 UOC MEDICINA D

MEDICINA INTERNA D OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi		24			
U03	N° Ricoveri		338			
U08	Tasso di Occupazione		91,48			
U09	Degenza Media Ricoveri		5,91			7,50
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC		0,68			0,80
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia		7,88			
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio		0			0

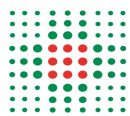


Staff aziendale - UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

DIPARTIMENTO MEDICO
ATTIVITA' DEL PUNTO DI PRIMO INTERVENTO - OSPEDALE LOIANO
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17-ANNO 16	Diff.% ANNO 17-ANNO 16	obiettivo
					2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	1,94	1,24	-0,70	-36,08	1,50
Durata Media dell'OBI	16,07	16,08	0,01		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe <u>prima della visita</u> PS) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	11,60	11,95	0,35	3,02	8,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	99,93	100,00	0,07	0,07	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	99,88	99,92	0,04	0,04	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	97,67	95,04	-2,63	-2,69	98,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	96,93	95,87	-1,06	-1,09	98,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	99,89	99,78	-0,11	-0,11	100,00
N. ricoveri urgenti per complicanze del diabete >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 37; Ts. RER 36)	3	3	0	0,00	
N. ricoveri urgenti per scompenso >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 398; Ts. RER 408)	52	46	-6	-11,54	
N. ricoveri urgenti per BPCO >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 140; Ts. RER 115)	24	34	10	41,67	

Fonte dati: Flusso PS RER



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

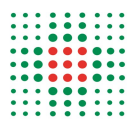
Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff aziendale - UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

DIPARTIMENTO MEDICO
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO GENERALE - OSPEDALE VERGATO
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17-ANNO 16	Diff.% ANNO 17- ANNO 16	obiettivo
					2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	3,63	3,13	-0,50	-13,77	3,00
Durata Media dell'OBI	20,28	20,38	0,10		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe <u>prima della visita</u> PS) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	11,82	11,81	-0,01	-0,08	8,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	97,45	97,52	0,07	0,07	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	97,72	98,54	0,82	0,84	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	78,20	79,14	0,94	1,20	85,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	95,80	93,89	-1,91	-1,99	95,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	97,63	97,41	-0,22	-0,23	98,00
N. ricoveri urgenti per complicanze del diabete >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 37; Ts. RER 36)	7	5	-2	-28,57	
N. ricoveri urgenti per scompenso >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 398; Ts. RER 408)	54	39	-15	-27,78	
N. ricoveri urgenti per BPCO >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 140; Ts. RER 115)	23	15	-8	-34,78	

Fonte dati: Flusso PS RER



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff aziendale - UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

DIPARTIMENTO MEDICO
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO GENERALE - OSPEDALE PORRETTA
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta	Diff.%	obiettivo 2018
			ANNO 17-ANNO 16	ANNO 17-ANNO 16	
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	2,78	1,81	-0,97	-34,89	2,00
Durata Media dell'OBI	16,08	16,39	0,31		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe <u>prima della visita PS</u>) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	16,09	15,20	-0,89	-5,53	12,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	99,20	99,48	0,28	0,28	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	98,81	99,37	0,56	0,57	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	82,20	82,49	0,29	0,35	85,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	96,95	95,56	-1,39	-1,43	98,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	98,50	98,88	0,38	0,39	98,00
N. ricoveri urgenti per complicanze del diabete >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 37; Ts. RER 36)	10	12	2	20,00	
N. ricoveri urgenti per scompenso >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 398; Ts. RER 408)	88	90	2	2,27	
N. ricoveri urgenti per BPCO >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 140; Ts. RER 115)	63	59	-4	-6,35	

Fonte dati: Flusso PS RER

DIP. MEDICO

UOSD NUTRIZIONE CLINICA

OBIETTIVI 2018

Nomenclatore Tariffario Nazionale

SSN (ambulanti+degenti)

Codice Prestazione DM	Descrizione Prestazione DM	Anno 2016	Anno 2017	diff. ass. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up)	14.789	15.306	517	3,5 %	15.500
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	3.007	3.319	312	10,4 %	3.320
	n.utenti	6.753	7.052	299	4,4 %	

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO**OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018****U.O.C. MEDICINA A****Regime SSN****Prime Visite critiche per esterni**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per dermatologia	6.512	5178	-1.334	-20,5 %		3.563	
prime visite per endocrinologia	1.499	1943	444	29,6 %		1.941	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per dermatologia	1.842	2409	567	30,8 %			
controlli per endocrinologia	766	114	-652	-85,1 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	2.058	1791	-267	-13,0 %	1.200	1.484	
Ecografia Addome	4.882	4414	-468	-9,6 %	4.800	1.955	
Ecografia Capo Collo	1.695	1591	-104	-6,1 %	1.000	1.511	
Test epicutanei a lettura ritardata [PATCH TEST]	948	700	-248	-26,2 %		475	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	427	333	-94				

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

U.O.S.D. ENDOCRINOLOGIA
Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per endocrinologia	11.371	12.408	1.037	9,1 %	10.000	10.521	8.300,

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per endocrinologia	11.915	11.862	-53	-0,4 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler + Ecografia Capo Collo	2.315	2.350	35	1,5 %	2.400	31	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	116	178	62				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. MEDICINA RIABILITATIVA NORD

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per fisiatria	2.869	2.873	4	0,1 %	2.800	1.582	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per fisiatria	1.518	1.506	-12	-0,8 %		1.506	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	34	19	-15				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. CARDIOLOGIA OB

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

prime visite per cardiologia

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.144	2.607	463	21,6 %	2.400	1.613	

Visite di controllo critiche per esterni

controlli per cardiologia (compresi controlli TAO)
--

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
23.904	24.173	269	1,1 %			

Prestazioni critiche strumentali

Ecocolordoppler Cardiaca
Elettrocardiogramma
Elettrocardiogramma da sforzo
Elettrocardiogramma holter

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
1.826	2.299	473	25,9 %	2.000	1.295	
4.515	5.825	1.310	29,0 %		3.694	
24	15	-9	-37,5 %	250		
283	362	79	27,9 %	360	63	

Prestazioni Scartate

Prestazioni scartate

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
24	34	10				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. GERIATRIA BENTIVOGLIO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

*Regime SSN***Prestazioni critiche strumentali**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Elettrocardiogramma	339	329	-10	-2,9 %			
Ecografia Addome	702	690	-12	-1,7 %	650	686	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	13	6	-7				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. PNEUMOLOGIA

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per pneumologia	8.871	7.192	-1.679	-18,9 %	10.000	5.840	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per pneumologia	2.052	1.977	-75	-3,7 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Test di broncodilazione farmacologica	967	597	-370	-38,3 %	1.000	465	
Diffusione alveolo capillare del CO	924	644	-280	-30,3 %	1.000	489	
Spirometria semplice	961	993	32	3,3 %	900	861	
Spirometria globale	6.485	5.456	-1.029	-15,9 %	6.900	4.105	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	60	35	-25				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. CARDIOLOGIA OM

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

prime visite per cardiologia

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.018	3.133	1.115	55,3 %	2.500	913	

Visite di controllo critiche per esterni

controlli per cardiologia (compresi controlli TAO)
--

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
48.729	42.035	-6.694	-13,7 %			

Prestazioni critiche strumentali

Ecocolordoppler Cardiaca
Elettrocardiogramma
Elettrocardiogramma da sforzo
Elettrocardiogramma holter

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.782	2.457	-325	-11,7 %	2.100	187	
9.559	9.155	-404	-4,2 %		3.988	
1.833	1.715	-118	-6,4 %	1.500	740	
1.243	1.287	44	3,5 %	1.200	688	

Prestazioni Scartate

Prestazioni scartate

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
91	48	-43				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. CARDIOLOGIA BENTIVOGLIO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per cardiologia	3.882	4.248	366	9,4 %	4.000	1.387	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per cardiologia (compresi controlli TAO)	28.746	28.893	147	0,5 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler Cardiaca	2.537	2.792	255	10,1 %	2.500	729	
Elettrocardiogramma	8.695	8.939	244	2,8 %		6.231	
Elettrocardiogramma da sforzo	1.162	1.178	16	1,4 %	1.100	595	
Elettrocardiogramma holter	1.120	1.103	-17	-1,5 %	1.100	690	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	220	87	-133				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. MEDICINA LOIANO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per cardiologia	380	399	19	5,0 %	400	345	
prime visite per endocrinologia	185	225	40	21,6 %	200	216	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per endocrinologia	326	336	10	3,1 %			
controlli per cardiologia (compresi controlli TAO)	10.031	10.132	101	1,0 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	160	153	-7	-4,4 %	150	151	
Ecocolordoppler Cardiaca	275	293	18	6,5 %	300	226	
Elettrocardiogramma	755	675	-80	-10,6 %		618	
Elettrocardiogramma da sforzo	165	123	-42	-25,5 %	150	103	
Elettrocardiogramma holter	241	104	-137	-56,8 %	200	82	
Ecografia Capo Collo	160	160	0	0,0 %	150	153	
Ecografia Addome	452	452	0	0,0 %	450	427	

Prestazioni Scartate

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO**U.O.C. MEDICINA LOIANO****Regime SSN****Prestazioni Scartate**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	25	19	-6				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. MEDICINA BAZZANO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per cardiologia	1.581	1.628	47	3,0 %	1.600	1.473	
prime visite per endocrinologia	598	535	-63	-10,5 %	550	273	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per endocrinologia	643	364	-279	-43,4 %			
controlli per cardiologia (compresi controlli TAO)	10.311	9.376	-935	-9,1 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	1		-1	-100,0 %			
Ecocolordoppler Cardiaca	1.177	1.142	-35	-3,0 %	1.100	920	
Elettrocardiogramma	3.326	3.161	-165	-5,0 %		2.772	
Elettrocardiogramma da sforzo	576	570	-6	-1,0 %	600	463	
Elettrocardiogramma holter	388	409	21	5,4 %	400	277	
Ecografia Capo Collo	7	4	-3	-42,9 %			
Ecografia Addome	920	815	-105	-11,4 %	800	774	
Diffusione alveolo capillare del CO		2	2				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO**U.O.C. MEDICINA BAZZANO****Regime SSN****Prestazioni critiche strumentali**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Spirometria semplice		1	1				
Spirometria globale		1	1				

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	363	221	-142				

U.O.C. MEDICINA S.GIOVANNI IN PERSICETO
Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per cardiologia	837	969	132	15,8 %	1.000	708	
prime visite per endocrinologia	486	570	84	17,3 %	500	443	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per endocrinologia	643	604	-39	-6,1 %			
controlli per cardiologia (compresi contrelli TAO)	23.363	24.412	1.049	4,5 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	136	178	42	30,9 %	200	172	
Ecocolordoppler Cardiaca	658	608	-50	-7,6 %	600	319	
Elettrocardiogramma da sforzo	290	318	28	9,7 %	300	213	
Elettrocardiogramma holter	330	336	6	1,8 %	400	194	

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2017	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2017 prest. a CUP
Prestazioni scartate		27					

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. MEDICINA BUDRIO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per cardiologia	982	837	-145	-14,8 %	1.000	648	
prime visite per endocrinologia	410	355	-55	-13,4 %	400	266	
prime visite per pneumologia	514	480	-34	-6,6 %	600	141	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per endocrinologia	767	688	-79	-10,3 %			
controlli per pneumologia	517	600	83	16,1 %			
controlli per cardiologia (compresi controlli TAO)	6.278	6.574	296	4,7 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	362	373	11	3,0 %	350	265	
Ecocolordoppler Cardiaca	169	215	46	27,2 %	150	6	
Elettrocardiogramma	1.697	1.317	-380	-22,4 %		1.130	
Elettrocardiogramma da sforzo	33	20	-13	-39,4 %			
Elettrocardiogramma holter	204	215	11	5,4 %	250	147	
Ecografia Addome	326	176	-150	-46,0 %	550	176	

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO**U.O.C. MEDICINA BUDRIO****Regime SSN****Prestazioni critiche strumentali**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Test di broncodilazione farmacologica	52	36	-16	-30,8 %		4	
Spirometria semplice	13	8	-5	-38,5 %		8	
Spirometria globale	709	614	-95	-13,4 %	700	64	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	26	16	-10				

U.O.C. MEDICINA BENTIVOGLIO
Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per endocrinologia	180	116	-64	-35,6 %	400	669	
prime visite per gastroenterologia	1.058	1.682	624	59,0 %	1.100	86	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per endocrinologia	1.351	1.289	-62	-4,6 %			
controlli per gastroenterologia	1.139	478	-661	-58,0 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	331	373	42	12,7 %	400	267	
Ecografia Addome	2.395	2.459	64	2,7 %	2.400	1.191	
Ecografia Capo Collo	642	622	-20	-3,1 %	650	583	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	176	107					

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.S.D. ENDOCRINOLOGIA NORD

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per endocrinologia	1.142	1.280	138	12,1 %	1.200	1.107	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per endocrinologia	1.483	1.665	182	12,3 %		5	

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler		1	1				
Ecografia Capo Collo	278	341	63	22,7 %	500	1	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	69	77	8				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. MEDICINA RIABILITATIVA SUD

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per fisiatria	2.069	2.355	286	13,8 %	1.900	1.416	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per fisiatria	95	68	-27	-28,4 %		68	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	38	23	-15				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO

U.O.C. MEDICINA INTERNA PORRETTA - VERGATO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per cardiologia	3.080	3.179	99	3,2 %	3.000	2.738	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per cardiologia (compresi controlli TAO)	21.293	20.424	-869	-4,1 %		4	

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	205	229	24	11,7 %	200	125	
Ecocolordoppler Cardiaca	684	662	-22	-3,2 %	700	235	
Elettrocardiogramma	5.457	5.324	-133	-2,4 %		2.709	
Elettrocardiogramma da sforzo	407	399	-8	-2,0 %	400	158	
Elettrocardiogramma holter	438	453	15	3,4 %	400	252	
Test di broncodilazione farmacologica	60	72	12	20,0 %		67	
Diffusione alveolo capillare del CO	10	11	1	10,0 %		8	
Spirometria semplice	109	82	-27	-24,8 %	100	79	
Spirometria globale	147	117	-30	-20,4 %	150	99	

Prestazioni Scartate

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MEDICO**U.O.C. MEDICINA INTERNA PORRETTA - VERGATO****Regime SSN****Prestazioni Scartate**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	51	31	-20				

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

DIP. MEDICO

Nota(*): valori colonne "Precons-2017" e "Budget 2018" compilati dai Gestori di Riferimento ad esclusione Precons_17 Conto Service

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			8.530.702	8.685.702	155.000	8.455.633	- 230.069	97,35%	8.756.074	300.441	3,55%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	2.690.123	2.690.123	-	2.539.881	- 150.242	94,42%	2.539.881	-	
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	37.715	37.715	-	39.442	1.727	104,58%	39.442	-	
41001020	MEZZI DI CONTRASTO DOTATI DI AIC	FARMACIA	118.928	118.928	-	107.028	- 11.900	89,99%	107.028	-	
41001051	GAS AD USO DI LABORATORIO	FARMACIA			-	57	57	#DIV/0!	57	-	
41001060	OSSIGENO CON AIC	FARMACIA	51.677	51.677	-	51.100	- 577	98,88%	51.100	-	
41001065	GAS MEDICINALI DOTATI DI AIC	FARMACIA	3.509	3.509	-	3.612	103	102,95%	3.612	-	
41001070	GAS MEDICINALI PRIVI DI AIC	FARMACIA	9.957	9.957	-	8.094	- 1.863	81,29%	8.094	-	
41001100	EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	35.271	35.271	-	12.135	- 23.136	34,40%	12.135	-	
41001109	SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	198.118	198.118	-	176.555	- 21.563	89,12%	176.555	-	
41001162	VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	FARMACIA	1.292	1.292	-	1.549	257	119,88%	1.549	-	
41001201	PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	3.354	3.354	-	2.923	- 431	87,16%	2.923	-	
41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	228.115	228.115	-	220.048	- 8.067	96,46%	220.048	-	
41001203	ALLERGENI	FARMACIA	1.239	1.239	-	1.024	- 215	82,66%	1.024	-	
41001300	MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	32.431	32.431	-	29.907	- 2.524	92,22%	30.000	93	0,31%
41001501	DISPOSITIVI MED.IMPIANT.NON ATTIVI	FARMACIA	582.543	657.543	75.000	607.232	- 50.311	92,35%	677.232	70.000	11,53%
41001502	DISPOSITIVI MEDICI IMPIANT.ATTIVI	FARMACIA	1.295.961	1.325.961	30.000	1.296.393	- 29.568	97,77%	1.346.393	50.000	3,86%
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	2.301.625	2.351.625	50.000	2.402.043	50.418	102,14%	2.582.043	180.000	7,49%
41001630	VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	4.200	4.200	-	4.221	21	100,51%	4.221	-	
41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO	800.926	800.926	-	783.717	- 17.209	97,85%	784.000	283	0,04%
		FARMACIA	34.242	34.242	-	44.905	10.663	131,14%	44.905	-	
41001950	ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	51.054	51.054	-	70.235	19.181	137,57%	70.300	65	0,09%
41001970	PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	48.424	48.424	-	53.532	5.108	110,55%	53.532	-	
BENI SANITARI - EROG. DIRETTA			34.547	34.547	-	33.213	- 1.334	96,14%	33.213	-	-
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	34.512	34.512	-	33.094	- 1.418	95,89%	33.094	-	
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	17	17	-	26	9	154,39%	26	-	
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA			-	54	54	#DIV/0!	54	-	
41001970	PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	19	19	-	39	20	208,56%	39	-	
BENI NON SANITARI			321.907	321.907	-	312.396	- 9.511	97,05%	313.080	684	0,22%
41002200	MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	110.718	110.718	-	109.686	- 1.032	99,07%	110.000	314	0,29%
41002450	CARBURANTI E LUBRIFICANTI	ECONOMATO	80	80	-	80	0	99,39%	80	-	0,00%
41002500	CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	121.955	121.955	-	121.617	- 338	99,72%	122.000	383	0,31%
41002600	SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	89.153	89.153	-	81.013	- 8.140	90,87%	81.000	- 13	-0,02%
Totale complessivo			8.887.156	9.042.156	155.000	8.801.242	- 240.914	97,34%	9.102.367	301.125	3,42%

2018 budget

**DIPARTIMENTO
ONCOLOGICO**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO ONCOLOGICO - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione antinfluenzale per i > 65 anni	Promozione dell'azione vaccinale nei confronti dei cittadini e loro associazioni. Promozione nei confronti dei soggetti vaccinatori (MMG)	% vaccinati di assistiti con età ≥ 65 anni	+10% vs 2017 (entro il 2019)
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione tumori	Coinvolgimento dei professionisti con particolare riferimento ai MMG per il miglioramento dell'adesione ai programmi di screening per tumore cervice uterina, mammella e colon retto	Analisi criticità dei percorsi aziendali e dei punti erogativi	proposte di revisione percorso / offerta
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	SI	2.1.0 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili ex-ante (MAPS)	≥90%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	1) numero di casi presi in carico in modo integrato	>60%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	2) riduzione accessi detenuti nelle strutture esterne al carcere per visite specialistiche (< 2017)	< 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire i volumi distrettuali di attività specialistica ambulatoriale definiti nel Piano di Committenza	Adeguare l'offerta ai fabbisogni espressi nel Piano	100%
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Consolidare il percorso di coinvolgimento iniziato	realizzare almeno due azioni di integrazione proposte dai gruppi di lavoro effettuati nel 2017	avvio di due azioni per ambito distrettuale
PIANURA OVEST				X			Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Casa della Salute DI Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Corretto inserimento in lista d'attesa dei pazienti oncologici in classe A secondo le regole dei singoli team multidisciplinari	Inserire i pazienti oncologici dopo la presentazione e approvazione da parte del TMD	Pazienti inseriti in lista d'attesa dopo approvazione del TMD/totale dei pazienti oncologici inseriti in classe A	100%
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.6.0 Cure palliative	Completamento delle reti e loro coordinamento	N. di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale).	diminuzione >5% rispetto al 2016
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.6.0 Cure palliative	Completamento delle reti e loro coordinamento	N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore.	≥60%
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.6.0 Cure palliative	Completamento delle reti e loro coordinamento	N. di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (sono quindi esclusi i pazienti presi in carico dalla rete cure palliative e seguiti a domicilio), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.	≤25%
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'accesso alle cure domiciliari socio-sanitarie in fase di dimissione protetta	Aumentare il numero di dimissioni protette con attivazione delle AF al domicilio	% utenti in dimissione serviti con progetto di assistenza AF	aumento del 50% rispetto al 2017
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post- acuzie e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acuzie solo Ospedale Maggiore)	≥ 20%
GOVERNO CLINICO	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDPA CA POLMONE	Completamento del PDPA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDPA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE TESTACOLLO	Costruzione del PDPA	Documento disponibile	entro 2018

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE OCULARI	Costruzione del PDTA	Documento disponibile	entro 2018
CURE PALLIATIVE		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Nodo H: partecipazione ai Meeting Multidisciplinari di patologia oncologica, patologia nefrologica implementazione consulenze AOUBO attivazione consulenze Casa di Cura S.Viola (PDTA Gracier) Centro di Coordinamento della Rete di CP: apertura sulle 12 ore dal lunedì al venerdì e nella giornata di sabato apertura nella mattina; reperibilità telefonica la domenica e festivi Nodo Amb.: attivazione presa in carico malato non oncologico (BPCO- Fibrosi polmonare) Nodo domiciliare: implementazione consulenze specialistiche Attivazione consulenze in CRA e RP	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di S.Lazzaro	Nodo H: attivazione consulenze presidio Loiano Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio Loiano Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Appennino	Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche Cds Vergato Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Reno Lavino Samoggia	Nodo H: attivazione consulenze presidio Bazzano Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio Bazzano Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Pianura Ovest	Nodo H: attivazione consulenze presidio S.Giovanni Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio S.Giovanni e Cds Terre d'Acqua Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Pianura Est	Nodo H: implementazione consulenze presidio Bentivoglio e attivazione consulenze presidio Budrio Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche Cds S.Pietro in Casale Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Formazione H: End of Life Bioetica e testamento biologico	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
PRESIDIO OSPEDALIERO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione spazi e attività nell'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto per efficientare percorsi ed attese	Suddivisione spazi per aree omogenee	Conclusione piano riorganizzativo	entro marzo 2018
PIANURA EST						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Analisi distrettuale delle strutture identificabili come letti di cure intermedie invertirei l'indicatore con l'azione	Attivazione di 10/15 posti letto presso una CRA del Distretto	entro 2018
PIANURA OVEST						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppo Cure intermedie	Riconversione di letti tecnici prevedendo nel percorso organizzativo anche una proposta di afferenza territoriale per facilitare le ammissioni dal domicilio dei pazienti cronici/fragili	presenza percorso validato avvio operativo	entro Ottobre 2018 entro 2018
PIANURA OVEST						X	Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Domiciliarità e prossimità	Istituzione di un gruppo di regia distrettuale per coordinare gli obiettivi scheda 4-Budget di salute, 5 - Riconoscimento care giver, 6-Progetti di vita e dopo di noi, 7-rete cure palliative, 17- progetto adolescenza, 33 - miglioramento accesso in emergenza urgenza,36 - Consolidamento sviluppo servizi sociali territoriali)	Istituzione gruppo di regia - Predisposizione e completamento schede obiettivi	entro aprile 2018
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Partecipazione agli incontri clinici organizzati dal Programma Interaziendale "Epidemiologia e Controllo del Rischio infettivo correlato alle organizzazioni"	% del numero dei Medici intervenuti per DIP	≥50% dei Medici assegnati al Dipartimento
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Riduzione della prescrizione di antibiotici	% delle prescrizioni di antibiotici	mantenimento del risultato 2017 ottenuto per Dip. Emergenza -10% della media DDD 2017 di Dipartimento per tutti gli altri
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
IGIENE							La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UA Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Vedi allegato Igiene	Vedi allegato Igiene
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management
SPP							La gestione del rischio		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile Approfondimento sugli altri Dipp.ti	Entro Luglio 2018 Entro 2018
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QIALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno

2018 - ALLEGATO OBIETTIVI IGIENE

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Consolidare le attività di sorveglianza in tutte le UU.OO. chirurgiche (SICHER)	% degli interventi da sorvegliare sui quali è stata fatta rilevazione secondo protocollo	100% per tutte le UUOO Chirurgiche del Presidio Ospedaliero
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
Farmacia e Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥60 lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive ≥20 lt./1000 gg di degenza per tutti gli altri reparti

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Adesione procedura "prevenzione e gestione della caduta in ospedale"	almeno 1 audit su evento caduta con danno	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	PROGETTO VISITARE	% azioni di miglioramento realizzate/azioni di miglioramento programmate a seguito delle visite	> 90% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	NO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Corretta gestione dei farmaci antineoplastici	re-audit	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi in relazione alla Legge 24/2017	% professionisti sanitari dell'area di diagnostica formati al percorso di informatizzazione/ totale professionisti	> 80 % entro giugno 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi in relazione alla Legge 24/2017	% di operatori sanitari formati su Incident Reporting/totale operatori sanitari	> 80 % entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net nei blocchi operatori dell'Azienda	N. di schede compilate/N. di accessi elettivi in sala operatoria N. di items compilati/N. items previsti nella check-list N. di non conformità rilevate/N. di item preposti nella check-list	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net per gli interventi in regime ambulatoriale	N.di schede compilate/N. di interventi elettivi ambulatoriali N di items compilati/N. items previsti nella check-list N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva adesione dell'equipe di sala operatoria ad una corretta applicazione della checklist : piano di miglioramento "Sicurezza in Chirurgia" (progetto OssERvare)	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti dei blocchi operatori	80% dei diversi componenti l'equipe chirurgica
MEDICINA LEGALE E RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N.di schede correttamente compilate/N. interventi programmati	100%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti delle UA /UO di Chirurgia generale e specialistica	80% dei professionisti UO/UA
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento nell'ambito del progetto OSSERVARE	riduzione delle non conformità rilevate alla prima osservazione (genn/febbraio 2017)	< o= 90%

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti il progetto - Governo Clinico e Dip Farmaceutico	2 ONCOLOGICO 1 MATERNO INFANTILE 3 EMERGENZA 3 MEDICO 2 IRCCS 3 CHIRURGICO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	34 (partecipaz >50%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Gestione condivisa Farmacia + rete infettivologica di farmaci antimicrobici ad elevato impatto ecologico, economico e gestionale	Condivisione prescrizione con rete infettivologica di: - ceftolozano/tazobactam - ceftazidime/avibactam - dalbavancina - fosfomicina ev - colistina ev - ceftobiprolo - ceftarolina	100%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di prestazione specialistica	DSA>= 80% ALTRE UOC>=12% (ONCO) >=5% (MAT INF) >=3% (EMERG) >=30% (MEDICO) >=19% (IRCCS) >=8% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di dimissione	>=55% (ONCO) >=30% (MAT INF) >=43% (EMERG) >=80% (MEDICO) >=49% (IRCCS) >=48% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	% di consumo del biosimilare (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	Incremento della % di consumo del biosimilare rispetto al 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Prescrizioni Colecalciferolo monodose vs multidose	% rapporto prescrizioni colecalciferolo multidose/(monodose+multidose)	≥80%



DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

01 DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

CHIRURGIA SENOLOGICA OB

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	3,73	3,82	0,09	2,41%	
U03	N° Ricoveri	551	604	53	9,62%	
U08	Tasso di Occupazione	130,07	142,58	12,51	9,62%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,23	3,29	0,06	1,86%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,12	0,17	0,05	41,67%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	517	580	63	12,19%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	471	537	66	14,01%	560
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	90,31	94,05	3,74	4,14%	95,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	7,9	5,12	-2,78	-35,19%	
IND0086	% di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella (SIVER; Media RER 86,6)	85,4	86,33	0,93	1,09%	87,00
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 47%)	70,26	88,4	18,14	25,82%	90,00

Reg. DH

ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
-----------	-----------	-----------------------------------	----------------------------	----------------



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

U46	Posti Letto Medi	2	2	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	485	475	-10	-2,06%	
U49	N° Medio Accessi	1,02	1,04	0,02	1,96%	
U49a	Presenza media giornaliera	1,91	1,9	-0,01	-0,52%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	526	513	-13	-2,47%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	526	513	-13	-2,47%	500
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	98,97	99,16	0,19	0,19%	

Cruscotto Chirurgico

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	79,35	80,55	1,2	1,51%
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	90,91	66,67	-24,24	-26,66%
	Patologie neoplastiche (ord): % dei pazienti operati entro 30gg		74,38		90,00

Chirurgia ambulatoriale

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61d	N. prestazioni Ospedale Bellaria	192	162	-30	-15,63%



02 DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

CHIRURGIA TORACICA OB CHIRURGIA TORACICA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	7	7	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	515	578	63	12,23%	
U08	Tasso di Occupazione	96,68	101,60	4,92	5,09%	
U09	Degenza Media Ricoveri	4,81	4,49	-0,32	-6,62%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	1,29	0,97	-0,32	-24,81%	0,99
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	516	567	51	9,88%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	516	567	51	9,88%	570
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	76,21	76,15	-0,06	-0,08%	80,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	16,63	20,77	4,14	24,89%	

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	31	21	-10	-32,26%	
U49	N° Medio Accessi	4,65	3,52	-1,13	-24,30%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,55	0,26	-0,29	-52,73%	



U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	83,87	95,24	11,37	13,56%	95
-----	--------------------------------	-------	-------	-------	--------	----

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	95,85	97,14	1,29	1,35%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	100	93,55	-6,45	-6,45%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	100	91,67	-8,33	-8,33%	
	Patologie neoplastiche (ord): % dei pazienti operati entro 30gg		97,54			90,00



04 UOC ONCOLOGIA OB

LUNGODEGENZA ONCOLOGIA OB

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	2	2	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	57	33	-24	-42,11%	
U08	Tasso di Occupazione	88,41	67,25	-21,16	-23,93%	
U09	Degenza Media Ricoveri	10,7	13,94	3,24	30,28%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	10,53	22,58	12,05	114,43%	



ONCOLOGIA OB

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	18	18	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	964	935	-29	-3,01%	960
U08	Tasso di Occupazione	92,32	89,55	-2,77	-3,00%	
U09	Degenza Media Ricoveri	5,95	5,9	-0,05	-0,84%	6,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	20,05	15,82	-4,23	-21,10%	

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. ONCOLOGICO

U.O.S.D. ONCOLOGIA TERRITORIALE SPOKE

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018**Regime SSN****Prime Visite critiche per esterni**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per oncologia	1.498	2.744	1.246	83,2 %	1.300	401	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per oncologia	6.669	10.224	3.555	53,3 %			

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	224	41	-183				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. ONCOLOGICO

U.O.C. ONCOLOGIA OB

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per oncologia	1.702	2.792	1.090	64,0 %	1.700	431	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per oncologia	3.876	3.971	95	2,5 %		5	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	14	48	34				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
PRODUZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. ONCOLOGICO

U.O.C. SENOLOGIA

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prestazioni critiche di diagnostica per esterni

	ANNO 2016	ANNO 2017	diff. Anno2017- Anno2016	diff. % Anno2017-An no2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecografia Mammella	3.838	5.057	1.219	31,8 %	4.100	241	
Mammografia	63.440	63.825	385	0,6 %	76.550	631	
di cui di screening	59.193	59.449	256	0,4 %	70.500	59.449	

Prestazioni Scartate

	ANNO 2016	ANNO 2017	diff. Anno2017- Anno2016	diff. % Anno2017-An no2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	51	59	8				

DIP. ONCOLOGICO

Prestazioni erogate in regime SSN (Ambulanti+Degenti)

UOC ANATOMIA PATOLOGICA OM**OBIETTIVI 2018**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. ass. Anno 2017- Anno 2016	diff. % Anno 2017- Anno 2016	Obiettivo 2018
Nomenclatore Tariffario Nazionale	54.885	46.295	-8.590	-18,6 %	47.000
Nomenclatore Tariffario Aziendale	7.741	7.563	-178	-2,4 %	6.000
Totale:	62.626	53.858	-8.768	-14,0 %	53.000

DIP. ONCOLOGICO

Prestazioni erogate in regime SSN (Ambulanti+Degenti)

UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA OB**OBIETTIVI 2018**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. ass. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
Nomenclatore Tariffario Nazionale	17.124	13.894	-3.230	-18,9 %	16.000
Nomenclatore Tariffario Aziendale	5.603	6.104	501	8,9 %	5.000
Totale:	22.727	19.998	-2.729	-12,0 %	21.000

DIP. ONCOLOGICO

OBIETTIVI 2018

SSN

UOC PSICOLOGIA OSPEDALIERA

	Anno 2016		Anno 2017		diff. ass. Anno 2017- Anno 2016		diff. % Anno 2017- Anno 2016		Obiettivo 2018
	ambulanti	degenti	ambulanti	degenti	ambulanti	degenti	ambulanti	degenti	
Altra diagnostica	408	272	594	222	186	-50	45,6 %	-18,4 %	6.500
Altre prestazioni terapeutiche	4.223	704	4.298	664	75	-40	1,8 %	-5,7 %	
Prima visita	684	409	773	349	89	-60	13,0 %	-14,7 %	
Riab.diagnostica	8	1	9		1	-1	12,5 %	-100,0 %	
Somma:	5.323	1.386	5.674	1.235	351	-151	6,6 %	-10,9 %	
n.utenti	987		1.071		84		8,5 %		

DIP. ONCOLOGICO

OBIETTIVI 2018

UOC RADIOTERAPIA

Prestazioni erogate in regime SSN (ambulanti+degenti)

Descrizione Prestazione DM	Anno 2016	Anno 2017	diff. ass. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	9.598	9.366	-232	-2,4 %	9.800
PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA	2.222	2.240	18	0,8 %	2.200
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI	22.693	21.492	-1.201	-5,3 %	21.500
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI					
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE					
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH					
RADIOTERAPIA STEREOTASSICA					
Restanti prestazioni:	25.678	23.439	-2.239	-8,7 %	26.000
Somma:	60.191	56.537	-3.654	-6,1 %	59.500
n. utenti:	3.222	3.347	125	3,9 %	

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

DIP. ONCOLOGICO

Nota(*): valori colonne "Precons-2017" e "Budget 2018" compilati dai Gestori di Riferimento ad esclusione Precons_17 Conto Service

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			10.595.575	12.662.574	2.067.000	11.195.696	- 1.466.878	88,42%	13.000.837	1.805.141	16,12%
	41001001 MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	8.123.874	10.123.874	2.000.000	8.509.598	- 1.614.276	84,05%	10.009.598	1.500.000	17,63%
	41001002 MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	210.334	210.334	-	223.471	13.137	106,25%	223.471	-	
	41001020 MEZZI DI CONTRASTO DOTATI DI AIC	FARMACIA	10.828	10.828	-	5.408	- 5.420	49,95%	5.408	-	
	41001051 GAS AD USO DI LABORATORIO	FARMACIA	179	179	-	57	- 122	31,91%	57	-	
	41001060 OSSIGENO CON AIC	FARMACIA	1.617	1.617	-	1.481	- 136	91,57%	1.481	-	
	41001065 GAS MEDICINALI DOTATI DI AIC	FARMACIA	384	384	-	-	384	0,00%	-	-	
	41001070 GAS MEDICINALI PRIVI DI AIC	FARMACIA	1.407	1.407	-	1.298	- 109	92,28%	1.298	-	
	41001100 EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	20.972	20.972	-	5.351	- 15.621	25,52%	5.351	-	
	41001109 SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	2.771	2.771	-	2.967	196	107,08%	2.967	-	
	41001162 VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	FARMACIA	36	36	-	18	- 18	50,58%	18	-	
	41001201 PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	56.479	56.479	-	43.833	- 12.646	77,61%	43.833	-	
	41001202 DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	403.001	470.001	67.000	445.809	- 24.192	94,85%	529.809	84.000	18,84%
	41001300 MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	2.525	2.525	-	2.938	413	116,38%	3.000	62	2,11%
	41001501 DISPOSITIVI MED.IMPIANT.NON ATTIVI	FARMACIA	84.511	84.511	-	105.654	21.143	125,02%	105.654	-	
	41001620 DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	1.477.819	1.477.819	-	1.612.949	135.130	109,14%	1.832.949	220.000	13,64%
	41001630 VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	62.564	62.564	-	54.183	- 8.381	86,60%	54.183	-	
	41001900 ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO/ALBERGHIERO	110.984	110.984	-	102.430	- 8.554	92,29%	103.000	570	0,56%
		FARMACIA	5.429	5.429	-	7.798	2.369	143,63%	7.798	-	
	41001920 PRODOTTI SANITARI PER RICERCA	FARMACIA	4.143	4.143	-	30.315	26.172	731,79%	30.315	-	
	41001950 ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	11.872	11.872	-	34.491	22.619	290,52%	35.000	509	1,48%
	41001970 PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	3.847	3.847	-	5.647	1.800	146,79%	5.647	-	
BENI SANITARI - EROG. DIRETTA			94.873	94.873	-	101.928	7.055	107,44%	101.928	-	
	41001001 MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	93.805	93.805	-	101.925	8.120	108,66%	101.925	-	
	41001002 MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	42	42	-	-	42	0,00%	-	-	
	41001202 DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	80	80	-	-	80	0,00%	-	-	
	41001620 DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	940	940	-	3	936	0,37%	3	-	
	41001900 ALTRO MATERIALE SANITARIO	FARMACIA	7	7	-	-	7	0,00%	-	-	
BENI NON SANITARI			102.682	102.682	-	95.612	- 7.070	93,11%	96.190	578	0,60%
	41002200 MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	19.296	19.296	-	18.417	- 879	95,45%	18.500	83	0,45%
	41002450 CARBURANTI E LUBRIFICANTI	ECONOMATO	267	267	-	288	21	108,02%	290	2	0,69%
	41002500 CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	43.023	43.023	-	39.315	- 3.708	91,38%	39.400	85	0,22%
	41002600 SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	40.097	40.097	-	37.592	- 2.505	93,75%	38.000	408	1,09%
Totale complessivo			10.793.130	12.860.129	2.067.000	11.393.236	- 1.466.893	88,59%	13.198.955	1.805.719	15,85%

2018 budget

**DIPARTIMENTO
CHIRURGICO**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO CHIRURGICO - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione tumori	Coinvolgimento dei professionisti con particolare riferimento ai MMG per il miglioramento dell'adesione ai programmi di screening per tumore del colon retto	Analisi criticità dei percorsi aziendali e dei punti erogativi	proposte di revisione percorso / offerta
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	SI	2.1.0 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili ex-ante (MAPS)	≥90%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	1) numero di casi presi in carico in modo integrato	>60%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	2) riduzione accessi detenuti nelle strutture esterne al carcere per visite specialistiche (< 2017)	< 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire i volumi distrettuali di attività specialistica ambulatoriale definiti nel Piano di Committenza	Adeguare l'offerta ai fabbisogni espressi nel Piano	100%
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
COMMITT. SPECIALISTICA		X	X		X	X	L'Accesso	NO	Migliorare l'accesso all'assistenza e la presa in carico attraverso un rapporto efficace tra i professionisti	Progetto di estensione Gastropack: rispetto dei tempi previsti per l'implementazione in nuove sedi territoriali	Budrio Loiano Mengoli % MMG aderenti	verificare con progetto
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie		Prevenzione disuguaglianza e promozione della salute	Avvio attività collegate allo spazio giovani per la promozione della salute sessuale e riproduttiva e prevenzione della sterilità nel maschio giovane, presso lo spazio giovani di Castel Maggiore	Formazione e sensibilizzazione nelle scuole secondarie ad opera dell'urologo e della psicologa sul tema della salute sessuale maschile	Coinvolgimento di almeno 10 classi, per un totale di circa 200 alunni di cui 100 maschi, entro il 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie		Prevenzione disuguaglianza e promozione della salute	Avvio attività collegate allo spazio giovani per la promozione della salute sessuale e riproduttiva e prevenzione della sterilità nel maschio giovane, presso lo spazio giovani di Castel Maggiore	% utenti maschi fra i 14 e i 19 anni / totale utenti maschi spazio giovani di Castelmaggiore	≥al 10%
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attivazione programma Medio-bassa complessita' chirurgica	Individuare i criteri di inserimento dei pazienti da avviare alla medio bassa complessita' Per Anestesia ASA 1, 2, 3 stabile	Selezione dei pazienti da avviare a medio bassa complessita' (ernie Colecisti, emorroidi) da ogni lista d'attesa	N. interventi in incremento eseguiti presso ospedali Spoke della rete Chirurgica: Colecisti > 100 Ernie > 250 Emorroidi > 60
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Corretto inserimento in lista d'attesa dei pazienti oncologici in classe A secondo le regole dei singoli team multidisciplinari	Inserire i pazienti oncologici dopo la presentazione e approvazione da parte del TMD	Pazienti inseriti in lista d'attesa dopo approvazione del TMD/totale dei pazienti oncologici inseriti in classe A	100%
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Integrazione UO Chirurgia Vascolare AOU e SSD AUSL	Redigere un documento in cui condividere le modalita' di inserimento in lista d'attesa dei pazienti affetti da AAA, Stenosi carotidea e arteriopatia ostruttiva AAIL	Approvazione e applicazione documento	Approvazione del documento entro Novembre 2018 Applicazione del documento entro il 31 dicembre 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Partecipazione all'attivita' dei programmi Chirurgia Medio-bassa complessita'	1) Collaborazione con il responsabile di Programma 2) Selezionare i pazienti dalla lista d'attesa di UO 3) mettere a disposizione i professionisti	N. di UO partecipanti attivamente /totale delle UO di Chirurgia Generale	100%
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Programma chirurgia malassorbitiva	1) Individuare i criteri di inserimento dei pazienti da avviare al percorso di chirurgia bariatrica 2) selezionare i pazienti	1) n. interventi di chirurgia bariatrica eseguiti (monitoraggio) 2) Professionisti partecipanti alla chirurgia malassorbitiva/totale Chirurgi UO Chirurgia E	1) > 60 2) 100 %

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Donazioni cornee	Numero di donazioni di cornee nei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni.	>=17%
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Riorganizzazione della Banca Cornee dell'Emilia Romagna	Adesione al progetto Banca Cornee	SI
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Consolidamento dei processi di cura e dei servizi innovativi previsti dal Piano di Riordino distrettuale	Avvio operativo dei servizi: a) ambulatorio ortodonzia e maxillo facciale per persone con alta vulnerabilità sanitaria; b) ambulatorio cure palliative precoci; c) Centro ambulatoriale di Riabilitazione; d) Ambulatori di Salute mentale primaria;	evidenza dell'avvio dei Servizi indicati (a,b,c,d)	avvio entro giugno 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Implementazione presso l'H. di Bentivoglio del percorso per l'espianto cornee	Coinvolgimento delle figure professionali per la costruzione del Team operativo	.-Formalizzazione del progetto .-Numero di cornee espantate	Entro Marzo 2018 > o uguale a 10 cornee
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post-acuzie e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acuzie solo Ospedale Maggiore)	≥ 20%
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE TESTACOLLO	Costruzione del PDTA	Documento disponibile	entro 2018
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE OCULARI	Costruzione del PDTA	Documento disponibile	entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione dei processi erogativi territoriali nell'ambito dell'attività oculistica	Costituzione di un team multidisciplinare (oculisti, ortottisti, IP, MMG e PLS) per promuovere soluzioni appropriate ai bisogni differenziati e offrire un accesso mirato alle prestazioni diagnostiche terapeutico riabilitative e di specialistica ambulatoriale	Progetto Avvio nuova organizzazione presso la CdS di San Pietro in Casale	Entro 1 semestre 2018 Entro 2 semestre 2018
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Partecipazione agli incontri clinici organizzati dal Programma Interaziendale "Epidemiologia e Controllo del Rischio Infettivo correlato alle organizzazioni"	% del numero dei Medici intervenuti per DIP	≥50% dei Medici assegnati al Dipartimento
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Riduzione della prescrizione di antibiotici	% delle prescrizioni di antibiotici	mantenimento del risultato 2017 ottenuto per Dip. Emergenza -10% della media DDD 2017 di Dipartimento per tutti gli altri
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
IGIENE							La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UA Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Vedi allegato Igiene	Vedi allegato Igiene
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SPP							La gestione del rischio		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile Approfondimento sugli altri Dipp.ti	Entro Luglio 2018 Entro 2018
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QUALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno

2018 - ALLEGATO OBIETTIVI IGIENE

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Consolidare le attività di sorveglianza in tutte le UU.OO. chirurgiche (SICHER)	% degli interventi da sorvegliare sui quali è stata fatta rilevazione secondo protocollo	100% per tutte le UUOO Chirurgiche del Presidio Ospedaliero
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
Farmacia e Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥60 lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive ≥20 lt./1000 gg di degenza per tutti gli altri reparti

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Diffusione linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione cadute del paziente in ospedale mediante formazione FAD regionale	% professionisti sanitari che hanno superato il FAD/totale professionisti sanitari UO	Per UUOO sperimentatrici (Medicine B OM, Vergato Porretta, Pianura, Riabilitativa SGP) 100% entro 2018 Per tutte le altre UUOO > 70% entro 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	NO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Definizione procedura relativa a raccomandazione n.10 "Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati"	evidenza procedura	entro ottobre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SICUREZZA DELLE CURE E PREVENZIONE DEL SINISTRO	Migliorare il processo di gestione del consenso all'atto sanitario e DAT	% professionisti sanitari formati/totale professionisti sanitari	> 50% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net nei blocchi operatori dell'Azienda	N. di schede compilate/N. di accessi elettivi in sala operatoria N. di items compilati/N. items previsti nella check-list N. di non conformità rilevate/N. di item preisti nella check-list	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net per gli interventi in regime ambulatoriale	N.di schede compilate/N. di interventi elettivi ambulatoriali N di items compilati/N. items previsti nella check-list N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Applicazione check-list cataratta in tutti i blocchi operatori coinvolti	N.di schede compilate/N. di interventi cataratta N di items compilati/N. items previsti nella check-list cataratta N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva adesione dell'èquipe di sala operatoria ad una corretta applicazione della checklist : piano di miglioramento "Sicurezza in Chirurgia" (progetto OssERvare)	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti dei blocchi operatori	80% dei diversi componenti l'èquipe chirurgica
MEDICINA LEGALE E RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N.di schede correttamente compilate/N. interventi programmati	100%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti delle UA /UO di Chirurgia generale e specialistica	80% dei professionisti UO/UA
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento nell'ambito del progetto OSSERVARE	riduzione delle non conformità rilevate alla prima osservazione (genn/febbraio 2017)	< o= 90%

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti il progetto - Governo Clinico e Dip Farmaceutico	2 ONCOLOGICO 1 MATERNO INFANTILE 3 EMERGENZA 3 MEDICO 2 IRCCS 3 CHIRURGICO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	34 (partecipaz >50%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Gestione condivisa Farmacia + rete infettivologica di farmaci antimicrobici ad elevato impatto ecologico, economico e gestionale	Condivisione prescrizione con rete infettivologica di: - ceftolozano/tazobactam - ceftazidime/avibactam - dalbavancina - fosfomicina ev - colistina ev - ceftobiprolo - ceftarolina	100%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di prestazione specialistica	DSA>= 80% ALTRE UOC>=12% (ONCO) >=5% (MAT INF) >=3% (EMERG) >=30% (MEDICO) >=19% (IRCCS) >=8% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di dimissione	>=55% (ONCO) >=30% (MAT INF) >=43% (EMERG) >=80% (MEDICO) >=49% (IRCCS) >=48% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% rapporto prescrizioni silodosina/alfa-bloccanti nell'ipertrofia prostatica	<10%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	% di consumo del biosimilare (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	Incremento della % di consumo del biosimilare rispetto al 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Prescrizioni Colecalciferolo monodose vs multidose	% rapporto prescrizioni colecalciferolo multidose/(monodose+multidose)	≥80%
Dip. Farmaceutico Presidio Ospedaliero Longanesi Ann.	Il governo dei Dispositivi Medici	NO	Appropriatezza d'uso delle RETI CHIRURGICHE e ottimizzazione della gestione delle risorse economiche negli interventi di ernia inguinale monolaterale con eventuale ampliamento a laparoceli	Condivisione dell'uso delle reti chirurgiche nei principali scenari clinici relativi all'intervento di ernia inguinale monolaterale con eventuale ampliamento a laparoceli	Elaborazione LG aziendale per l'utilizzo delle RETI chirurgiche negli interventi di ernia inguinale monolaterale con eventuale ampliamento a laparoceli	1) redazione LG aziendali (entro I sem 2018) 2) successiva applicazione (entro ottobre 2018) 3) valutazione economica (entro il 31/12/2018)
Dip.Farmaceutico	Il Governo dei Dispositivi Medici	NO	Completamento del sistema informatico digistat per la sala operatoriaSGP con l'allestimento dei kit per intervento - Modulo DIGISTAT farmacia	implemetazione del modulo DIGISTAT farmacia presso la sala operatoria SGP	n kit allestiti /n interventi	1
Dip.Farmaceutico	Il Governo dei Dispositivi Medici	NO	Implementazione dell'utilizzo del prodotto hemo -o - lock a minor costo (100€ in meno) al posto dell'applicatore di clip negli interventi di colecistectomia VLP	negli Interventi di colecistectomia VLP utilizzo della clip + pinza pluriuso HEMO - O LOCK invece che applicatore di clip	% interventi con utilizzo HEMO - O - LOCK	95%



DIPARTIMENTO CHIRURGICO

UOC CHIRURGIA A e D'URGENZA

CHIR. GEN. A OM (esclusa Ch. Urgenza e Ch. Trauma)

CHIRURGIA A BAZZANO (esclusa ortopedia)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	24,13	23,98	-0,15	-0,62%	
U03	N° Ricoveri	1024	1053	29	2,83%	
U08	Tasso di Occupazione	70,59	68,71	-1,88	-2,66%	
U09	Degenza Media Ricoveri	6,09	5,71	-0,38	-6,22%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	1,62	1,51	-0,11	-6,79%	1,40
	DMpreop DRG 155 C Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	2,06	1,5	-0,56	-27,18%	1,20
	DMpreop DRG 170 C Altri interventi sull'apparato digerente con CC	1	1	0	0,00%	1,00
	DMpreop DRG 171 C Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	1,36	2,33	0,97	71,32%	2,00
	DMpreop DRG 172 M Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC					
	DMpreop DRG 191 C Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	2,21	2,14	-0,07	-3,17%	2,00
	DMpreop DRG 192 C Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	2,3	1,49	-0,81	-35,22%	1,50
	DMpreop DRG 201 C Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	1	3	2	200,00%	2,00
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	829	933	104	12,55%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	810	899	89	10,99%	900
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	87,72	89,92	2,2	2,51%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	15,44	14,48	-0,96	-6,22%	
N4	Numero minimo di interventi di Colectomia (All. b DGR 1003/2016; Std 100)	300	340	40	13,33%	340



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

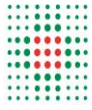
N5	Proporzione di Colectomia Laparoscopica con degenza post-operatoria <= 3giorni (All. b DGR 1003/2016; Std >=75%)	87,83	94,12	6,29	7,16%	95,00
IND0128	% Interventi programmati al Colon in Laparoscopia (SIVER; Media RER 47%)	69,75	76,74	6,99	10,02%	80,00
IND0421	% di colectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno (SIVER; Std 43%)	66,27	61,83	-4,44	-6,70%	70,00
N9	% di RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	98,03	98,06	0,03	0,03%	98,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 158 C Interventi su ano e stoma senza CC	67	48	-19	-28,36%	-20% anno 2016
	Utilizzo di sistema per colectomia VL: % interventi in VL (cod. 5123) eseguiti con dispositivo kit con clip +pinza pluriuso (HEMO-O-LOK) / n. interventi VL		30,80			95,00
	Utilizzo di dispositivi medici per Ernia Inguinale: % interventi di ernia inguinale (cod 530x e 531x ord e dh) eseguiti con dispositivo PERFIX (RETE+PLUG) / n. interventi di ernia inguinale		97,00			100,00

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	245	251	6	2,45%	
U49	N° Medio Accessi	1	1	0	0,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	1,1	1,09	-0,01	-0,91%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	244	464	220	90,16%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	244	464	220	90,16%	470
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	99,59	98,8	-0,79	-0,79%	

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	83,77	96,55	12,78	15,26%	

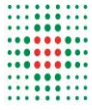


Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	32,89	49,51	16,62	50,53%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	46,59	82,26	35,67	76,56%	
	Patologie neoplastiche (ord): % dei pazienti operati entro 30gg		97,35			90,00
	Riparazione ernia inguinale (dh): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		83,2			90,00

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61	N. prestazioni	1825	2169	344	18,85%	



UOC CHIRURGIA A e D'URGENZA

CHIRURGIA D'URGENZA

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	10	10	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	524	578	54	10,31%	
U08	Tasso di Occupazione	87,08	93,15	6,07	6,97%	
U09	Degenza Media Ricoveri	6,08	5,88	-0,2	-3,29%	5,50
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	479	468	-11	-2,30%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	479	468	-11	-2,30%	
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	81,46	79,45	-2,01	-2,47%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	7,8	12,71	4,91	62,95%	
	Reinterventi entro 7 giorni (<=7gg) - cod. 5412 RIAPERTURA DI LAPAROTOMIA RECENTE (cod. in qualunque posizione)	4	5	1	25,00%	<10%
	Utilizzo di sistema per colecistectomia VL: % interventi in VL (cod. 5123) eseguiti con dispositivo kit con clip +pinza pluriuso (HEMO-O-LOK) / n. interventi VL		100,00			95,00
	Utilizzo di dispositivi medici per Ernia Inguinale: % interventi di ernia inguinale (cod 530x e 531x ord e dh) eseguiti con dispositivo PERFIX (RETE+PLUG) / n. interventi di ernia inguinale		75,70			100,00



UOC CHIRURGIA E

CHIRURGIA DELLA PIANURA sede BENTIVOGLIO (cod 0908 ord e dh)

CHIRURGIA DELLA PIANURA sede BUDRIO (cod 0909 ord e dh)

CHIRURGIA SAN GIOVANNI IN P. (cod 0910 ord e dh)

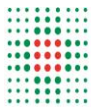
CHIRURGIA SAN GIOVANNI IN P. sede OM (cod 0912 ord, senza ricoveri 2018)

CHIRURGIA BENTIVOGLIO sede OM (cod 0915 ord e dh, senza ricoveri 2018)

CHIRURGIA BENTIVOGLIO sede SGP (cod 0914 ord e dh, senza ricoveri anno 2017)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	33,62	34,22	0,6	1,78%	
U03	N° Ricoveri	1962	1798	-164	-8,36%	
U08	Tasso di Occupazione	72,96	69,21	-3,75	-5,15%	
U09	Degenza Media Ricoveri	4,58	4,81	0,23	4,97%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,43	0,42	-0,01	-2,33%	0,40
	DMpreop DRG 155 C Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	0,38	1,23	0,85	223,68%	1,00
	DMpreop DRG 171 C Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	0,33	0,5	0,17	51,52%	0,50
	DMpreop DRG 191 C Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	4	1	-3	-75,00%	
	DMpreop DRG 192 C Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	0,67	1	0,33	49,25%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	1626	1414	-212	-13,04%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	1610	1406	-204	-12,67%	1.650
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	88,5	85,93	-2,57	-2,90%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	7,48	7,42	-0,06	-0,80%	
N4	Numero minimo di interventi di Colectomia (All. b DGR 1003/2016; Std 100)	579	469	-110	-19,00%	
N5	Proporzione di Colectomia Laparoscopica con degenza post-operatoria <= 3giorni (All. b DGR 1003/2016; Std >=75%)	91,06	89,01	-2,05	-2,25%	90,00
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 47%)	72,37	81,76	9,39	12,97%	85,00
IND0128	% Interventi programmati al Colon in Laparoscopia (SIVER; Media RER 47%)	17,46	36,7	19,24	110,19%	50,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

N8	N. Tiroidectomie	32	20	-12	-37,50%	0
IND0421	% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno (SIVER; Std 43%)	56,97	52,36	-4,61	-8,09%	60,00
N9	% di RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	97,71	98,8	1,09	1,12%	98,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 158 C Interventi su ano e stoma senza CC	187	159	-28	-14,97%	-40% anno 2016
	Utilizzo di sistema per colecistectomia VL: % interventi in VL (cod. 5123) eseguiti con dispositivo kit con clip +pinza pluriuso (HEMO-O-LOK) / n. interventi VL		43,00			95,00
	Utilizzo di dispositivi medici per Ernia Inguinale: % interventi di ernia inguinale (cod 530x e 531x ord e dh) eseguiti con dispositivo PERFIX (RETE+PLUG) / n. interventi di ernia inguinale		38,00			90,00

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	4	5	1	25,00%	
U47	N° Ricoveri	1061	1139	78	7,35%	
U49	N° Medio Accessi	1,01	1,01	0,00	-0,23%	
U49a	Presenza media giornaliera	11,73	12,38	0,65	5,54%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	1054	1153	99	9,39%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	1054	1149	95	9,01%	1.200
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	95,9	97,63	1,73	1,80%	

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	75	73,77	-1,23	-1,64%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	64,89	65,83	0,94	1,45%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	70,58	76,96	6,38	9,04%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

	Patologie neoplastiche (ord): % dei pazienti operati entro 30gg		75,9			90,00
	Emorroidectomia (dh): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		60			90,00
	Riparazione ernia inguinale (dh): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		36,43			90,00

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61	N. prestazioni	2498	2131	-367	-14,69%	



UOC CHIRURGIA B

CHIRURGIA GENERALE B OM (ord e dh)

CHIRURGIA GENERALE B OM sede SGP (ord e dh)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	7,56	7,34	-0,22	-2,91%	
U03	N° Ricoveri	449	385	-64	-14,25%	
U08	Tasso di Occupazione	85,55	78,65	-6,90	-8,07%	
U09	Degenza Media Ricoveri	5,27	5,47	0,20	3,85%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,46	0,29	-0,17	-36,96%	0,30
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	348	355	7	2,01%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	347	354	7	2,02%	450
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	83,01	85,11	2,1	2,53%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	6,22	7,2	0,98	15,76%	
N4	Numero minimo di interventi di Colectomia (All. b DGR 1003/2016; Std 100)	142	128	-14	-9,86%	
N5	Proporzione di Colectomia Laparoscopica con degenza post-operatoria <= 3giorni (All. b DGR 1003/2016; Std >=75%)	85,71	90	4,29	5,01%	
IND0128	% Interventi programmati al Colon in Laparoscopia (SIVER; Media RER 47%)	63,64	53,57	-10,07	-15,82%	70,00
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 47%)	62,12	76,47	14,35	23,10%	76,00
IND0421	% di colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno (SIVER; Std 43%)	33,33	37,71	4,38	13,14%	70,00
N9	% di RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	92,65	96,53	3,88	4,19%	96,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 158 C Interventi su ano e stoma senza CC	11	13	2	18,18%	-20% anno 2016
	Utilizzo di sistema per colecistomia VL: % interventi in VL (cod. 5123) eseguiti con dispositivo kit con clip +pinza pluriuso (HEMO-O-LOK) / n. interventi VL		17,1			80,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

	Utilizzo di dispositivi medici per Ernia Inguinale: % interventi di ernia inguinale (cod 530x e 531x ord e dh) eseguiti con dispositivo PERFIX (RETE+PLUG) / n. interventi di ernia inguinale		55,00			90,00
--	--	--	-------	--	--	-------

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	2	3	1	50,00%	
U47	N° Ricoveri	100	144	44	44,00%	
U49	N° Medio Accessi	1,01	1,01	0,00	-0,30%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,47	3,04	2,57	547,68%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	105	144	39	37,14%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	105	144	39	37,14%	200
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	84	86,11	2,11	2,51%	

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	100	92,31	-7,69	-7,69%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	45,13	21,7	-23,43	-51,92%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	66,15	45,27	-20,88	-31,56%	
	Patologie neoplastiche (ord): % dei pazienti operati entro 30gg		88,89			90,00
	Emorroidectomia (dh): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		25			90,00
	Riparazione ernia inguinale (dh): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		51,25			90,00



UOC CHIRURGIA D

CHIRURGIA PORRETTA T.

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	14,43	14,75	0,32	2,22%	
U03	N° Ricoveri	378	334	-44	-11,64%	
U08	Tasso di Occupazione	31,93	19,91	-12,02	-37,64%	
U09	Degenza Media Ricoveri	4,46	3,21	-1,25	-28,03%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,08	0,07	-0,01	-12,50%	0,05
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	370	323	-47	-12,70%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	370	323	-47	-12,70%	
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	93,05	94,31	1,26	1,35%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	9,89	8,68	-1,21	-12,23%	
N4	Numero minimo di interventi di Colectomia (All. b DGR 1003/2016; Std 100)	125	107	-18	-14,40%	150
N5	Proporzione di Colectomia Laparoscopica con degenza post-operatoria <= 3giorni (All. b DGR 1003/2016; Std >=75%)	91,53	100	8,47	9,25%	95,00
IND0128	% Interventi programmati al Colon in Laparoscopia (SIVER; Media RER 47%)	7,69	0	-7,69	-100,00%	10,00
N8	N. Tiroideomie	2	0	-2	-100,00%	0
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 47%)	7,37	7,06	-0,31	-4,21%	50,00
IND0421	% di colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno (SIVER; Std 43%)	25,86	29,2	3,34	12,92%	50,00
N9	% di RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	83,33	86,49	3,16	3,79%	90,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 158 C Interventi su ano e stoma senza CC	39	50	11	28,21%	-20% anno 2016
	Utilizzo di sistema per colecistomia VL: % interventi in VL (cod. 5123) eseguiti con dispositivo kit con clip +pinza pluriuso (HEMO-O-LOK) / n. interventi VL		0,00			95,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

Utilizzo di dispositivi medici per Ernia Inguinale: % interventi di ernia inguinale (cod 530x e 531x ord e dh) eseguiti con dispositivo PERFIX (RETE+PLUG) / n. interventi di ernia inguinale		100,00		90,00
--	--	--------	--	-------

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	2	1,42	-0,58	-29,00%	
U47	N° Ricoveri	8	6	-2	-25,00%	
U49	N° Medio Accessi	1	1	0	0,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,03	0,02	-0,01	-33,33%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	415	373	-42	-10,12%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	415	373	-42	-10,12%	450
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	100	100	0	0,00%	

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	80,77	73,91	-6,86	-8,49%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	87,72	70,16	-17,56	-20,02%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	98,04	96,06	-1,98	-2,02%	
	Riparazione ernia inguinale (dh): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		100			90,00
	Patologie neoplastiche (ord): % dei pazienti operati entro 30gg		66,67			90,00

Chirurgia ambulatoriale

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
--	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------	----------------



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

U61a	N. prestazioni Ospedale di Porretta	401	385	-16	-3,99%	
U61c	N. prestazioni Poliam. ospedaliero di Vergato	629	703	74	11,76%	

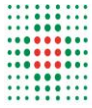


UOC GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA

GASTROENTEROLOGIA OB

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	133	111	-22	-16,54%	
U49	N° Medio Accessi	3,99	3,9	-0,09	-2,26%	
U49a	Presenza media giornaliera	2,04	1,67	-0,37	-18,14%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
GASTROENTEROLOGIA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	21	20,35	-0,65	-3,10%	
U03	N° Ricoveri	1195	1060	-135	-11,30%	
U08	Tasso di Occupazione	85,73	90,5	4,77	5,56%	
U09	Degenza Media Ricoveri	5,51	6,34	0,83	15,06%	
U37a	% Ricoveri Ripetuti 0-30g nella stessa MDC	2,98	4,01	1,03	34,56%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	10,38	14,05	3,67	35,36%	
	Int. cod.4443 CONTROLLO ENDOSCOPICO DI SANGUINAMENTO GASTRICO O DUODENALE su paz in DO GASTRO	21	37	16	76,19%	35
	Int. cod.5110 COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (ERCP) su paz in DO GASTRO	51	239	188	368,63%	240
	Int. cod.5185 SFINTEROTOMIA E PAPILLOTOMIA ENDOSCOPICA su paz in DO GASTRO	135	146	11	8,15%	150
	Int. cod.5187 INSERZIONE ENDOSCOPICA DI TUBO NEL DOTTO BILIARE su paz in DO GASTRO	67	92	25	37,31%	90
	Int. cod.5188 RIMOZIONE ENDOSCOPICA DI CALCOLI DAL TRATTO BILIARE su paz in DO GASTRO	118	135	17	14,41%	140



CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE OB

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE OB

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	5,49	5,68	0,19	3,46%	
U03	N° Ricoveri	314	397	83	26,43%	
U08	Tasso di Occupazione	86,97	93,78	6,81	7,83%	
U09	Degenza Media Ricoveri	5,57	4,9	-0,67	-12,03%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,71	0,54	-0,17	-23,94%	0,50
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	320	428	108	33,75%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	320	428	108	33,75%	430
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	79,75	85,57	5,82	7,30%	85,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	22,47	17,85	-4,62	-20,56%	
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 36%)	31,43	18,13	-13,3	-42,32%	40,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	0	3	3	#DIV/0!	

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	51	92	41	80,39%	
U49	N° Medio Accessi	1	1,03	0,03	3,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,2	0,37	0,17	85,00%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	55	92	37	67,27%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	55	92	37	67,27%	100



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	60,78	65,22	4,44	7,31%	80
-----	--------------------------------	-------	-------	------	-------	----

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	92,54	88,32	-4,22	-4,56%	90,00
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	83,16	68,25	-14,91	-17,93%	85,00
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	78,95	77,78	-1,17	-1,48%	85,00

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61d	N. prestazioni Ospedale Bellaria	275	380	105	38,18%	400
U61e	N. prestazioni Ospedale Maggiore	795	812	17	2,14%	800

**CHIRURGIA POLISPEC. PER LA GRAVE DISABILITA' OB****CHIRURGIA POLISPEC. PER LA GRAVE DISABILITA' OB****Reg. ORD**

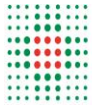
		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U03	N° Ricoveri	30	23	-7	-23,33%	
U09	Degenza Media Ricoveri	1,17	1,04	-0,13	-11,11%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	5	12	7	140,00%	15,00
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	5	12	7	140,00%	
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	30,3	28,57	-1,73	-5,71%	30,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	21,21	17,86	-3,35	-15,79%	

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U47	N° Ricoveri	300	254	-46	-15,33%	
U49	N° Medio Accessi	1,03	1,06	0,03	2,91%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	306	263	-43	-14,05%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	306	263	-43	-14,05%	300
U60	% Drg Chirurgici su Drg Totali	46	58,66	12,66	27,52%	
UZZ	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61d	N. prestazioni Ospedale Bellaria	133	89	-44	-33,08%	120



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi



CHIRURGIA PLASTICA OB

CHIRURGIA PLASTICA OB

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	6,99	7,12	0,13	1,86%	
U03	N° Ricoveri	375	348	-27	-7,20%	
U08	Tasso di Occupazione	57,91	55,69	-2,22	-3,83%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,95	4,16	0,21	5,32%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,51	0,54	0,03	5,88%	0,50
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	374	358	-16	-4,28%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	363	344	-19	-5,23%	450
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	96,07	97,69	1,62	1,69%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	18,32	20,75	2,43	13,26%	
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 21%)	9,5	19,79	10,29	108,32%	50,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	3	3	0	0,00%	0,00

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	27	39	12	44,44%	100
U49	N° Medio Accessi	1	1	0	0,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,1	0,15	0,05	50,00%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	34	41	7	20,59%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	34	41	7	20,59%	40
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	100	97,44	-2,56	-2,56%	

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	62,5	75,47	12,97	20,75%	90,00
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	50	38,46	-11,54	-23,08%	60,00

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61	N. prestazioni	752	653	-99	-13,16%	700



UOSD CHIRURGIA VASCOLARE OM

CHIRURGIA VASCOLARE OM (ord e dh)

CHIRURGIA VASCOLARE OM sede BAZZANO (d)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	14,36	14,47	0,11	0,77%	
U03	N° Ricoveri	603	615	12	1,99%	
U08	Tasso di Occupazione	74,4	84,42	10,02	13,47%	
U09	Degenza Media Ricoveri	6,48	7,25	0,77	11,88%	6,50
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	1,26	1,17	-0,09	-7,14%	1,10
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	532	557	25	4,70%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	527	557	30	5,69%	550
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	90,16	90,23	0,07	0,08%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	9,65	6,51	-3,14	-32,54%	

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	2	2	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	66	64	-2	-3,03%	
U49	N° Medio Accessi	1,24	1,03	-0,21	-17,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,31	0,28	-0,03	-10,46%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	52	52	0	0,00%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	52	52	0	0,00%	60
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	100	100	0	0,00%	



Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	38,98	37,78	-1,2	-3,08%	90,00
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	39,52	50	10,48	26,52%	80,00
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	54,55	72,22	17,67	32,39%	75,00
	Endoarteriectomia carotidea (ord): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		43,8			90,00

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61	N. prestazioni	39	0	-39	-100,00%	50,00



UOC OCULISTICA

OCULISTICA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	1,84	1,83	-0,01	-0,54%	
U03	N° Ricoveri	25	47	22	88,00%	
U08	Tasso di Occupazione	5,82	16	10,18	174,91%	
U09	Degenza Media Ricoveri	1,12	1,62	0,5	44,64%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	38	48	10	26,32%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	14	19	5	35,71%	
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	44	51,02	7,02	15,95%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	52	24,49	-27,51	-52,90%	
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 45%)	98,14	98,15	0,01	0,01%	98,91

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	1189	1191	2	0,17%	
U49	N° Medio Accessi	1,69	1,73	0,04	2,37%	
U49a	Presenza media giornaliera	7,73	8,08	0,35	4,53%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	1136	1194	58	5,11%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	1136	1194	58	5,11%	1.200
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	94,28	95,97	1,69	1,79%	

Cruscotto Chirurgico



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	100	non presenti casi			
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C					90,00

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61e	N. prestazioni Ospedale Maggiore	7331	7796	465	6,34%	7.800
U61l	N. prestazioni in altri stabilimenti	5216	4995	-221	-4,24%	5.200



UOC OTORINOLARINGOIATRIA B

OTORINOLARINGOIATRIA BUDRIO (ord e dh) chiude a aprile 2018

OTORINOLARINGOIATRIA OB (ord)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	3,7	3,75	0,05	1,35%	
U03	N° Ricoveri	703	726	23	3,27%	
U08	Tasso di Occupazione	84,63	80,37	-4,26	-5,04%	
U09	Degenza Media Ricoveri	1,63	1,52	-0,11	-7,05%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,02	0,03	0,01	50,00%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	711	735	24	3,38%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	687	698	11	1,60%	700
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	95,4	91,41	-3,99	-4,18%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	21,11	26,8	5,69	26,95%	
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 24%)	23	16,36	-6,64	-28,87%	24,00
IND0110	N. Interventi di Tonsillectomia (SIVER: Ts. Ausl 262; Ts. RER 263)	90	90	0	0,00%	90,00

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	104	70	-34	-32,69%	
U49	N° Medio Accessi	1,94	1,84	-0,1	-5,15%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,91	1,63	0,72	79,12%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	105	70	-35	-33,33%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	105	70	-35	-33,33%	100
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	83,65	81,43	-2,22	-2,65%	



Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	90,36	90,36	0	0,00%	90,00
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	78,28	95,48	17,2	21,97%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	77,78	90,95	13,17	16,93%	
	Tonsillectomia (ord): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		95,1			90,00

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61	N. prestazioni	101	257	156	154,46%	260



UOC OTORINOLARINGOIATRIA A

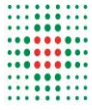
OTORINOLARINGOIATRIA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	8,13	8,03	-0,1	-1,23%	
U03	N° Ricoveri	901	981	80	8,88%	
U08	Tasso di Occupazione	70,93	73,74	2,81	3,96%	
U09	Degenza Media Ricoveri	2,34	2,2	-0,14	-5,98%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,1	0,08	-0,02	-20,00%	0,12
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	868	941	73	8,41%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	861	934	73	8,48%	950
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	85,82	85,59	-0,23	-0,27%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	14,72	14,22	-0,5	-3,40%	
IND0110	N. Interventi di Tonsillectomia (SIVER: Ts. Ausl 262; Ts. RER 263)	118	123	5	4,24%	
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 24%)	23,98	8,73	-15,25	-63,59%	24,00

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	273	231	-42	-15,38%	
U49	N° Medio Accessi	1,29	1,25	-0,04	-3,10%	
U49a	Presenza media giornaliera	1,35	1,13	-0,22	-16,30%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	241	194	-47	-19,50%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	241	194	-47	-19,50%	250



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

U60	% Drg Chirurgici su Drg Totali	38,1	32,47	-5,63	-14,78%	90,00
-----	--------------------------------	------	-------	-------	---------	-------

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	91,8	89,66	-2,14	-2,33%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	86,8	85,45	-1,35	-1,56%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	2,86	7,66	4,8	167,83%	
	Tonsillectomia (ord): % dei pazienti operati entro i tempi indicati per le relative classi di priorità		42,23			90,00



UOC UROLOGIA

UROLOGIA OM (ord e dh)

UROLOGIA OM sede BAZZANO (dh)

UROLOGIA OM sede PORRETTA T. (ord)

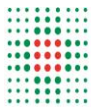
UROLOGIA SAN GIOVANNI IN P. (ord e dh)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	22,33	22,05	-0,28	-1,25%	
U03	N° Ricoveri	1793	1893	100	5,58%	
U08	Tasso di Occupazione	106,88	100,53	-6,35	-5,94%	
U09	Degenza Media Ricoveri	4,87	4,27	-0,60	-12,23%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,59	0,56	-0,03	-5,08%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	1880	1895	15	0,80%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	1790	1820	30	1,68%	2.000
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	71,9	71,08	-0,82	-1,14%	72,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	13,97	13,35	-0,62	-4,44%	
IND0132	% Interventi di Prostatectomia Transuretrale (SIVER; Media RER 82%)	67,43	67,58	0,15	0,22%	82,00
IND0118	N. Interventi di Prostatectomia Transuretrale per iperplasia benigna della prostata (SIVER)	116	99	-17	-14,66%	120,00
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 22%)	59,07	77,55	18,48	31,28%	80,00
	% in VL (cod 5421) degli interventi neoplasia rene (drg303 ord e dh)	25,64	28,92	3,28	12,79%	90,00

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	3	3	0	0,00%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

U47	N° Ricoveri	616	521	-95	-15,42%	620
U49	N° Medio Accessi	1,03	1,03	0,00	0,20%	
U49a	Presenza media giornaliera	3,57	4,70	1,13	31,61%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	447	350	-97	-21,70%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	447	350	-97	-21,70%	500
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	62,8	59,31	-3,49	-5,56%	70
UZZ	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio		0			

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61	N. prestazioni	267	144	-123	-46,07%	

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	27,58	39,03	11,45	41,52%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	28,19	35,45	7,26	25,75%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	30,46	54,34	23,88	78,40%	
	Patologie neoplastiche (ord): % dei pazienti operati entro 30gg		36,96			90,00
	Neoplasia prostata (drg 306 e 307) - corretta classificazione in classe A: N. casi in classe A correttamente assegnati/totale tumori prostata in lista classi A, B, C		Non valutabile: linee guida uscite dic 2017			98,00
	Neoplasia prostata (drg 306 e 307) - % dei pazienti operati entro i tempi: classe A (30gg)		22,22			98,00
	Neoplasia prostata (drg 306 e 307) - % dei pazienti operati entro i tempi: classe B (60gg)		20			98,00
	Neoplasia prostata (drg 306 e 307) - % dei pazienti operati entro i tempi: classe C (180gg)		66,67			98,00



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

	Neoplasia rene (drg 303) - % dei pazienti operati entro 30gg		45,33			98,00
	Neoplasia vescicale infiltrante (drg 334 e335) - % dei pazienti operati entro 30gg		22,64			98,00

PROGRAMMA CHIRURGIA MEDIO-BASSA COMPLESSITA' SGP (cod 0916 ord e dh, da aprile 2018)

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. CHIRURGICO

U.O.C. CHIRURGIA E

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per gastroenterologia		7	7			7	

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	1.095	1.078	-17	-1,6 %	1.200	957	850
Ecografia Capo Collo	1		-1	-100,0 %			

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	52	33	-19				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. CHIRURGICO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA B

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

prime visite per ORL

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
6.881	10.317	3.436	49,9 %	9.000	8.579	5.500

Visite di controllo critiche per esterni

controlli per ORL

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.508	2.878	370	14,8 %			

Prestazioni critiche strumentali

Audiometria
Test percutanei e intracutanei a lettura immediata
Impedenziometria
Laringoscopia e altra tracheoscopia
Test epicutanei a lettura ritardata [PATCH TEST]

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.057	3.016	959	46,6 %	2.200	1.371	1.000
41	53	12	29,3 %	50		
1.403	1.493	90	6,4 %	1.400	464	350
1.844	2.205	361	19,6 %	2.200	330	280
1	7	6	600,0 %	10		

Prestazioni Scartate

Prestazioni scartate

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
31	30	-1				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. CHIRURGICO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

U.O.C. OCULISTICA

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per oculistica	17.585	23.132	5.547	31,5 %	21.000	21.626	16.000

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per oculistica	19.362	20.712	1.350	7,0 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Fondo oculare	361	367	6	1,7 %	360	223	300
Angiografia con fluoresceina o angioscopia oculare	9.238	10.906	1.668	18,1 %	10.500	7.878	8.000

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	193	174	-19				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. CHIRURGICO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA A

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

prime visite per ORL

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
3.885	3.868	-17	-0,4 %	4.000	2.107	2.200

Visite di controllo critiche per esterni

controlli per ORL

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
1.879	1.966	87	4,6 %			

Prestazioni critiche strumentali

Audiometria

Impedenziometria

Laringoscopia e altra tracheoscopia

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.062	2.170	108	5,2 %	2.200	437	500
1.520	1.661	141	9,3 %	1.700	187	180
450	429	-21	-4,7 %	600	157	

Prestazioni Scartate

Prestazioni scartate

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
32	58	26				

DIP. CHIRURGICO

UOS ODONTOIATRIA E UOS CHIRURGIA POLISPECIALISTICA

OBIETTIVI 2018

Regime SSN-prestazioni a DM

OSPEDALE BELLARIA

	Anno 2016	Anno 2017	diff. ass. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
Altre prestazioni terapeutiche	25	6	-19	-316,7 %	30
Biopsia	12		-12		15
Chirurgia ambulatoriale	146	90	-56	-62,2 %	150
Odontoiatria	4.312	2.895	-1.417	-48,9 %	4.300
Prima visita	2.877	3.110	233	7,5 %	3.000
Visita di controllo	24	10	-14	-140,0 %	50
Somma:	7.396	6.111	-1.285	-17,4 %	7.545

OSPEDALE MAGGIORE

	Anno 2016	Anno 2017	diff. ass. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
Altre prestazioni terapeutiche	1.437	1.447	10	0,7 %	1.500
Biopsia	12	14	2	14,3 %	20
Chirurgia ambulatoriale	816	837	21	2,5 %	890
Odontoiatria	7.258	7.197	-61	-0,8 %	8.500
Prima visita	8.271	8.055	-216	-2,7 %	9.000
Visita di controllo	723	754	31	4,1 %	1.000
Somma:	18.517	18.304	-213	-1,2 %	20.910

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. CHIRURGICO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

U.O.S.D. CHIRURGIA VASCOLARE OM

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

prime visite per chirurgia vascolare

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.317	2.509	192	8,3 %	2.600	2.271	2.050

Visite di controllo critiche per esterni

controlli per chirurgia vascolare

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
193	169	-24	-12,4 %		169	

Prestazioni critiche strumentali

Ecocolordoppler

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
90	47	-43	-47,8 %	200		

Prestazioni Scartate

Prestazioni scartate

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
69	4	-65				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. CHIRURGICO

U.O.C. UROLOGIA

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. ANNO 2017-ANNO 2016	diff. % ANNO 2017-ANNO 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per urologica	9.160	9.759	599	6,5 %	10.000	8.767	9.000

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. ANNO 2017-ANNO 2016	diff. % ANNO 2017-ANNO 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per urologica	3.593	3.758	165	4,6 %		2	

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. ANNO 2017-ANNO 2016	diff. % ANNO 2017-ANNO 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecocolordoppler	96	116	20	20,8 %			
Ecografia Addome	17	5	-12	-70,6 %			
Cistoscopia transuretrale	1.647	1.768	121	7,3 %	2.000	1.768	
Esame urodinamico invasivo	236	271	35	14,8 %	300	1	
Uroflussometria	689	690	1	0,1 %	800	248	
Ecografia prostatica transrettale	428	441	13	3,0 %	700	115	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. ANNO 2017-ANNO 2016	diff. % ANNO 2017-ANNO 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	95	162	67				

U.O.C. GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA INTERV.CA

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per gastroenterologia	8.513	9.978	1.465	17,2 %	10.000	4.786	3.000

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per gastroenterologia	1.699	2.065	366	21,5 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Colonscopia	8.734	9.089	355	4,1 %	8.000	4.919	4.000
di cui colonscopie di screening	2.262	2.232	-30	-1,3 %	3.000	1	
n. accessi colonscopie	8.468	8.480	12	0,1 %	8.000	4.494	3.000
di cui accessi colonscopie di screening	2.262	2.232	-30	-1,3 %	3.000	1	2.500
Gastroscopia	6.172	6.422	250	4,1 %	5.500	4.699	3.000
n. accessi gastroscopie	6.130	6.075	-55	-0,9 %	5.500	4.529	5.500

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	124	188	64				

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

DIP. CHIRURGICO

Nota(*): valori colonne "Precons-2017" e "Budget 2018" compilati dai Gestori di Riferimento

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			11.199.150	11.249.150	50.000	11.201.981	47.170	99,58%	11.298.782	96.801	0,86%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	981.245	981.245	-	1.056.883	75.638	107,71%	1.056.883	-	-
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	14.539	14.539	-	11.238	3.301	77,30%	11.238	-	-
41001020	MEZZI DI CONTRASTO DOTATI DI AIC	FARMACIA	25.017	25.017	-	24.347	670	97,32%	24.347	-	-
41001051	GAS AD USO DI LABORATORIO	FARMACIA	115	115	-	-	115	0,00%	-	-	-
41001060	OSSIGENO CON AIC	FARMACIA	4.870	4.870	-	4.696	174	96,42%	4.696	-	-
41001070	GAS MEDICINALI PRIVI DI AIC	FARMACIA	725	725	-	1.157	433	159,70%	1.157	-	-
41001100	EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	55.329	55.329	-	49.581	5.748	89,61%	49.581	-	-
41001109	SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	51.132	51.132	-	46.216	4.916	90,39%	46.216	-	-
41001162	VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	FARMACIA	2.075	2.075	-	928	1.147	44,73%	928	-	-
41001201	PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	11.742	11.742	-	6.256	5.486	53,28%	6.256	-	-
41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	66.435	66.435	-	80.509	14.074	121,18%	80.509	-	-
41001203	ALLERGENI	FARMACIA	1.159	1.159	-	1.499	340	129,39%	1.499	-	-
41001300	MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	23.453	23.453	-	18.835	4.618	80,31%	19.500	665	3,53%
41001501	DISPOSITIVI MED.IMPIANT.NON ATTIVI	FARMACIA	2.098.878	2.098.878	-	2.163.612	64.734	103,08%	2.163.612	-	-
41001502	DISPOSITIVI MEDICI IMPIANT.ATTIVI	FARMACIA	7.280	7.280	-	5.929	1.351	81,44%	5.929	-	-
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	6.534.853	6.584.853	50.000	6.309.708	275.145	95,82%	6.404.708	95.000	1,51%
41001630	VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	5.026	5.026	-	4.635	391	92,21%	4.635	-	-
41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO/ALBERGHIERO	1.118.359	1.118.359	-	1.163.513	45.153	104,04%	1.165.000	1.487	0,13%
		FARMACIA	17.991	17.991	-	20.592	2.601	114,46%	20.592	-	-
41001920	PRODOTTI SANITARI PER RICERCA	FARMACIA	196	196	-	175	21	89,24%	175	-	-
41001950	ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	169.614	169.614	-	222.351	52.737	131,09%	222.000	351	-0,16%
41001970	PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	9.117	9.117	-	9.321	204	102,24%	9.321	-	-
BENI SANITARI - EROG. DIRETTA			4.008	4.008	-	3.674	334	91,66%	3.674	-	-
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	4.008	4.008	-	3.674	334	91,66%	3.674	-	-
BENI NON SANITARI			186.670	186.670	-	181.433	5.237	97,19%	181.500	67	0,04%
41002200	MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	46.161	46.161	-	45.798	363	99,21%	46.000	202	0,44%
41002500	CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	70.569	70.569	-	75.415	4.846	106,87%	75.500	85	0,11%
41002600	SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	69.940	69.940	-	60.220	9.720	86,10%	60.000	220	-0,37%
Totale complessivo			11.389.828	11.439.828	50.000	11.387.088	52.741	99,54%	11.483.956	96.868	0,85%

2018 budget

**DIPARTIMENTO
EMERGENZA**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO EMERGENZA - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	SI	2.1.0 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili ex-ante (MAPS)	≥90%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	1) numero di casi presi in carico in modo integrato	>60%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	2) riduzione accessi detenuti nelle strutture esterne al carcere per visite specialistiche (< 2017)	< 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire i volumi distrettuali di attività specialistica ambulatoriale definiti nel Piano di Committenza	Adeguare l'offerta ai fabbisogni espressi nel Piano	100%
PRESIDIO OSPEDALIERO							L'Accesso	NO	Ecofast addome allargata	Ecofast in addome acuto in PS	Formazione del personale Medico di PS OM n. ecofast addome allargata eseguite/n. di addomi acuti	Formazione del 50% dell'organico 30%
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
APPENNINO	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	NO	Migliorare l'accesso all'assistenza delle persone con nefropatie e la presa in carico attraverso un rapporto efficace tra i professionisti	Definire i processi assistenziali più adeguati alla presa in carico multiprofessionale precoce delle persone con possibili nefropatie	Evidenza dei processi assistenziali e degli accordi tra professionisti (emergenza, medicina, nefrologia, MMG, Infermieri)	entro giugno 2018
PIANURA OVEST				X			L'Accesso	NO	Regolamentazione accesso in PS (PS SGP) da servizi territoriali (CSM (stati psicotici organici), CRA (urgenze), NPIA, Cure Palliative, Territorio Bed manager in dimissioni difficili)	Protocollo/linee guida distrettuali validati	Evidenza documento Applicazione	Ottobre 2018 entro 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle Cds per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Consolidare il percorso di coinvolgimento iniziato	realizzare almeno due azioni di integrazione proposte dai gruppi di lavoro effettuati nel 2017	avvio di due azioni per ambito distrettuale
PIANURA OVEST				X			Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Casa della Salute DI Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Trasmissione al CRT-ER di una relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'Ufficio Locale di Coordinamento	Relazione trasmessa alla CRT-ER in occasione degli incontri annuali	SI
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Donazioni cornee	Numero di donazioni di cornee nei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni	≥17%
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Donazioni multi-tessuto	Numero di donazioni multi-tessuto nei decessi di età compresa tra 2 e 78 anni	come da indicazioni CRT-ER per AUSLBO
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Programma regionale "Cuore fermo DCD"	Adesione al programma (se AUSLBO individuata idonea)	SI
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione progettualità degenza medica per intensità di Cura H S.Giovanni Persiceto	Definizione organizzativa e strutturale del progetto	attivazione degenze per intensità di cura	entro 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione riorganizzazione Rete chirurgica metropolitana (Hub e Spoke).	Attivazione e completamento organizzazione Spoke dell'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto	organizzazione a regime	entro Ottobre 2018
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post- acuzie e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acuzie solo Ospedale Maggiore)	≥ 20%
GOVERNO CLINICO	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDPA BPCO	Completamento del PDPA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDPA Stroke	Consolidare le attività di Stroke presso l'OM	n. trombolisi ev n. trombectomie riduzione tempi door to treatment (ed/ia)	trombolisi ev > 250 trombectomie >125 -20% vs IV°trim2017
CURE PALLIATIVE							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Formazione H: End of Life Bioetica e testamento biologico	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
PRESIDIO OSPEDALIERO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Ridefinire assetto servizi di emergenza	Avvio operativo delle funzioni di pronto soccorso a Vergato e Porretta	evidenza del progetto approvato dalla DG e dell'avvio del riassetto	avvio entro giugno 2018

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
PRESIDIO OSPEDALIERO				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione PS Ospedale di S. Giovanni in Persiceto	Definizione e approvazione progetto per il miglioramento della gestione dell'accesso e della degenza breve	definizione progetto approvazione attivazione	marzo luglio ottobre 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione spazi e attività nell'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto per efficientare percorsi ed attese	Suddivisione spazi per aree omogenee	Conclusione piano riorganizzativo	entro marzo 2018
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Riconvertire 10 PL C.I.	Numero di PL C.I. attivati	10 pl operativi entro giugno 2018
BOLOGNA CITTA'		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare almeno 2 esperienze di letti di CI: 1 in ospedale ed uno in CRA; Prima sperimentazione concreta in ospedale	Elaborazione di due progetti	Progetti entro ottobre 2018; attivazione sperimentazione (12 L) entro giugno 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare la realizzazione di Letti di Cure Intermedie nei due ambiti Distrettuali	evidenza progetto	entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Analisi distrettuale delle strutture identificabili come letti di cure intermedie inventirei l'indicatore con l'azione	Attivazione di 10/15 posti letto presso una CRA del Distretto	entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di percorsi integrati e definiti con i reparti ospedalieri	Definire prevalentemente con le UO di medicina interna ospedaliere i percorsi consenziali per i pazienti assistiti a domicilio nella rete territoriale integrata	Evidenza dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio, territorio e territorio	Almeno 3 percorsi di continuità (fast) formalizzati
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Attuare Progetto riordino Ospedale Loiano	Riconversione 10 letti tecnici	Entro 2018
PIANURA OVEST				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppo Cure intermedie	Riconversione di letti tecnici prevedendo nel percorso organizzativo anche una proposta di afferenza territoriale per facilitare le ammissioni dal domicilio dei pazienti cronici/fragili	presenza percorso validato avvio operativo	entro Ottobre 2018 entro 2018
PIANURA OVEST				X			Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Domiciliarità e prossimità	Istituzione di un gruppo di regia distrettuale per coordinare gli obiettivi scheda 4-Budget di salute, 5 - Riconoscimento care giver, 6-Progetti di vita e dopo di noi, 7-rete cure palliative, 17- progetto adolescenza, 33 - miglioramento accesso in emergenza urgenza,36 - Consolidamento sviluppo servizi sociali territoriali)	Istituzione gruppo di regia - Predisposizione e completamento schede obiettivi	entro aprile 2018
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Partecipazione agli incontri clinici organizzati dal Programma Interaziendale "Epidemiologia e Controllo del Rischio Infettivo correlato alle organizzazioni"	% del numero dei Medici intervenuti per DIP	≥50% dei Medici assegnati al Dipartimento
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Riduzione della prescrizione di antibiotici	% delle prescrizioni di antibiotici	mantenimento del risultato 2017 ottenuto per Dip. Emergenza -10% della media DDD 2017 di
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
IGIENE							La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UA Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Vedi allegato Igiene	Vedi allegato Igiene
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management
SPP							La gestione del rischio		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile	Entro Luglio 2018
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QUALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATRICI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno

2018 - ALLEGATO OBIETTIVI IGIENE

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Consolidare le attività di sorveglianza in tutte le UU.OO. chirurgiche (SICHER)	% degli interventi da sorvegliare sui quali è stata fatta rilevazione secondo protocollo	100% per tutte le UUOO Chirurgiche del Presidio Ospedaliero
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
Farmacia e Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥60 lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive ≥20 lt./1000 gg di degenza per tutti gli altri reparti

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	NO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Definizione procedura relativa a raccomandazione n. 11 "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)"	evidenza procedura	entro ottobre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net nei blocchi operatori dell'Azienda	N. di schede compilate/N. di accessi elettivi in sala operatoria N. di items compilati/N. items previsti nella check-list N. di non conformità rilevate/N. di item preisti nella check-list	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net per gli interventi in regime ambulatoriale	N.di schede compilate/N. di interventi elettivi ambulatoriali N di items compilati/N. items previsti nella check-list N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva adesione dell'equipe di sala operatoria ad una corretta applicazione della checklist : piano di miglioramento "Sicurezza in Chirurgia" (progetto OssERvare)	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti dei blocchi operatori	80% dei diversi componenti l'equipe chirurgica
MEDICINA LEGALE E RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N.di schede correttamente compilate/N. interventi programmati	100%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti delle UA /UO di Chirurgia generale e specialistica	80% dei professionisti UO/UA
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento nell'ambito del progetto OSSERVARE	riduzione delle non conformità rilevate alla prima osservazione (genn/febbraio 2017)	< o= 90%

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti il progetto - Governo Clinico e Dip Farmaceutico	2 ONCOLOGICO 1 MATERNO INFANTILE 3 EMERGENZA 3 MEDICO 2 IRCCS 3 CHIRURGICO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	34 (partecipaz >50%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Gestione condivisa Farmacia + rete infettivologica di farmaci antimicrobici ad elevato impatto ecologico, economico e gestionale	Condivisione prescrizione con rete infettivologica di: - ceftolozano/tazobactam - ceftazidime/avibactam - dalbavancina - fosfomicina ev - colistina ev - ceftobiprolo - ceftarolina	100%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presca in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di prestazione specialistica	DSA>= 80% ALTRE UOC>=12% (ONCO) >=5% (MAT INF) >=3% (EMERG) >=30% (MEDICO) >=19% (IRCCS) >=8% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presca in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di dimissione	>=55% (ONCO) >=30% (MAT INF) >=43% (EMERG) >=80% (MEDICO) >=49% (IRCCS) >=48% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	% di consumo del biosimilare (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	Incremento della % di consumo del biosimilare rispetto al 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Prescrizioni Colecalciferolo monodose vs multidose	% rapporto prescrizioni colecalciferolo multidose/(monodose+multidose)	≥80%



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

DIPARTIMENTO EMERGENZA

01 UOC PS E MEDICINA URGENZA OM

MEDICINA D'URGENZA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	38	29,85	-8,15	-21,45%	
U03	N° Ricoveri	1727	1901	174	10,08%	
U08	Tasso di Occupazione	34,62	48,48	13,86	40,03%	
U09	Degenza Media Ricoveri	2,57	2,53	-0,04	-1,56%	2,40
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	9,33	13,43	4,1	43,94%	
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	0



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

02 UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA OM

MEDICINA RIABILITATIVA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	12	12	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	189	189	0	0,00%	
U08	Tasso di Occupazione	81,26	85,39	4,13	5,08%	
U09	Degenza Media Ricoveri	18,88	19,79	0,91	4,82%	18,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	14,29	13,56	-0,73	-5,11%	

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	79	59	-20	-25,32%	
U49	N° Medio Accessi	19,42	26,98	7,56	38,93%	
U49a	Presenza media giornaliera	5,9	6,24	0,34	5,76%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

03 UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA OM

CASA DEI RISVEGLI

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	10	10	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	78	74	-4	-5,13%	
U08	Tasso di Occupazione	89,51	90,93	1,42	1,59%	
U09	Degenza Media Ricoveri	42	44,85	2,85	6,79%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	24,56	17,54	-7,02	-28,58%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

04 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA SAN GIOVANNI IN P.

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	212	188	-24	-11,32%	
U49	N° Medio Accessi	1	1,01	0,01	1,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	4,93	2,95	-1,98	-40,16%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	216	296	80	37,04%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	216	296	80	37,04%	300
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	98,11	98,4	0,29	0,30%	

Chirurgia ambulatoriale

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61	N. prestazioni	95	97	2	2,11%	90



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	57,76	60	2,24	3,88%	
U03	N° Ricoveri	1736	2163	427	24,60%	
U08	Tasso di Occupazione	77,16	89,87	12,71	16,47%	
U09	Degenza Media Ricoveri	9,4	9,1	-0,3	-3,19%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	1,18	0,91	-0,27	-22,88%	0,90
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	1788	2068	280	15,66%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	1764	2044	280	15,87%	
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	86,27	85,12	-1,15	-1,33%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	22,15	18,72	-3,43	-15,49%	
U73	Intervento chirurgico per frattura di femore (DM 70/2015; Std 75)	232	382	150	64,66%	
U74	% int. chir. entro 48h su persone con frattura collo femore di età >= 65 anni (DM 70/2015; Std 60%)	76,41	75,38	-1,03	-1,35%	75,00
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 38%) - compresa ORTOPEDIA SGP	28,4	37,63	9,23	32,50%	38,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	0	1	1	#DIV/0!	0
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	57	66	9	15,79%	-20% anno 2016



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione ESCLUSI int. 8145 Altra riparaz. dei legamenti crociati	25	28	3	12,00%	-20% anno 2016
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	0

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1,2	1,2	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	47	42	-5	-10,64%	
U49	N° Medio Accessi	1	1,19	0,19	19,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,18	0,2	0,02	11,11%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	31	15	-16	-51,61%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	31	15	-16	-51,61%	
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	95,74	78,57	-17,17	-17,93%	
UZZ	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	75,81	96	20,19	26,63%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	41,33	74,07	32,74	79,22%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

Protesi d'anca: % dei pazienti operati entro 180gg		58,97			90,00
--	--	-------	--	--	-------

Chirurgia ambulatoriale

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U61 N. prestazioni	0				



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

05 UOC ORTOPEDIA DELL'APPENNINO

ORTOPEDIA VERGATO (da maggio 2018 trasferimento a PORRETTA TERME)

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	10,89	10,65	-0,24	-2,20%	
U03	N° Ricoveri	409	434	25	6,11%	
U08	Tasso di Occupazione	87,83	107,87	20,04	22,82%	
U09	Degenza Media Ricoveri	8,56	9,67	1,11	12,97%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,8	0,8	0	0,00%	0,80
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	384	417	33	8,59%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	384	417	33	8,59%	400
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	90,93	89,68	-1,25	-1,37%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	9,07	10,32	1,25	13,78%	
U73	Intervento chirurgico per frattura di femore (DM 70/2015; Std 75)	84	99	15	17,86%	100
U74	% int. chir. entro 48h su persone con frattura collo femore di età >= 65 anni (DM 70/2015; Std 60%)	49,35	58,62	9,27	18,78%	70,00 (ob valido dopo trasf. a Porretta)
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 38%)	70,98	66,85	-4,13	-5,82%	75,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	4	7	3	75,00%	-5% anno 2016
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	14	13	-1	-7,14%	-5% anno 2016



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	179	143	-36	-20,11%	
U49	N° Medio Accessi	1	1,01	0,01	1,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,69	0,56	-0,13	-18,84%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	178	144	-34	-19,10%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	178	144	-34	-19,10%	180
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	99,44	100	0,56	0,56%	

Cruscotto Chirurgico

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	88,89	86,96	-1,93	-2,17%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	56,47	85,48	29,01	51,37%	

Protesi d'anca: % dei pazienti operati entro 180gg

91,84

90,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
ORTOPEDIA VERGATO sede BAZZANO

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	68	63	-5	-7,35%	
U49	N° Medio Accessi	1	1	0	0,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,26	0,27	0,01	3,85%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	68	85	17	25,00%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	68	85	17	25,00%	90
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	97,06	100	2,94	3,03%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

06 UOSD CHIRURGIA DEL TRAUMA

CHIRURGIA DEL TRAUMA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	3	3	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	103	106	3	2,91%	
U08	Tasso di Occupazione	48,27	56,07	7,8	16,16%	
U09	Degenza Media Ricoveri	5,15	5,79	0,64	12,43%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	156	110	-46	-29,49%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	156	110	-46	-29,49%	
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	31,75	52,44	20,69	65,17%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	19,05	21,95	2,9	15,22%	
N3	N° casi con rottura di milza, senza intervento chirurgico	16	22	6	37,50%	
N6	N. traumi gravi Trauma Center (All. b DGR 1003/2016; Std >240)	302	271	-31	-10,26%	
N7	% Centralizzazione Primaria Trauma Center (All. b DGR 1003/2016; Std +5% del 2015)	79,9	81,9	2	2,50%	83,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

07 UOC ANESTESIA-RIANIMAZ.EMERGENZ.TERRIT.118 BOLOGNA

RIANIMAZIONE OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	11	11	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	473	529	56	11,84%	
U08	Tasso di Occupazione	85,22	76,16	-9,06	-10,63%	
U09	Degenza Media Ricoveri	6,28	5,14	-1,14	-18,15%	6,00
U11	Indice di Turn Over	1,09	1,61	0,52	47,71%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	24,57	20,43	-4,14	-16,85%	
N6	N. traumi gravi Trauma Center (All. b DGR 1003/2016; Std >240)	302	271	-31	-10,26%	
N7	% Centralizzazione Primaria Trauma Center (All. b DGR 1003/2016; Std +5% del 2015)	79,9	81,9	2	2,50%	83,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

08 PROGRAMMA TER.IN MEDICO-CHIR.RETE OSPEDALIERA

ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	8,65	8,91	0,26	3,01%	
U03	N° Ricoveri	637	645	8	1,26%	
U08	Tasso di Occupazione	85,63	85,02	-0,61	-0,71%	
U09	Degenza Media Ricoveri	4	4,04	0,04	1,00%	3,80
U11	Indice di Turn Over	0,67	0,71	0,04	5,97%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	11,11	10,13	-0,98	-8,82%	
U82	% pazienti con inizio induzione anestesia entro ore 8:00	26,41	36,23	9,82	37,18%	>=40%



CDR 5113 U.O.C. RIANIMAZIONE CO E 118

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17- anno16	Diff. %anno17- anno16	OBIETTIVO 2018
IND0106	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA (SIVER; Std 18 minuti)	16	16	0	0,00%	16
N12	% Centralizzazione Primaria Laboratori di Emodinamica (All. b DGR 1003/2016; Std 75%)	90,93	92,6	1,67	1,84%	93
N13	di cui % Fast-Track (Std 45%)	50,21	56,1	5,89	11,73%	58



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO GENERALE - OSPEDALE MAGGIORE
BUDGET 2018

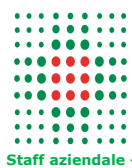
Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17- ANNO 16	Diff.% ANNO 17-ANNO 16	obiettivo 2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	17,86	14,47	-3,39	-18,98	10,00
Durata Media dell'OBI	16,40	17,17	0,37		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe prima della visita PS) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	30,97	29,03	-1,94	-6,26	28,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	55,61	55,98	0,37	0,67	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	44,85	57,74	12,89	28,74	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	15,58	20,68	5,10	32,73	60,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	38,86	67,57	28,71	73,88	80,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	92,60	94,00	1,40	1,51	95,00
N. ricoveri urgenti per complicanze del diabete >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 37; Ts. RER 36)	68	60	-8	-11,76	
N. ricoveri urgenti per scompenso >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 398; Ts. RER 408)	816	910	94	11,52	
N. ricoveri urgenti per BPCO >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 140; Ts. RER 115)	263	272	9	3,42	

Fonte dati: Flusso PS RER

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO ORTOPEDICO - OSPEDALE MAGGIORE
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17- ANNO 16	Diff.% ANNO 17-ANNO 16	obiettivo 2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	5,09	4,68	-0,41	-8,06	3,50
Durata Media dell'OBI	16,04	19,02	2,58		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe <u>prima della visita</u> PS) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	4,32	5,07	0,75	17,36	4,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	88,74	87,80	-0,94	-1,06	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	92,69	92,47	-0,22	-0,24	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	55,11	55,40	0,29	0,53	75,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	72,61	70,11	-2,50	-3,44	80,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	94,65	94,84	0,19	0,20	95,00

Fonte dati: Flusso PS RER



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

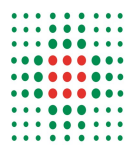
Staff aziendale - UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO GENERALE - OSPEDALE BENTIVOGLIO
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17- ANNO 16	Diff.% ANNO 17-ANNO 16	obiettivo 2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	6,10	6,26	0,16	2,62	5,00
Durata Media dell'OBI	14,44	15,42	0,58		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe prima della visita PS) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	11,40	10,93	-0,47	-4,12	10,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	95,01	94,55	-0,46	-0,48	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	88,65	86,16	-2,49	-2,81	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	47,38	45,62	-1,76	-3,71	60,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	82,22	77,82	-4,40	-5,35	80,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	91,72	90,09	-1,63	-1,78	95,00
N. ricoveri urgenti per complicanze del diabete >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 37; Ts. RER 36)	19	18	-1	-5,26	
N. ricoveri urgenti per scompenso >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 398; Ts. RER 408)	305	310	5	1,64	
N. ricoveri urgenti per BPCO >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 140; Ts. RER 115)	108	100	-8	-7,41	

Fonte dati: Flusso PS RER



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Staff aziendale - UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO GENERALE - OSPEDALE BUDRIO
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17- ANNO 16	Diff.% ANNO 17-ANNO 16	obiettivo 2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	4,41	4,35	-0,06	-1,36	4,00
Durata Media dell'OBI	12,22	13,01	0,39		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe prima della visita PS) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	7,84	7,45	-0,39	-4,97	8,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	97,90	98,09	0,19	0,19	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	98,08	98,24	0,16	0,16	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	77,33	75,47	-1,86	-2,41	80,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	93,17	91,97	-1,20	-1,29	95,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	87,24	87,71	0,47	0,54	90,00
N. ricoveri urgenti per complicanze del diabete >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 37; Ts. RER 36)	9	6	-3	-33,33	
N. ricoveri urgenti per scompenso >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 398; Ts. RER 408)	95	110	15	15,79	
N. ricoveri urgenti per BPCO >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 140; Ts. RER 115)	44	19	-25	-56,82	

Fonte dati: Flusso PS RER



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

Staff aziendale - UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO GENERALE - OSPEDALE BAZZANO
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17- ANNO 16	Diff.% ANNO 17-ANNO 16	obiettivo 2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	5,18	5,91	0,73	14,09	5,00
Durata Media dell'OBI	12,20	13,05	0,45		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe prima della visita PS) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	8,56	9,46	0,90	10,51	8,50
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	97,29	95,58	-1,71	-1,76	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	90,05	88,86	-1,19	-1,32	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	56,63	52,46	-4,17	-7,36	80,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	85,79	78,91	-6,88	-8,02	90,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	95,89	94,61	-1,28	-1,33	95,00
N. ricoveri urgenti per complicanze del diabete >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 37; Ts. RER 36)	16	14	-2	-12,50	
N. ricoveri urgenti per scompenso >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 398; Ts. RER 408)	131	150	19	14,50	
N. ricoveri urgenti per BPCO >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 140; Ts. RER 115)	15	22	7	46,67	

Fonte dati: Flusso PS RER

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO GENERALE - OSPEDALE SAN GIOVANNI
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17- ANNO 16	Diff.% ANNO 17-ANNO 16	obiettivo 2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	9,60	9,35	-0,25	-2,60	5,00
Durata Media dell'OBI	13,48	14,33	0,45		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe <u>prima della visita</u> PS) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	11,58	11,53	-0,05	-0,43	10,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	92,96	91,50	-1,46	-1,57	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	85,75	85,02	-0,73	-0,85	
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	49,42	47,12	-2,30	-4,65	60,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	80,25	78,20	-2,05	-2,55	90,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	81,96	83,83	1,87	2,28	85,00
N. ricoveri urgenti per complicanze del diabete >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 37; Ts. RER 36)	12	4	-8	-66,67	
N. ricoveri urgenti per scompenso >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 398; Ts. RER 408)	155	146	-9	-5,81	
N. ricoveri urgenti per BPCO >=18 anni (SIVER: Ts. Ausl 140; Ts. RER 115)	47	45	-2	-4,26	

Fonte dati: Flusso PS RER

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. EMERGENZA

U.O.C. ORTOPEDIA DELL'APPENNINO

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per ortopedia	3.543	3.509	-34	-1,0 %	3.400	3.133	2.800

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per ortopedia	2.159	2.080	-79	-3,7 %			

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	23	4	-19				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. EMERGENZA

U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per ortopedia	2.411	4.302	1.891	78,4 %	3.000	4.169	2.800

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per ortopedia	10.371	10.758	387	3,7 %		438	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	77	64	-13				

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. EMERGENZA

U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA OM

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per fisioterapia	3.516	3.386	-130	-3,7 %	3.500	2.049	2.000

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per fisioterapia	231	310	79	34,2 %		310	

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
di cui EMG semplice	49	112	63	128,6 %			

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	34	62	28				

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

DIP. EMERGENZA

Nota(*): valori colonne "Precons-2017" e "Budget 2018" compilati dai Gestori di Riferimento ad esclusione Precons_17 Conto Service

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	D% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			7.452.435	7.902.435	450.000	7.967.319	64.885	100,82%	8.736.469	769.150	9,65%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	991.881	991.881	-	994.662	2.781	100,28%	994.662	-	
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	24.209	24.209	-	17.513	6.696	72,34%	17.513	-	
41001020	MEZZI DI CONTRASTO DOTATI DI AIC	FARMACIA	62	62	-	282	220	451,56%	282	-	
41001051	GAS AD USO DI LABORATORIO	FARMACIA	-	-	-	192	192	-	192	-	
41001060	OSSIGENO CON AIC	FARMACIA	144.805	144.805	-	132.067	12.738	91,20%	132.067	-	
41001065	GAS MEDICINALI DOTATI DI AIC	FARMACIA	82	82	-	108	26	131,87%	108	-	
41001070	GAS MEDICINALI PRIVI DI AIC	FARMACIA	43	43	-	65	22	152,58%	65	-	
41001100	EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	55.061	55.061	-	90.575	35.514	164,50%	90.575	-	
41001109	SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	82.785	82.785	-	102.248	19.464	123,51%	102.248	-	
41001162	VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	FARMACIA	14.003	14.003	-	14.240	237	101,69%	14.240	-	
41001201	PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	1.700	1.700	-	3.081	1.381	181,26%	3.081	-	
41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	125.630	125.630	-	143.423	17.793	114,16%	143.423	-	
41001300	MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	4.279	4.279	-	5.844	1.565	136,58%	5.900	56	0,96%
41001400	PRODOTTI PER EMODIALISI	FARMACIA	96.916	96.916	-	101.259	4.343	104,48%	101.259	-	
41001501	DISPOSITIVI MED.IMPIANT.NON ATTIVI	FARMACIA	3.123.315	3.523.315	400.000	3.511.116	12.199	99,65%	4.211.116	700.000	19,94%
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	1.658.714	1.708.714	50.000	1.730.964	22.250	101,30%	1.790.964	60.000	3,47%
41001630	VETRENERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	1.785	1.785	-	1.798	13	100,71%	1.798	-	
41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO	809.903	809.903	-	800.770	9.133	98,87%	805.000	4.230	0,53%
		FARMACIA	49.833	49.833	-	49.399	434	99,13%	49.399	-	
41001950	ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	188.837	188.837	-	190.136	1.299	100,69%	195.000	4.864	2,56%
41001970	PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	78.591	78.591	-	77.577	1.014	98,71%	77.577	-	
BENI SANITARI - EROG. DIRETTA			11.399	11.399	-	9.671	1.728	84,84%	9.671	0	
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	11.399	11.399	-	9.671	1.728	84,84%	9.671	0	
BENI NON SANITARI			427.186	427.186	-	447.068	19.882	104,65%	449.900	2.832	0,63%
41002200	MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	81.465	81.465	-	80.813	652	99,20%	81.000	187	0,23%
41002450	CARBURANTI E LUBRIFICANTI	ECONOMATO	183.175	183.175	-	200.928	17.753	109,69%	200.900	28	-0,01%
41002500	CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	102.038	102.038	-	93.177	8.861	91,32%	95.000	1.823	1,96%
41002600	SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	60.508	60.508	-	72.150	11.642	119,24%	73.000	850	1,18%
Totale complessivo			7.891.019	8.341.019	450.000	8.424.058	83.039	101,00%	9.196.040	771.982	9,16%

2018 budget

**DIPARTIMENTO
MATERNO INFANTILE**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	SI	2.1.0 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili ex-ante (MAPS)	≥90%
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire i volumi distrettuali di attività specialistica ambulatoriale definiti nel Piano di Committenza	Adeguare l'offerta ai fabbisogni espressi nel Piano	100%
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
RENO-LAVINO-SAMOGGIA					X		Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Consolidare il percorso di coinvolgimento iniziato	realizzare almeno due azioni di integrazione proposte dai gruppi di lavoro effettuati nel 2017	avvio di due azioni per ambito distrettuale
PIANURA OVEST				X			Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Casa della Salute DI Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Corretto inserimento in lista d'attesa dei pazienti oncologici in classe A secondo le regole dei singoli team multidisciplinari	Inserire i pazienti oncologici dopo la presentazione e approvazione da parte del TMD	Pazienti inseriti in lista d'attesa dopo approvazione del TMD/totale dei pazienti oncologici inseriti in classe A	100%
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.10.0 Reti Hub & Spoke per Malattie Rare	Relazione dettagliata della presa in carico dei pazienti pediatrici affetti da malattie rare	tempistiche relative al primo accesso	
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.10.0 Reti Hub & Spoke per Malattie Rare	Relazione dettagliata della presa in carico dei pazienti pediatrici affetti da malattie rare	tempistiche relative alle visite di follow up	
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.10.0 Reti Hub & Spoke per Malattie Rare	Relazione dettagliata della presa in carico dei pazienti pediatrici affetti da malattie rare	offerta di counselling genetico (modalità e tempi);	

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.10.0 Reti Hub & Spoke per Malattie Rare	Relazione dettagliata della presa in carico dei pazienti pediatrici affetti da malattie rare	offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi).	
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	DGR 919/2018	3.2.3 Emergenza Ospedaliera	Revisione degli assetti delle reti STAM e STEN secondo la DGR 1603/2013	Verifica dell'assetto delle reti STAM e STEN e conduzione di audit clinici per la valutazione dei percorsi e degli indicatori previsti dalla DGR n. 1603/2013	entro 2018
APPENNINO	X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Consolidare la rete pediatrica in Alto Reno	attivazione ambulatori infermieristici e rete tra pediatri T/H	percorso formativo comune	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Bambino cronico	Redazione del PAI	% pz in carico con PAI redatto	>95% entro aprile 2018
CURE PALLIATIVE							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Formazione H: End of Life Bioetica e testamento biologico	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Partecipazione agli incontri clinici organizzati dal Programma Interaziendale "Epidemiologia e Controllo del Rischio Infettivo correlato alle organizzazioni"	% del numero dei Medici intervenuti per DIP	≥50% dei Medici assegnati al Dipartimento
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Riduzione della prescrizione di antibiotici	% delle prescrizioni di antibiotici	mantenimento del risultato 2017 ottenuto per Dip. Emergenza -10% della media DDD 2017 di Dipartimento per tutti gli altri
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
IGIENE							La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UA Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Vedi allegato Igiene	Vedi allegato Igiene
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DS + Prevenzione e Controllo ICA							La gestione del rischio		Riduzione del rischio infettivo in UTIN	Controllo della sanificazione ambientale attraverso l'uso di buone pratiche	Verifica diretta mediante check list delle operazioni di sanificazione Valutazione performance strumentale (luminometro)	Nessuna NC rilevata mediante check list 200 rlu (unità luce relativa)
SPP							La gestione del rischio		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile Approfondimento sugli altri Dipp.ti clinici	Entro settembre 2018 Entro 2018
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QUALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno

2018 - ALLEGATO OBIETTIVI IGIENE

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Consolidare le attività di sorveglianza in tutte le UU.OO. chirurgiche (SIChER)	% degli interventi da sorvegliare sui quali è stata fatta rilevazione secondo protocollo	100% per tutte le UUOO Chirurgiche del Presidio Ospedaliero
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
Farmacia e Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥60 lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive ≥20 lt./1000 gg di degenza per tutti gli altri reparti

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Definizione procedura relativa a raccomandazione n. 6 "Prevenzione morte materna correlata a travaglio e/o parto e Raccomandazione n. 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano"	evidenza procedura	entro ottobre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	prevenzione dei sinistri attraverso l'analisi multiprofessionale di eventi avversi	progetto formativo	<95% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net nei blocchi operatori dell'Azienda	N. di schede compilate/N. di accessi elettivi in sala operatoria N. di items compilati/N. items previsti nella check-list N. di non conformità rilevate/N. di item preisti nella check-list	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net per gli interventi in regime ambulatoriale	N.di schede compilate/N. di interventi elettivi ambulatoriali N di items compilati/N. items previsti nella check-list N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva adesione dell'èquipe di sala operatoria ad una corretta applicazione della checklist : piano di miglioramento "Sicurezza in Chirurgia" (progetto OssERvare)	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti dei blocchi operatori	80% dei diversi componenti l'èquipe chirurgica
MEDICINA LEGALE E RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N.di schede correttamente compilate/N. interventi programmati	100%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti delle UA /UO di Chirurgia generale e specialistica	80% dei professionisti UO/UA

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica	Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato	Reggio Emilia >= valore 2016 Altre Aziende >= 1,5
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti il progetto - Governo Clinico e Dip Farmaceutico	2 ONCOLOGICO 1 MATERNO INFANTILE 3 EMERGENZA 3 MEDICO 2 IRCCS 3 CHIRURGICO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	34 (partecipaz >50%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Gestione condivisa Farmacia + rete infettivologica di farmaci antimicrobici ad elevato impatto ecologico, economico e gestionale	Condivisione prescrizione con rete infettivologica di: - ceftolozano/tazobactam - ceftazidime/avibactam - dalbavancina - fosfomicina ev - colistina ev - ceftobiprololo - ceftarolina	100%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di prestazione specialistica	DSA >= 80% ALTRE UOC >= 12% (ONCO) >= 5% (MAT INF) >= 3% (EMERG) >= 30% (MEDICO) >= 19% (IRCCS) >= 8% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di dimissione	>= 55% (ONCO) >= 30% (MAT INF) >= 43% (EMERG) >= 80% (MEDICO) >= 49% (IRCCS) >= 48% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	% di consumo del biosimilare (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	Incremento della % di consumo del biosimilare rispetto al 2017



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

01 UO OSTETRICA E GINECOLOGIA

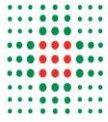
GINECOLOGIA BENTIVOGLIO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	5,31	5,94	0,63	11,86%	
U03	N° Ricoveri	315	233	-82	-26,03%	
U08	Tasso di Occupazione	50,08	36,98	-13,1	-26,16%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,09	2,91	-0,18	-5,83%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,08	0,05	-0,03	-37,50%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	207	190	-17	-8,21%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	207	190	-17	-8,21%	200
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	62,2	65,92	3,72	5,98%	70,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	9,52	6,37	-3,15	-33,09%	
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 59%)	43,7	56,76	13,06	29,89%	59,00

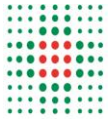
Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	240	249	9	3,75%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

U49	N° Medio Accessi	1,89	1,79	-0,1	-5,29%	
U49a	Presenza media giornaliera	2,24	2,7	0,46	20,54%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	136	142	6	4,41%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	136	142	6	4,41%	150
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	49,17	53,01	3,84	7,81%	52,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
GINECOLOGIA SAN GIOVANNI IN P.

Reg. DH

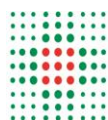
		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	78	84	6	7,69%	
U49	N° Medio Accessi	1	1	0	0,00%	
U49a	Presenza media giornaliera	5,57	3,82	-1,75	-31,42%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	80	84	4	5,00%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	80	84	4	5,00%	70
U60	% DRG Chirurgici su DRG Totali	98,72	100	1,28	1,30%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
OSTETRICIA BENTIVOGLIO

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	9	9	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	720	741	21	2,92%	
U08	Tasso di Occupazione	57,04	60,27	3,23	5,66%	
U09	Degenza Media Ricoveri	2,61	2,67	0,06	2,30%	2,70
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,02	0,06	0,04	200,00%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	150	129	-21	-14,00%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	150	129	-21	-14,00%	
U20	N° Parti	653	692	39	5,97%	700
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	8,75	8,64	-0,11	-1,26%	
IND0217	% Parti Cesarei Primari - GRIGLIA LEA (SIVER; Media RER 20%)	15,25	16,47	1,22	8,00%	15,00
IND0047	% Parti Cesarei nella classe 1 di Robson (SIVER; Media RER 9%)	10,27	9,35	-0,92	-8,96%	
IND0309	% Parti Cesarei nella classe 5 di Robson (SIVER; Media RER 79%)	86,36	68,42	-17,94	-20,77%	
IND0308	% Parti Cesarei Elettivi (2b e 4b) sul totale dei Parti (SIVER; Media RER 5%)	4,58	3,85	-0,73	-15,94%	
IND0663	% donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non) di controllo di dolore nel parto (SIVER; Media RER<=14% anno2016; valore atteso assegnato da DGR830/2017)	33,8	25,16	-8,64	-25,56%	14,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

02 UO OSTETRICA E GINECOLOGIA

GINECOLOGIA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	11,57	11,59	0,02	0,17%	
U03	N° Ricoveri	1056	1100	44	4,17%	
U08	Tasso di Occupazione	96,13	109,72	13,59	14,14%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,85	4,22	0,37	9,61%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	1,68	1,47	-0,21	-12,50%	0,99
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	537	543	6	1,12%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	527	521	-6	-1,14%	600
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	66,5	68,4	1,9	2,86%	68,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	13,73	12,87	-0,86	-6,26%	
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 59%)	79,91	86,65	6,74	8,43%	87,00
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	0

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	8	8	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	1796	1895	99	5,51%	

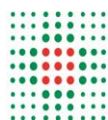


Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

U49	N° Medio Accessi	2,21	2,29	0,08	3,62%	
U49a	Presenza media giornaliera	15,28	16,71	1,43	9,36%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	1250	1233	-17	-1,36%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	1232	1210	-22	-1,79%	1.300
U60	% Drg Chirurgici su Drg Totali	65,92	59,68	-6,24	-9,47%	50,00
UZZ	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	0

Cruscotto Chirurgico

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
Patologie neoplastiche (ord): % dei pazienti operati entro 30gg		48,39			90



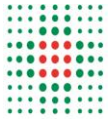
Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
GINECOLOGIA PORRETTA T.

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	5	4,92	-0,08	-1,60%	
U03	N° Ricoveri	42	49	7	16,67%	56,00
U08	Tasso di Occupazione	8,85	14,3	5,45	61,58%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,4	4,8	1,4	41,18%	4,00
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	28	38	10	35,71%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	28	38	10	35,71%	40
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	57,89	48,08	-9,81	-16,95%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	5,26	13,46	8,2	155,89%	
IND0125	% di ricoveri in Day- Surgery per i DRG LEA Chirurgici (SIVER; Media RER 59%)	88,04	88,89	0,85	0,97%	90,00

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	211	168	-43	-20,38%	
U49	N° Medio Accessi	1,33	1,31	-0,02	-1,50%	
U49a	Presenza media giornaliera	1,08	0,85	-0,23	-21,30%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	176	132	-44	-25,00%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

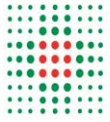
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	176	132	-44	-25,00%	130
U60	% Drg Chirurgici su Drg Totali	81,04	83,33	2,29	2,83%	83,00



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
OSTETRICIA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	35	35	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	3021	3032	11	0,36%	
U08	Tasso di Occupazione	76,3	73,54	-2,76	-3,62%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,24	3,1	-0,14	-4,32%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	0,05	0,03	-0,02	-40,00%	
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	851	843	-8	-0,94%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	841	837	-4	-0,48%	840
U20a	N° Parti (Ost+Gin)	2941	3015	74	2,52%	2.800
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	9,3	8,48	-0,82	-8,82%	
IND0217	% Parti Cesarei Primari - GRIGLIA LEA (SIVER; Media RER 20%)	20,42	23,75	3,33	16,31%	23,00
IND0047	% Parti Cesarei nella classe 1 di Robson (SIVER; Media RER 9%)	6,8	5,71	-1,09	-16,03%	6,00
IND0309	% Parti Cesarei nella classe 5 di Robson (SIVER; Media RER 79%)	82,45	77,1	-5,35	-6,49%	75,00
IND0308	% Parti Cesarei Elettivi (2b e 4b) sul totale dei Parti (SIVER; Media RER 5%)	5,9	6,43	0,53	8,98%	9,00
IND0663	% donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non) di controllo di dolore nel parto (SIVER; Media RER<=14% anno2016; valore atteso assegnato da DGR830/2017)	17,79	12,84	-4,95	-27,82%	14,00
UZV	N° sdo non chiuse entro il 10 del mese successivo al periodo di monitoraggio	0	0	0	#DIV/0!	0



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi



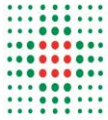
Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

03 UOC NEONATOLOGIA E UNITA' DI TER.INTENS.NEONAT.

NEONATOLOGIA - NURSERY OM

Reg. ORD

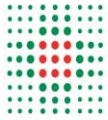
		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	5	5	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	728	314	-414	-56,87%	
U08	Tasso di Occupazione	113,17	108,26	-4,91	-4,34%	
U09	Degenza Media Ricoveri	2,84	2,67	-0,17	-5,99%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	6,99	6,08	-0,91	-13,02%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
NEONATOLOGIA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	8	10,88	2,88	36,00%	
U03	N° Ricoveri	206	537	331	160,68%	
U08	Tasso di Occupazione	70,94	77,46	6,52	9,19%	
U09	Degenza Media Ricoveri	10,08	5,73	-4,35	-43,15%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	9,21	7,82	-1,39	-15,09%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
NEONATOLOGIE BENTIVOGLIO

Reg. ORD

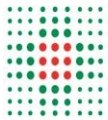
		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	4	4	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	97	104	7	7,22%	
U08	Tasso di Occupazione	16,67	17,95	1,28	7,68%	
U09	Degenza Media Ricoveri	2,52	2,52	0	0,00%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	6,38	4,9	-1,48	-23,20%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
TERAP.INTENS.NEONATALE OM

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	4	4	0	0,00%	
U03	128	158	30	23,44%	
U08	107,65	106,16	-1,49	-1,38%	
U09	12,31	9,81	-2,5	-20,31%	10,00
U38m	18,75	0	-18,75	-100,00%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

04 UOC PEDIATRIA

PEDIATRIA OM

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	13,08	13,41	0,33	2,52%	
U03	N° Ricoveri	758	718	-40	-5,28%	800
U08	Tasso di Occupazione	58,29	62,79	4,5	7,72%	
U09	Degenza Media Ricoveri	3,68	4,28	0,6	16,30%	4,00
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	12,68	11,9	-0,78	-6,15%	
IND0058	N. Dimessi programmati in età pediatrica <14 anni (SIVER: Ts. Ausl 9; Ts. RER 8)	25	19	-6	-24,00%	

Reg. DH

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	103	111	8	7,77%	100
U49	N° Medio Accessi	3,78	3,82	0,04	1,06%	
U49a	Presenza media giornaliera	1,56	1,83	0,27	17,31%	



Staff Aziendale – UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
PEDIATRIA PORRETTA T.

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	3	3	0	0,00%	
U03	103	88	-15	-14,56%	
U08	26,41	22,56	-3,85	-14,58%	
U09	2,82	2,81	-0,01	-0,35%	
U38m	4,9	10,98	6,08	124,08%	

Staff aziendale - UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE
ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO - OSPEDALE MAGGIORE
BUDGET 2018

Descrizione indicatore	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta ANNO 17- ANNO 16	Diff.% ANNO 17-ANNO 16	obiettivo 2018
% abbandoni dal PS (prima e dopo la visita medica) SIVER IND0137	2,64	2,75	0,11	4,17	2,00
Durata Media dell'OBI	19,22	19,28	0,06		
FILTRO (accessi seguiti da ric/ totale accessi escluse le fughe <u>prima della visita PS</u>) compresi pz che hanno rifiutato ricovero	4,27	3,72	-0,55	-12,88	4,00
% pz codice Bianco visitati entro 240 min.	99,38	99,34	-0,04	-0,04	
% pz codice Verde visitati entro 180 min.	96,67	95,82	-0,85	-0,88	99,00
% pz codice Verde visitati entro 60 min. SIVER IND0107	67,85	60,97	-6,88	-10,14	70,00
% pz codice Giallo visitati entro 30 min. SIVER IND0105	95,61	94,73	-0,88	-0,92	98,00
% pz ricoverati o trasferiti (escluse le OBI) entro 8 ore dal triage SIVER IND0109	99,69	98,76	-0,93	-0,93	98,00
N. ricoveri urgenti in età pediatrica età < 14 anni (SIVER; Ts. Ausl 9; Ts. RER 8)	805	746	-59	-7,33	
N. ricoveri urgenti età < 1 anno (SIVER; Ts. Ausl 52; Ts. RER 45)	364	381	17	4,67	

Fonte dati: Flusso PS RER

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MATERNO INFANTILE**OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018****U.O.C. OSTETRICIA GINECOLOGIA OM****Regime SSN****Prime Visite critiche per esterni**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per ostetricia-ginecologia	5.329	5.454	125	2,3 %	5.400	2.133	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per ostetricia-ginecologia	41	68	68	165,9 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecografia Addome	3	4	1	33,3 %			
Ecografia ostetrica	4.389	4.672	283	6,4 %	4.600	527	
Ecografia ginecologica	174	212	38	21,8 %	200	103	
Ecografia trasvaginale	2.062	1.934	-128	-6,2 %	2.179	1.568	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	302	342	342	113,2 %			

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. MATERNO INFANTILE**OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018****U.O.C. OSTETRICIA GINECOLOGIA AREA NORD****Regime SSN****Prime Visite critiche per esterni**

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per ostetricia-ginecologia	6.245	6.317	72	1,2 %	6.400	4.694	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per ostetricia-ginecologia	66	42	-24	-36,4 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Ecografia Addome	5	11	6	120,0 %			
Ecografia ostetrica	4.154	3.511	-643	-15,5 %	4.200	1.081	
Ecografia ginecologica	126	93	-33	-26,2 %	140	88	
Ecografia trasvaginale	2.821	3.111	290	10,3 %	3.170	2.788	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	49	50	-49				

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

DIP. MATERNO INFANTILE

Nota(*): valori colonne "Precons-2017" e "Budget 2018" compilati dai Gestori di Riferimento ad esclusione Precons. 17 Conto Service

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			1.853.053	1.853.053	-	1.801.718	- 51.335	97,23%	1.802.986	1.268	0,07%
	41001001	MEDICINALI CON AIC	602.284	602.284	-	582.021	- 20.263	96,64%	582.021	-	
	41001002	MEDICINALI SENZA AIC	20.666	20.666	-	24.572	- 3.906	118,90%	24.572	-	
	41001020	MEZZI DI CONTRASTO DOTATI DI AIC	92	92	-	188	- 96	204,06%	188	-	
	41001060	OSSIGENO CON AIC	654	654	-	676	- 22	103,36%	676	-	
	41001065	GAS MEDICINALI DOTATI DI AIC	278	278	-	294	- 16	105,58%	294	-	
	41001070	GAS MEDICINALI PRIVI DI AIC	109	109	-	43	- 66	39,38%	43	-	
	41001100	EMODERIVATI DOTATI DI AIC	34.149	34.149	-	20.026	- 14.123	58,64%	20.026	-	
	41001109	SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	24.436	24.436	-	5.402	- 19.034	22,11%	5.402	-	
	41001161	VACCINI PER LA PROFILASSI SENZA CODICE AIC	16	16	-	-	- 16	0,00%	-	-	
	41001162	VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	3.305	3.305	-	2.300	- 1.005	69,59%	2.300	-	
	41001201	PRODOTTI CHIMICI	3.416	3.416	-	3.297	- 119	96,51%	3.297	-	
	41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	62.012	62.012	-	64.820	- 2.808	104,53%	64.820	-	
	41001203	ALLERGENI	3.568	3.568	-	2.254	- 1.314	63,17%	2.254	-	
	41001300	MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	6.837	6.837	-	6.027	- 810	88,15%	6.100	73	1,21%
	41001501	DISPOSITIVI MED.IMPIANT.NON ATTIVI	4.404	4.404	-	9.712	- 5.308	220,50%	9.712	-	
	41001620	DISPOSITIVI MEDICI	560.281	560.281	-	545.534	- 14.747	97,37%	545.534	-	
	41001630	VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	1.755	1.755	-	1.977	- 222	112,68%	1.977	-	
	41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	421.720	421.720	-	444.464	- 22.744	105,39%	445.000	536	0,12%
		FARMACIA	6.148	6.148	-	7.928	- 1.780	128,95%	7.928	-	
	41001920	PRODOTTI SANITARI PER RICERCA			-	61	- 61	#DIV/0!	61	-	
	41001950	ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	80.756	80.756	-	59.341	- 21.415	73,48%	60.000	659	1,11%
	41001970	PRODOTTI DIETETICI	16.164	16.164	-	20.781	- 4.617	128,57%	20.781	-	
BENI SANITARI - EROG. DIRETTA			281	281	-	256	- 25	91,16%	256	-	
	41001001	MEDICINALI CON AIC	281	281	-	256	- 25	91,16%	256	-	
BENI NON SANITARI			82.313	82.313	-	81.230	- 1.083	98,68%	81.600	370	0,46%
	41002200	MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	31.491	31.491	-	31.893	- 402	101,28%	32.000	107	0,34%
	41002500	CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	29.980	29.980	-	26.804	- 3.176	89,41%	27.000	196	0,73%
	41002600	SUPPORTI INFORMATICI	20.842	20.842	-	22.533	- 1.691	108,11%	22.600	67	0,30%
Totale complessivo			1.935.646	1.935.646	-	1.883.204	- 52.442	97,29%	1.884.842	1.638	0,09%

2018 budget

**DIPARTIMENTO
SERVIZI**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DIPARTIMENTO SERVIZI - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	SI	2.1.0 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili ex-ante (MAPS)	≥90%
PRESIDIO OSPEDALIERO							L'Accesso	SI	Appropriatezza prescrittiva	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari	Indice di consumo di TC osteoarticolare e RM muscoloscheletriche dell'anno 2018 rispetto al 2012 (analisi dati ASA) SIVER 2012: TAC 5,7 RM 43,0 SIVER 2016: TAC 5,49 RM 52,61	riduzione ≥ 20%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	1) numero di casi presi in carico in modo integrato	>60%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	2) riduzione accessi detenuti nelle strutture esterne al carcere per visite specialistiche (< 2017)	< 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire i volumi distrettuali di attività specialistica ambulatoriale definiti nel Piano di Committenza	Adeguare l'offerta ai fabbisogni espressi nel Piano	100%
PRESIDIO OSPEDALIERO							L'Accesso	NO	Ecofast addome allargata	Ecofast in addome acuto in PS	Formazione del personale Medico di PS OM n. ecofast addome allargata eseguite/n. di addomi acuti	Formazione del 50% dell'organico 30%
PRESIDIO OSPEDALIERO							L'Accesso	NO	Garantire l'autosufficienza nell'attività trasfusionale	Consolidamento della sperimentazione dell'apertura di 2 pomeriggi della Casa del Donatore	Apertura pomeridiana a regime	2 aperture pomeridiane/settimana
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
PIANURA OVEST				X			Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Casa della Salute DI Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attivazione programma Medio-bassa complessita' chirurgica	Individuare i criteri di inserimento dei pazienti da avviare alla medio bassa complessita' Per Anestesia ASA 1, 2, 3 stabile	Selezione dei pazienti da avviare a medio bassa complessita' (ernie Colecisti, emorroidi) da ogni lista d'attesa	N. interventi in incremento eseguiti presso ospedali Spoke della rete Chirurgica: Colecisti > 100 Ernie > 250 Emorroidi > 60
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Programma chirurgia malassorbitiva	1) Individuare i criteri di inserimento dei pazienti da avviare al percorso di chirurgia bariatrica 2) selezionare i pazienti	1) n. interventi di chirurgia bariatrica eseguiti (monitoraggio) 2) Professionisti partecipanti alla chirurgia malassorbitiva/totale Chirurgia UO Chirurgia F	1) > 60 2) 100 %
PRESIDIO OSPEDALIERO			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Implementazione presso l'H. di Bentivoglio del percorso per l'espanto cornee	Coinvolgimento delle figure professionali per la costruzione del Team operativo	-Formalizzazione del progetto -Numero di cornee espantate	Entro Marzo 2018 ≥ o uguale a 10 cornee
PRESIDIO OSPEDALIERO			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Miglioramento dell'offerta chirurgica ortopedica presso l'H. di Bentivoglio	Incremento delle sedute operatorie e dei posti letto (2 o 3)	Riduzione liste di attesa chirurgiche ortopediche	Almeno 30%
GOVERNO CLINICO	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA BPCO	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO	X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA POLMONE	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE TESTACOLLO	Costruzione del PDTA	Documento disponibile	entro 2018
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE OCULARI	Costruzione del PDTA	Documento disponibile	entro 2018
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Stroke	Consolidare le attività di Stroke presso l'OM	n. trombolisi ev n. trombectomie riduzione tempi door to treatment (ed/ia)	trombolisi ev > 250 trombectomie >125 -20% vs IV*trim2017
SAN LAZZARO						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le attività nella Casa della Salute di San Lazzaro	Valutazione attuale occupazione degli spazi e revisione attribuzione	Progetto di riorganizzazione attività	Entro giugno 2018
PIANURA EST			X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di percorsi integrati e definiti con i reparti ospedalieri	Definire prevalentemente con le UO di medicina interna ospedaliere i percorsi consenziali per i pazienti assistiti a domicilio nella rete territoriale integrata	Evidenza dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio, territorio e territorio	Almeno 3 percorsi di continuità (fast) formalizzati

MONITOR	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LA VINO SAM	S.LAZZARO	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT							La Gestione del rischio	SI	3.8.0 Sicurezza delle cure	Identificazione del paziente	effettuazione di una mappatura delle Unità Operative in cui è utilizzato il braccialetto identificativo	95% a dicembre 2018
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Partecipazione agli incontri clinici organizzati dal Programma Interaziendale "Epidemiologia e Controllo del Rischio Infettivo correlato alle organizzazioni"	% del numero dei Medici intervenuti per DIP	≥50% dei Medici assegnati al Dipartimento
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Riduzione della prescrizione di antibiotici	% delle prescrizioni di antibiotici	mantenimento del risultato 2017 ottenuto per Dip. Emergenza -10% della media DDD 2017 di Dipartimento per tutti gli altri
PRESIDIO OSPEDALIERO							La gestione del rischio	SI	Corretta gestione della risorsa sangue	Progetto di PBM (patient blood management) in ambito chirurgico	Sviluppo delle attività di PBM in Ambito Metropolitano	iniziativa formativa che coinvolga almeno il 50% degli operatori interessati.
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
IGIENE							La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UA Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Vedi allegato Igiene	Vedi allegato Igiene
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management
SPP							La gestione del rischio		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile Approfondimento sugli altri Dipp.ti	Entro Luglio 2018 Entro 2018
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QUALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
PRESIDIO OSPEDALIERO							La sostenibilità economica	SI	Garantire l'autosufficienza nell'attività trasfusionale	Attuazione delle convenzioni con le federazioni e le associazioni dei donatori	Incontri nelle Case della Salute	almeno 2
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno
FISICA SANITARIA							La Gestione del rischio		entrata in uso clinico sistema TPS	verifiche dosimetriche, verifica modellizzazione, formazione operatori su nuovo TPS, avvio uso clinico pianificazioni trattamenti 3D modellizzazione e avvio uso clinico pianificazioni IMRT e VMAT	ingresso uso clinico piani 3D ingresso uso clinico definitivo	maggio 2018 settembre 2018
FISICA SANITARIA							Sicurezza paziente		ottimizzazione procedure di diagnostica per immagini	Esami TAC torace, TAC addome: standardizzazione dei protocolli diagnostici TC nelle diverse sedi aziendali, ottimizzazione dell'esposizione necessaria ad ottenere le immagini sufficienti a rispondere al quesito diagnostico, Esami RX e TC pediatrici: ottimizzare le procedure diagnostiche.	- individuazione n protocolli TC addome e TC torace presenti in AUSL - % n protocolli TC torace standardizzati/ totale protocolli TC presenti - % n. protocolli TC addome standardizzati/totale protocolli TC presenti - % esami RX pediatrici valutati/	- entro aprile 2018 - > 70% - > 70%

2018 - ALLEGATO OBIETTIVI IGIENE

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Consolidare le attività di sorveglianza in tutte le UU.OO. chirurgiche (SICHER)	% degli interventi da sorvegliare sui quali è stata fatta rilevazione secondo protocollo	100% per tutte le UUOO Chirurgiche del Presidio Ospedaliero
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
Farmacia e Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥60 lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive ≥20 lt./1000 gg di degenza per tutti gli altri reparti

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SICUREZZA DELLE CURE E PREVENZIONE DEL SINISTRO	Dematerializzazione della modulistica del consenso informato in Radiodiagnostica	informatizzazione della modulistica	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi in relazione alla Legge 24/2017	% professionisti sanitari dell'area di diagnostica formati al percorso di informatizzazione/ totale professionisti	> 80 % entro giugno 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi in relazione alla Legge 24/2017	% di operatori sanitari formati su Incident Reporting/totale operatori sanitari	> 80 % entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net nei blocchi operatori dell'Azienda	N. di schede compilate/N. di accessi elettivi in sala operatoria N. di items compilati/N. items previsti nella check-list N. di non conformità rilevate/N. di item previsti nella check-list	> 0 = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net per gli interventi in regime ambulatoriale	N.di schede compilate/N. di interventi elettivi ambulatoriali N di items compilati/N. items previsti nella check-list N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> 0 = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva adesione dell'èquipe di sala operatoria ad una corretta applicazione della checklist : piano di miglioramento "Sicurezza in Chirurgia" (progetto OssERvare)	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti dei blocchi operatori	80% dei diversi componenti l'èquipe chirurgica
MEDICINA LEGALE E RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N.di schede correttamente compilate/N. interventi programmati	100%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti delle UA /UO di Chirurgia generale e specialistica	80% dei professionisti UO/UA
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento nell'ambito del progetto OSSERVARE	riduzione delle non conformità rilevate alla prima osservazione (genn/febbraio 2017)	< 0= 90%

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	34 (partecipaz >50%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Gestione condivisa Farmacia + rete infettivologica di farmaci antimicrobici ad elevato impatto ecologico, economico e gestionale	Condivisione prescrizione con rete infettivologica di: - ceftolozano/tazobactam - ceftazidime/avibactam - dalbavancina - fosfomicina ev - colistina ev - ceftobiprololo - ceftazolidina	100%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)



DIPARTIMENTO SERVIZI

**UOC ANESTESIA TERAPIA INTENSIVA NORD E TERAPIA DEL DOLORE
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA BENTIVOGLIO**

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	3,81	4,33	0,52	13,65%	
U03	N° Ricoveri	301	305	4	1,33%	
U08	Tasso di Occupazione	93,77	79,12	-14,65	-15,62%	
U09	Degenza Media Ricoveri	4,18	3,97	-0,21	-5,02%	4,00
U11	Indice di Turn Over	0,28	1,05	0,77	275,00%	
U38m	% Dimessi Residenti Fuori Provincia	8,06	9,38	1,32	16,38%	
U82	% pazienti con inizio induzione anestesia entro ore 8:00	46,85	42,18	-4,67	-9,97%	>50%

LABORATORIO UNICO METROPOLITANO - LUM

Prestazioni a DM erogate in regime SSN nel SISTEMA LUM

(AL NETTO DELLA PRESTAZIONE DI PRELIEVO)

Obiettivi 2018

	2016	2017	diff. Ass. Anno 2017 - Anno 2016	diff. % Anno 2017 - Anno 2016	Budget 2018
	n° prestazioni	n° prestazioni	n° prestazioni	n° prestazioni	
totale Ambulanti	7.171.076	8.474.295	1.303.219	18,2%	≤ 2017
U.O.C. LABORATORIO UNICO METROPOLITANO: TOTALE PRESTAZIONI REFERTATE AZ. USL	6.774.379	8.054.054	1.279.675	18,9%	≤ 2017
PRESTAZIONI REFERTATE AOU CON PRELIEVO PRESSO AUSL	396.697	420.241	23.544	5,9%	

totale Degenti	2.292.963	2.120.521	- 172.442	-7,5%	
U.O.C. LABORATORIO UNICO METROPOLITANO: TOTALE PRESTAZIONI REFERTATE AZ. USL	2.087.879	1.917.744	- 170.135	-8,1%	≤ 2017
PRESTAZIONI REFERTATE AOU CON PRELIEVO PRESSO AUSL	205.084	202.777	- 2.307	-1,1%	

richieste da PRONTO SOCCORSO	1.085.593	1.139.530	53.937	5,0%	
U.O.C. LABORATORIO UNICO METROPOLITANO: TOTALE PRESTAZIONI REFERTATE AZ. USL	1.029.203	1.080.190	50.987	5,0%	≤ 2017
PRESTAZIONI REFERTATE AOU CON PRELIEVO PRESSO AUSL	56.390	59.340	2.950	5,2%	

totale	10.549.632	11.734.346	1.184.714	11,2%	
U.O.C. LABORATORIO UNICO METROPOLITANO: TOTALE PRESTAZIONI REFERTATE AZ. USL	9.891.461	11.051.988	1.160.527	11,7%	
PRESTAZIONI REFERTATE AOU CON PRELIEVO PRESSO AUSL	658.171	682.358	24.187	3,7%	

PRESIDIO OSPEDALIERO - DIP. SERVIZI

U.O.S.D. RADIOLOGIA LOIANO - S.LAZZARO

Regime SSN

OBIETTIVI 2018

Prestazioni critiche di diagnostica per esterni

	ANNO 2016	ANNO 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
Ecografia Addome	2.983	2778	-205	-6,9 %	3.590
Ecografia Mammella	374	297	-77	-20,6 %	330
Ecografia Capo Collo	506	540	34	6,7 %	840
TAC Addome	232	179	-53	-22,8 %	190
TAC Bacino	1		-1	-100,0 %	0
TAC Torace	483	601	118	24,4 %	570
Mammografia	585	560	-25	-4,3 %	0
RMN Muscoloscheletrica	995	378	-617	-62,0 %	0
Ecografia prostatica transrettale	3	19	16	533,3 %	25

Prestazioni Scartate

	ANNO 2016	ANNO 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
Prestazioni scartate	80	26	-54		50

Prestazioni critiche di diagnostica per interni

	ANNO 2016	ANNO 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018
TAC Addome	37	32	-5	-13,5 %	
TAC Torace	45	53	8	17,8 %	

DIP. SERVIZI

UOC RADIOLOGIA

Regime SSN

OBIETTIVI 2018

Prestazioni critiche di diagnostica per esterni

	ANNO 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017 Anno 2016	Obiettivo 2018
Ecocolordoppler	264	324	60	22,7 %	450
Ecografia Addome	12.108	12654	546	4,5 %	12.630
Ecografia Mammella	511	466	-45	-8,8 %	0
Ecografia Capo Collo	3.591	3978	387	10,8 %	3.700
TAC Addome	6.432	7315	883	13,7 %	7.000
TAC Bacino	213	241	28	13,1 %	240
TAC del Capo	2.157	2713	556	25,8 %	2.600
TAC Torace	8.691	9681	990	11,4 %	9.300
TAC Rachide e Speco Vetrebrale	530	592	62	11,7 %	550
RMN Cerebrale		1	1		0
RMN della Colonna	1.253	1285	32	2,6 %	1.290
Mammografia	3.228	3129	-99	-3,1 %	0
RMN Muscoloscheletrica	804	901	97	12,1 %	873
RMN Addome inferiore	191	213	22	11,5 %	207
Ecografia prostatica transrettale	130	3	-127	-97,7 %	0
Angio-RM distretto vascolare		1	1		

Prestazioni Scartate

	ANNO 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017 Anno 2016	Obiettivo 2018
Prestazioni scartate	2.578	956	-1.622		

Prestazioni critiche di diagnostica richieste dal PS

	ANNO 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017 Anno 2016	Obiettivo 2018
Ecocolordoppler	155	163	8	5,2 %	
Ecografia Addome	15.170	14703	-467	-3,1 %	
Ecografia Mammella	31	22	-9	-29,0 %	
Ecografia Capo Collo	172	175	3	1,7 %	
TAC Addome	3.608	4135	527	14,6 %	
TAC Bacino	1.168	1373	205	17,6 %	
TAC del Capo	13.303	13654	351	2,6 %	
TAC Torace	2.274	2724	450	19,8 %	
TAC Rachide e Speco Vetrebrale	6.115	6672	557	9,1 %	
RMN Cerebrale		1	1		
RMN della Colonna	33	27	-6	-18,2 %	
Mammografia	2	1	-1	-50,0 %	
RMN Muscoloscheletrica	4	4	0	0,0 %	

RMN Addome inferiore	1	2	1	100,0 %	
Ecografia prostatica transrettale	2		-2	-100,0 %	

Prestazioni critiche di diagnostica per interni

	ANNO 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017 Anno 2016	Obiettivo 2018
Ecocolordoppler	134	104	-30	-22,4 %	
Ecografia Addome	4.151	3871	-280	-6,7 %	
Ecografia Mammella	21	21	0	0,0 %	
Ecografia Capo Collo	217	210	-7	-3,2 %	
TAC Addome	5.168	4837	-331	-6,4 %	
TAC Bacino	204	190	-14	-6,9 %	
TAC del Capo	3.570	3293	-277	-7,8 %	
TAC Torace	5.491	5245	-246	-4,5 %	
TAC Rachide e Speco Vetrebrale	618	665	47	7,6 %	
RMN Cerebrale	2	1	-1	-50,0 %	
RMN della Colonna	99	99	0	0,0 %	
Mammografia	213	189	-24	-11,3 %	
RMN Muscoloscheletrica	77	70	-7	-9,1 %	
RMN Addome inferiore	144	140	-4	-2,8 %	
Ecografia prostatica transrettale	19	5	-14	-73,7 %	

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI: OBIETTIVI DI PRODUTTIVITA' 2018
SIMT - AMBO

SIMT - AMBO	ANNO 2016	ANNO 2017	OBIETTIVI 2018
1) appropriatezza procedure aferesi: n proc appropriate (cat 1 ASFA)/n proc totali eseguite *100	513/537 =95,5%	641/673 (95,2%)	> 90%
2)Tempi espletamento richieste trasfusionali urgenti: %espletamento richieste urgenti entro 70 min dalla consegna della richiesta	1691/2098=80,6%	1889/2272 (83%)	> 80%
3) validazione esami donatori: tempi di validazione esami aspiranti donatori		22 gg	<30 gg
4) validazione esami donatori: tempi di validazione esami donatori periodici		21 gg	<30 gg
5) scorte emocomponenti: eliminazione per scadenza dei globuli rossi < 1% delle unità validate	94/28550 (0,3%)	85/28422 (0,3%)	<1%
6) scorte emocomponenti: eliminazione per cause tecniche dei globuli rossi < 1,5% delle unità validate		348/28422 (1,2%)	<1,5%

Note di calcolo e considerazioni

1) indicatore fornito dal responsabile aferesi terapeutica in sede di riesame di direzione
2)dato estrapolato dal sistema gestionale eliot (per ogni singola richiesta è indicata la tipologia, per le richieste urgenti/urgentissime la tempistica di evasione) dato controllato da responsabile distribuzione
3 e 4) dato da estrazione eliot e controllato da responsabile raccolta
5 e 6)Il numero delle emazie I0902(raccolte a bologna/imola) validate è stato calcolato sottraendo alle emazie prodotte le emazie eliminate per cause sanitarie (che quindi non sono escluse dal conteggio le emazie pediatriche

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

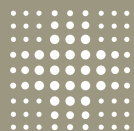
DIP. SERVIZI

Nota(*): valori colonne "Precons-2017" e "Budget 2018" compilati dai Gestori di Riferimento ad esclusione Precons_17 Conto Service

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			9.962.107	8.132.107	- 1.830.000	7.158.569	- 973.538	88,03%	6.489.211	- 669.358	-9,35%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	337.752	362.752	25.000	446.513	83.761	123,09%	446.513	-	
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	265.370	265.370	-	151.207	114.163	56,98%	151.207	-	
41001020	MEZZI DI CONTRASTO DOTATI DI AIC	FARMACIA	524.091	524.091	-	423.879	100.212	80,88%	423.879	-	
41001051	GAS AD USO DI LABORATORIO	FARMACIA	3.382	3.382	-	4.522	1.140	133,71%	4.522	-	
41001060	OSSIGENO CON AIC	FARMACIA	1.977	1.977	-	2.183	206	110,45%	2.183	-	
41001070	GAS MEDICINALI PRIVI DI AIC	FARMACIA	157	157	-	223	66	142,35%	223	-	
41001100	EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	10.179	10.179	-	19.623	9.444	192,79%	19.623	-	
41001109	SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	168.969	168.969	-	316.787	147.818	187,48%	316.787	-	
41001161	VACCINI PER LA PROFILASSI SENZA CODICE AIC	FARMACIA	-	-	-	186	186	#DIV/0!	186	-	
41001162	VACCINI PER PROFILASSI CON AIC	FARMACIA	25	25	-	18	43	-72,41%	18	-	
41001201	PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	14.650	14.650	-	16.820	2.170	114,81%	16.820	-	
41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	6.085.253	4.205.253	- 1.880.000	3.174.132	1.031.121	75,48%	2.394.132	- 780.000	-24,57%
41001203	ALLERGENI	FARMACIA	2.619	2.619	-	2.940	321	112,24%	2.940	-	
41001300	MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	60.709	60.709	-	45.985	14.724	75,75%	46.000	15	0,03%
41001501	DISPOSITIVI MED.IMPIANT.NON ATTIVI	FARMACIA	28.725	28.725	-	47.508	18.783	165,39%	47.508	-	
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	2.186.625	2.211.625	25.000	2.225.332	13.707	100,62%	2.335.332	110.000	4,94%
41001630	VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	41.914	41.914	-	54.077	12.163	129,02%	54.077	-	
41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO	203.443	203.443	-	194.549	8.894	95,63%	195.000	451	0,23%
		FARMACIA	8.330	8.330	-	10.769	2.439	129,28%	10.769	-	
41001920	PRODOTTI SANITARI PER RICERCA	FARMACIA	825	825	-	586	239	71,00%	586	-	
41001950	ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	11.145	11.145	-	14.324	3.179	128,53%	14.500	176	1,23%
41001970	PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	6.018	6.018	-	6.406	388	106,44%	6.406	-	
SERVICE SANITARI			9.362.671	13.996.483	4.633.812	12.713.813	- 1.282.670	90,84%	14.720.000	2.006.187	15,78%
41303100	SERVICE SANITARI	ING. CLINICA - LUM	7.926.234	10.434.609	2.508.375	9.743.885	690.723	93,38%	11.280.000	1.536.115	15,76%
		ING. CLINICA - SIMT	1.436.437	3.561.874	2.125.437	2.969.927	591.947	83,38%	3.440.000	470.073	15,83%
BENI NON SANITARI			245.360	245.360	-	201.270	- 44.090	82,03%	201.200	- 70	-0,03%
41002200	MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	50.925	50.925	-	47.634	3.291	93,54%	47.000	- 634	-1,33%
41002450	CARBURANTI E LUBRIFICANTI	ECONOMATO	635	635	-	696	61	109,66%	700	4	0,57%
41002500	CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	94.345	94.345	-	80.536	13.809	85,36%	81.000	464	0,58%
41002600	SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	99.455	99.455	-	72.404	27.051	72,80%	72.500	96	0,13%
Totale complessivo			19.570.138	22.373.950	2.803.812	20.073.652	- 2.300.298	89,72%	21.410.411	1.336.759	6,66%

2018 budget

ISNB
ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 IRCCS - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR							AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO						
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione antinfluenzale per i > 65 anni	Promozione dell'azione vaccinale nei confronti dei cittadini e loro associazioni. Promozione nei confronti dei soggetti vaccinatori (MMG)	% vaccinati di assistiti con età ≥ 65 anni	+10% vs 2017 (entro il 2019)
DSP	X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	SI	2.1.0 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili ex-ante (MAPS)	≥90%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	1) numero di casi presi in carico in modo integrato	>60%
BOLOGNA CITTA'		X					L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Attivare nell'ambito della medicina penitenziaria percorsi di cura multidisciplinari integrati tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e tra servizi sanitari e sociali	Revisione attuali percorsi e ridefinizione consulenze di tutti i percorsi di consulenza specialistica	2) riduzione accessi detenuti nelle strutture esterne al carcere per visite specialistiche (< 2017)	< 2017
COMMITT. SPECIALISTICA							L'Accesso	NO	Piano di Committenza	Garantire i volumi distrettuali di attività specialistica ambulatoriale definiti nel Piano di Committenza	Adeguare l'offerta ai fabbisogni espressi nel Piano	100%
COMMITT. SPECIALISTICA	X	X	X	X	X	X	L'Accesso	SI	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Mysanita...)	2018> 2017 reportistica di monitoraggio per distretto
PIANURA EST			X				Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
PRESIDIO OSPEDALIERO							Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Corretto inserimento in lista d'attesa dei pazienti oncologici in classe A secondo le regole dei singoli team multidisciplinari	Inserire i pazienti oncologici dopo la presentazione e approvazione da parte del TMD	Pazienti inseriti in lista d'attesa dopo approvazione del TMD/totale dei pazienti oncologici inseriti in classe A	100%
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post- acuzie e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acuzie solo Ospedale Maggiore)	≥ 20%
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Stroke	Consolidare le attività di Stroke presso l'OM	n. trombolisi ev n. trombectomie riduzione tempi door to treatment (ed/ia)	trombolisi ev > 250 trombectomie >125 -20% vs IV°trim2017
GOVERNO CLINICO							Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Miastenia	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro 2018
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Partecipazione agli incontri clinici organizzati dal Programma Interaziendale "Epidemiologia e Controllo del Rischio Infettivo correlato alle organizzazioni"	% del numero dei Medici intervenuti per DIP	≥50% dei Medici assegnati al Dipartimento
MALATTIE INFETTIVE							La gestione del rischio	NO	Controllo del rischio infettivo	Riduzione della prescrizione di antibiotici	% delle prescrizioni di antibiotici	mantenimento del risultato 2017 ottenuto per Dip. Emergenza -10% della media DDD 2017 di Dipartimento per tutti gli altri
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP							La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
IGIENE							La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UA Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Vedi allegato Igiene	Vedi allegato Igiene
RISK MANAGEMENT							La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management

MONITOR							AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO						
DIP. FARMACEUTICO							Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	SI	Il Governo del Farmaco e dei Dispositivo Medici	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dal Dipartimento Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico	Vedi allegato Dip. Farmaceutico
QIALITA' E ACCREDITAMENTO	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
ATP							ATP		ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno
GOVERNO CLINICO							La ricerca		Ricerca clinica	Implementazione del piano triennale ricerca	Formazione Grant Office Anagrafe	Formazione di II livello almeno 3 progetti da proporre per finanziamento in accordo con le priorità scelte da OASI. Grant Office stesura di progetti per call competitive (uno europeo ed uno italiano). Anagrafe ricerca Avvio piattaforma Scival (se acquistato da RER) o applicativo "domestico" in alternativa.

2018 - ALLEGATO OBIETTIVI IGIENE

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Consolidare le attività di sorveglianza in tutte le UU.OO. chirurgiche (SIChER)	% degli interventi da sorvegliare sui quali è stata fatta rilevazione secondo protocollo	100% per tutte le UUOO Chirurgiche del Presidio Ospedaliero
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
Farmacia e Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥60 lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive ≥20 lt./1000 gg di degenza per tutti gli altri reparti

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	NO	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN OSPEDALE	valutazione dell'utilizzo della contenzione meccanica in ospedale	audit	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Adesione procedura "prevenzione e gestione della caduta in ospedale"	almeno 1 audit su evento caduta con danno	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net nei blocchi operatori dell'Azienda	N. di schede compilate/N. di accessi elettivi in sala operatoria N. di items compilati/N. items previsti nella check-list N. di non conformità rilevate/N. di item preisti nella check-list	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net per gli interventi in regime ambulatoriale	N.di schede compilate/N. di interventi elettivi ambulatoriali N di items compilati/N. items previsti nella check-list N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> o = 95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva adesione dell'èquipe di sala operatoria ad una corretta applicazione della checklist : piano di miglioramento "Sicurezza in Chirurgia" (progetto OssERVare)	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti dei blocchi operatori	80% dei diversi componenti l'èquipe chirurgica
MEDICINA LEGALE E RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N.di schede correttamente compilate/N. interventi programmati	100%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti delle UA /UO di Chirurgia generale e specialistica	80% dei professionisti UO/UA
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento nell'ambito del progetto OSSERVARE	riduzione delle non conformità rilevate alla prima osservazione (genn/febbraio 2017)	< o= 90%

2018 - ALLEGATO DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti il progetto - Governo Clinico e Dip Farmaceutico	2 ONCOLOGICO 1 MATERNO INFANTILE 3 EMERGENZA 3 MEDICO 2 IRCCS 3 CHIRURGICO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	34 (partecipaz >50%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Gestione condivisa Farmacia + rete infettivologica di farmaci antimicrobici ad elevato impatto ecologico, economico e gestionale	Condivisione prescrizione con rete infettivologica di: - ceftolozano/tazobactam - ceftazidime/avibactam - dalbavancina - fosfomicina ev - colistina ev - ceftobiprololo - ceftarolina	100%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presca in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di prestazione specialistica	DSA>= 80% ALTRE UOC>=12% (ONCO) >=5% (MAT INF) >=3% (EMERG) >=30% (MEDICO) >=19% (IRCCS) >=8% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presca in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di dimissione	>=55% (ONCO) >=30% (MAT INF) >=43% (EMERG) >=80% (MEDICO) >=49% (IRCCS) >=48% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	SI	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	% di consumo del biosimilare (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	Incremento della % di consumo del biosimilare rispetto al 2017

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE

UOC MEDICINA RIABILITATIVA INFANTILE

MEDICINA RIABILITATIVA INFANTILE OB (compresa attività di 20300510 BEL-DE CHIRURGIA FUNZIONALE NEURORIABILITATIVA, che in regione viene inviata come attività della neurochirurgia pediatrica)

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U03	N° Ricoveri	81	75	-6	-7,41%	70,00
U08	Tasso di Occupazione	63,86	88,34	24,48	38,34%	
U27a	Punti DRG medi	0,92	1,27	0,35	38,04%	1,30
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	68	72	4	5,88%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	68	72	4	5,88%	
	Indice Operatorio (con LP)	0,84	0,96	0,12	14,35%	0,95
	% Dimessi Residenti in AuslBO	40,00	37,50	-2,5	-6,25%	
	% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	0,00	25,00	25	#DIV/0!	
	% Dimessi Residenti Fuori RER	60,00	37,50	-22,5	-37,50%	

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	143	137	-6	-4,20%	140,00
U49	N° Medio Accessi	4,15	3,89	-0,26	-6,27%	
U49a	Presenza media giornaliera	2,33	2,27	-0,06	-2,58%	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	23	18	-5	-21,74%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	23	18	-5	-21,74%	
	% Dimessi Residenti in AuslBO	28,67	31,39	2,72	9,49%	
	% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	19,58	19,71	0,13	0,66%	

% Dimessi Residenti Fuori RER	51,75	48,91	-2,84	-5,49%	55,00
% casistica >3 accessi	82,52	74,45	-8,07	-9,78%	70,00

UOC NEUROLOGIA OM
NEUROLOGIA OM (3201)

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	4	3,57	-0,43	-10,75%	1,00
U03	115	77	-38	-33,04%	35
U08	65,3	49,77	-15,53	-23,78%	
U09	8,31	8,42	0,11	1,32%	
U27a	1,01	1,08	0,07	6,93%	1,10
	85,32	85,14	-0,18	-0,21%	
% Dimessi Residenti in AuslBO					
	5,50	4,05	-1,45	-26,36%	
% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)					
	9,17	10,81	1,64	17,88%	
% Dimessi Residenti Fuori RER					
Indice di CASE MIX disciplina neurologia	0,9 (UO 0,8)	0,9 (UO 0,9)			>1
Indice di PERFORMANCE disciplina neurologia	0,74 (UO 0,94)	0,71 (UO 0,93)			<1

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
ministero 4A.		9			
ministero 4B.		90,00			
ministero 3B.		0			
ministero 3C.		0			

STROKE NEUROLOGIA (080153 3205) E GERIATRIA OM (080053 2103)

nota: non rilevati casi di trasferimento da uno stroke all'altro

Reg. ORD

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	16,0	16,7	0,68	4,25%	19,00
U03	N° Ricoveri	857	882	25	2,92%	in attesa di verifica
U08	Tasso di Occupazione	68,56	69,63	1,07	1,56%	
U09	Degenza Media Ricoveri	4,68	4,81	0,13	2,67%	
IND0437	% Trombolisi endovenose per ictus ischemico 18-80 anni (SIVER; Std 20%)	21,84	36,40	14,56	66,67%	+20% anno16
	% Trombolisi endovenose per ictus ischemico > 80 anni (SIVER)	7,54	15,64	8,10	107,49%	+5% anno16
N11	% Centralizzazione Primaria Stroke Unit (All. b DGR 1003/2016; Media RER 2015: 80%)	84,00	9m17:82,40			
	% Dimessi Residenti in AusI/O	93,88	91,73	-2,15	-2,29%	
	% Dimessi Residenti in RER (esclusa AusI/O)	1,63	2,64	1,01	61,96%	
	% Dimessi Residenti Fuori RER	4,50	5,64	1,14	25,33%	
	N° Pazienti trasferiti ad altre stroke care (geriatria bent., medicina sgp, medicina porretta) o aosp (da definire quali in UO)	32 stroke care + AOSP ?	62 (37 da stroke neuro + 25 da stroke geriatria) stroke care + AOSP ?			
	N° Pazienti trasferiti in UO riabilitative del presidio (med riabilitative), o (usando la modalita di dimissione = TRASF AD ISTITUTO RIAB.) CDC private accreditate CEMPA o AOSP	304	291	-13	-4,28%	

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
MIN6A	Numero di pazienti dimessi con diagnosi di ictus ischemico o emorragico, aneurisma cerebrale non rotto, emorragia sub-aracnoidea		358			
MIN6C	Sopravvivenza a 30 giorni dall'evento acuto in pazienti dimessi con diagnosi di ictus ischemico con trombosi cerebrale		95,83			

UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE OM
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE OB

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	6	6	0	0,00%	
U03	200	188	-12	-6,00%	200
U08	58,13	54,7	-3,43	-5,90%	
U09	5,79	5,69	-0,1	-1,73%	
U27a	0,77	0,8	0,03	3,90%	0,75
U37a	6,57	2,11	-4,46	-67,88%	
	20,71	25,26	4,55	21,97%	
	27,78	25,79	-1,99	-7,16%	
	51,52	48,95	-2,57	-4,99%	52,00

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	1	1	0	0,00%	
U47	107	111	4	3,74%	<80
U49	2,22	2,59	0,37	16,67%	>3 nel 50% casi
U49a	0,93	1,23	0,3	32,26%	
	69,16	74,77	5,61	8,11%	
	28,04	19,82	-8,22	-29,32%	
	2,80	5,41	2,61	93,21%	

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
MIN4A-NPI		73			
MIN4B-NPI		85,00			
MIN2-NPI		32			

MIN9A-NPI.

Numero di pazienti dimessi affetti da Disturbo dello Spettro Autistico

64

MIN9B-NPI.

% di pazienti di età compresa tra 0 e 3 anni dimessi affetti da Disturbo dello Spettro Autistico

32,81

MIN9D.

Numero di pazienti affetti da malattia neuromuscolare dimessi da ricovero con codice specifico

25

UOC NEUROCHIRURGIA OB

NEUROCHIRURGIA ADULTI OB (3002)

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	34,51	33,5	-1,01	-2,93%	
U03	N° Ricoveri	1863	2049	186	9,98%	2.000
U08	Tasso di Occupazione	83,22	97,13	13,91	16,71%	90-95%
U09	Degenza Media Ricoveri	5,64	5,8	0,16	2,84%	
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	1,35	1,27	-0,08	-5,93%	1,20
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	1544	1724	180	11,66%	
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	1535	1711	176	11,47%	
U27a	Punti DRG medi	2,3	2,28	-0,02	-0,87%	2,40
U33	% DRG Chirurgici su DRG Totali	85,99	85,55	-0,44	-0,51%	90,00
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	10	25	15	150,00%	<10
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	7	5	-2	-28,57%	0
	% Dimessi Residenti in AuslBO	57,89	54,90	-2,99	-5,16%	
	% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	22,04	23,21	1,17	5,31%	
	% Dimessi Residenti Fuori RER	20,07	21,89	1,82	9,07%	
	N°. Pazienti dimessi da NCH ed accettati in Lungodegenza Neuroch. OB	0	22	22	#DIV/0!	
	N°. Pazienti trasferite nelle strutture private accreditate tramite CEMPA	75	95	20	26,67%	
	N°. Pazienti trasferiti A/DA terapia intensiva ob	577	517	-60	-10,40%	
	Indice di CASE MIX disciplina neurochirurgia	1 (UO 1)	1 (UO 1)			>1
	Indice di PERFORMANCE disciplina neurochirurgia	0,94 (UO 0,93)	0,95 (UO 0,94)			<0,95

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U50	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	12	7	-5	-41,67%	
N2	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	12	7	-5	-41,67%	

Cruscotto Chirurgico

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe A	92,95	97,38	4,43	4,77%	
U02a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe B	83,7	91,79	8,09	9,67%	
U03a	% dei pazienti operati entro i tempi: classe C	89,62	97,42	7,8	8,70%	

Chirurgia ambulatoriale

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U61	N. prestazioni	75	95	20	26,67%	

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
ministero 6A. <u>MODIFICATO</u>	Numero di pazienti OPERATI IN NCH dimessi con diagnosi di ictus ischemico o emorragico, aneurisma cerebrale non rotto, emorragia sub-aracnoidea		163		
ministero 5	Numero di craniotomie per neoplasia cerebrale		547		

UOC NEUROCHIRURGIA D'URGENZA E TRAUMA

NEUROCHIRURGIA D'URGENZA E DEL TRAUMA OM

nota: allegare per ogni operato digistat (tramite nosografico SDO) informazioni su reparto ricovero, DRG, peso, valorizzazione.

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP	82	62	-20	-24,39%
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP	82	62	-20	-24,39%

UOC NEUROCHIRURGIA OB

NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA OB (DEPURATA DELLA CASISTICA MED RIAB INFANTILE nel 2016; 0 casi nel 2017))

** sono da aggiungere 29 bambini operati al s.orsola nel 2017.

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	6,48	6,5	0,02	0,31%	
U03	134**	146			135
U08	41,57	45,38	3,808151261	9,16%	
U09	7,36	7,21	-0,14767123	-2,01%	
IND0303	1,51	1,13	-0,38	-25,17%	1,20
U18	164	144	-20	-12,20%	
N1	162	144	-18	-11,11%	
U27a	1,65	1,97	0,32	19,39%	1,95
U33	82,05	86,18	4,13	5,03%	90,00
	28,63	33,70	5,07	17,71%	
	37,00	33,70	-3,3	-8,92%	
	34,36	32,61	-1,75	-5,09%	
INTERVENTI IN AOSP:					
n°. Pz operati in aosp					
Punti drg					
Degenza media					
% Dimessi Residenti Fuori RER					
	63+AOSP?	38+ AOSP?			

Informazioni date da aosp (MUCCI)

Cruscotto Chirurgico

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01a	95,65	100,00	4,35	4,55%	
U02a	100,00	90,91	-9,09	-9,09%	
U03a	90,91	88,00	-2,91	-3,20%	

UOC CLINICA NEUROLOGICA

CLINICA NEUROLOGICA ADULTI OB (3203)

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	13,5	13,1	-0,4	-2,96%	17,00
U03	N° Ricoveri	518	529	11	2,12%	580
	N° ammessi urgenti (fonte SDO)	24	37	13	54,17%	
	ricoveri in U.M.I.E. (codice 20320410)		14			
U08	Tasso di Occupazione	71,99	70,86	-1,13	-1,57%	80,00
U09	Degenza Media Ricoveri	6,42	6,14	-0,28	-4,36%	
U27a	Punti DRG medi	0,92	0,92	0	0,00%	0,92
	N°. Pazienti dimessi da CLIN NEURO ed accettati in Lungodegenza stab. OB	0	1	1	#DIV/0!	
	N° dimessi con DRG potenz. Inappropriato in regime ordinario: drg 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	41	23	-18	-43,90%	0
	% Dimessi Residenti in AuslBO	34,71	31,12	-3,59	-10,34%	
	% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	23,33	28,46	5,13	21,99%	
	% Dimessi Residenti Fuori RER	41,96	40,42	-1,54	-3,67%	
	Indice di CASE MIX disciplina neurologia	0,9 (UO 0,8)	0,9 (UO 0,7)			>0,9
	Indice di PERFORMANCE disciplina neurologia	0,74 (UO 0,95)	0,71 (UO 0,76)			<0,71

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U46	Posti Letto Medi	1	1	0	0,00%	
U47	N° Ricoveri	86	124	38	44,19%	180
U49	N° Medio Accessi	2,6	2,79	0,19	7,31%	
U49a	Presenza media giornaliera	0,88	1,44	0,56	63,64%	
	% Dimessi Residenti in AuslBO	34,88	36,29	1,41	4,04%	
	% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	23,26	19,35	-3,91	-16,81%	
	% Dimessi Residenti Fuori RER	41,86	44,35	2,49	5,95%	

N° dimessi con DRG CHIRURGICO residenti Fuori RER	6	4	-2	-33,33%
---	---	---	----	---------

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
ministero 4A. Numero di pazienti affetti da epilessia valutati presso l'UO		13			
ministero 4B. Percentuale di pazienti valutati in regime di ricovero per epilessie rare o complesse		66,67			
ministero 9D. Numero di pazienti affetti da malattia neuromuscolare dimessi da ricovero con codice specifico		33			
ministero1C. Numero di pazienti dimessi con diagnosi di demenza		28			
ministero 12A. Numero di pazienti dimessi con diagnosi di disturbo del sonno		152			

UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA OB

MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA OB

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	2	2	0	0,00%	
U03	35	32	-3	-8,57%	
U08	85,23	92,74	7,51	8,81%	95,00
U09	15,83	18,38	2,55	16,11%	
	79,41	62,50	-16,91	-21,29%	
% Dimessi Residenti in AuslBO	17,65	25,00	7,35	41,64%	
% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	2,94	12,50	9,56	325,17%	25,00
% Dimessi Residenti Fuori RER					

UOC NEUROLOGIA OB

NEUROLOGIA OB (3202)

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	8,22	9,37	1,15	13,99%	
U03	256	223	-33	-12,89%	280
	93	91	-2	-2,15%	
		35			
U08	82,52	64,41	-18,11	-21,95%	85,00
U09	8,91	9,01	0,1	1,12%	
U27a	0,91	0,98	0,07	7,69%	0,91
	0	3	3	#DIV/0!	
	54,13	54,26	0,13	0,24%	
	17,36	20,63	3,27	18,84%	
	28,51	25,11	-3,4	-11,93%	
	0,9 (UO 0,8)	0,9 (UO 0,8)			>0,90
	0,74 (UO 1,05)	0,71 (UO 1,49)			<0,71

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	1	1	0	0,00%	
U47	55	47	-8	-14,55%	55
	55	47	-8	-14,55%	
U49	3,73	4,06	0,33	8,85%	
U49a	0,8	0,8	0	0,00%	
	76,36	80,85	4,49	5,88%	
	7,27	12,77	5,5	75,65%	
	16,36	6,38	-9,98	-61,00%	

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
-----------	-----------	--------------------------------------	-------------------------------	----------------

ministero 4A.	Numero di pazienti affetti da epilessia valutati presso l'UO	82		
ministero 4B.	Percentuale di pazienti valutati in regime di ricovero per epilessie rare o complesse	93,75		
ministero 9D.	Numero di pazienti affetti da malattia neuromuscolare dimessi da ricovero con codice specifico	28		
ministero3B.	parkinsonismo atipico / Numero di pazienti dimessi con diagnosi di parkinsonismo (malattia di Parkinson+ parkinsonismo atipico)	33,33		
ministero 8B.	Percentuale di pazienti dimessi con diagnosi di cefalea cronica da iperuso di farmaci	0,00		
ministero1C.	Numero di pazienti dimessi con diagnosi di demenza	6		

UOC NEURORADIOLOGIA OB

NEURORADIOLOGIA OB

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	1	1	0	0,00%	
U03	83	77	-6	-7,23%	120
U08	64,48	66,03	1,55	2,40%	90,00
U09	2,84	3,13	0,29	10,21%	
% Dimessi Residenti in AuslBO	61,45	65,79	4,34	7,06%	
% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	30,12	19,74	-10,38	-34,46%	
% Dimessi Residenti Fuori RER	8,43	14,47	6,04	71,65%	
Indice di CASE MIX disciplina neuroradiologia (69)	1,3	1,3	0	0,00%	>1,2
Indice di PERFORMANCE disciplina neuroradiologia (69)	1	1	0	0,00%	<1

UOSI RIABILITAZIONE SCLEROSI MULTIPLA

RIABILITAZIONE SCLEROSI MULTIPLA OM

Reg. DH

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U46	1	1	0	0,00%	
U47	37	53	16	43,24%	+10% ANNO17
U49	4,22	4,43	0,21	4,98%	3,50
U49a	0,61	0,92	0,31	50,82%	
	83,78	73,58	-10,2	-12,17%	
% Dimessi Residenti in AuslBO	10,81	15,09	4,28	39,59%	
% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	5,41	11,32	5,91	109,24%	
% Dimessi Residenti Fuori RER					

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
ministero 2B.		13,00			
Rapporto tra numero di pazienti con SM trattati con farmaci innovativi e numero di pazienti con SM seguiti presso l'IRCCS					

UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE OB

ANESTESIA E TER. INT. OB

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018	
U01	Posti Letto Medi	11,45	11,4	-0,05	-0,44%	
U03	N° Ricoveri	537	502	-35	-6,52%	
	N° Dimessi	198	195	-3	-1,52%	
	di cui n° dimessi 1-2 gg	92	97	5	5,43%	<90
	di cui n° dimessi >2 gg	106	98	-8	-7,55%	>110
U08	Tasso di Occupazione	85,35	86,69	1,34	1,57%	88,00
U09	Degenza Media Ricoveri	6,61	7,1	0,49	7,41%	
U11	Indice di Turn Over	1,13	1,09	-0,04	-3,54%	1,15
U27a	Punti DRG medi	2,75	2,81	0,06	2,18%	
	% Dimessi Residenti in AuslBO	75,76	71,28	-4,48	-5,91%	
	% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)	14,65	16,92	2,27	15,49%	
	% Dimessi Residenti Fuori RER	9,60	11,79	2,19	22,81%	
U82	% pazienti con inizio induzione anestesia entro ore 8:00	5,02	38,16	33,14	660,16%	
	Indice di CASE MIX disciplina ANESTESIA	0,7	0,7	0	0,00%	>0,7
	Indice di PERFORMANCE disciplina ANESTESIA	1,22	1,31	0,09	7,38%	<1,30

UOC NEUROCHIRURGIA OB
UOSI CHIRURGIA DEL BASICRANIO E NEURONCOLOGIA

Reg. ORD

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
DI CUI DELLA NEUROCHIRURGIA ADULTI OB					
U01 Posti Letto Medi					1 virtuale
U03 N° Ricoveri					
U08 Tasso di Occupazione					
U09 Degenza Media Ricoveri					
U10 Presenza Media Giornaliera					
IND0303 Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	VERIFICARE SE CALCOLABILE				
U18 N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP					
N1 N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP					
U27a Puntii DRG medi					
U38m % DRG Chirurgici su DRG Totali					90,00

% Dimessi Residenti in AuslBO

% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)

% Dimessi Residenti Fuori RER

Indice di CASE MIX disciplina neurochirurgia	1 (UO 1)	1 (UO 1)			>1
Indice di PERFORMANCE disciplina neurochirurgia	0,94 (UO 0,93)	0,95 (UO 0,94)			<0,95

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
ministero 5 Numero di craniotomie per neoplasia cerebrale					

UOC NEUROCHIRURGIA OB
PROGRAMMA NEUROCHIRURGIA IPOFISI

Reg. ORD

	DI CUI DELLA NEUROCHIRURGIA ADULTI OB	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi					
U03	N° Ricoveri					
U08	Tasso di Occupazione					
U09	Degenza Media Ricoveri					
IND0303	Degenza Media Preoperatoria (SIVER; Std 0,99)	VERIFICARE SE CALCOLABILE				
U18	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) con LP EQUIPE MAZZATENTA COME 1° OPERATORE					
N1	N° interventi chirurgici (accessi sala_op) senza LP EQUIPE MAZZATENTA COME 1° OPERATORE					
U27a	Punti DRG medi					
U38m	% DRG Chirurgici su DRG Totali					90,00

% Dimessi Residenti in AuslBO

% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)

% Dimessi Residenti Fuori RER

n°. Pz dimessi in degenza ordinaria con MPR 076 (ipofisectomia) e 077 (altri interventi sull'ipofisi).

Indice di CASE MIX disciplina neurochirurgia	1 (UO 1)	1 (UO 1)			>1
Indice di PERFORMANCE disciplina neurochirurgia	0,94 (UO 0,93)	0,95 (UO 0,94)			<0,95

09 U.O.C. NEUROLOGIA OB
U.M.I.E. (codice 20320410)

Reg. ORD

DI CUI DELLA NEUROLOGIA OB		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi		4,00			
U03	N° Ricoveri		62			150
U08	Tasso di Occupazione		48,10			
U09	Degenza Media Ricoveri		6,95			
	n°. TRASFERITI < 18 anni		5			
	N°. Pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per epilessia (diagnosi 34541 e intervento 0153 o 0139 o 0492)		0			12
U27a	Punti DRG medi		1,11			
U38m	% DRG Chirurgici su DRG Totali		3,7			
			20,37			
	%Trasf. Residenti in AuslBO					
			40,74			
	% Trasf. Residenti in RER (esclusa AuslBO)					
			38,89			
	% Trasf. Residenti Fuori RER					

PROGRAMMA PARKINSON, CEFALEE E VEGETATIVO (CODICE 20320610)

Reg. ORD

DI CUI DELLA CLINICA NEUROLOGICA OB		ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
U01	Posti Letto Medi		3			
U03	N° Ricoveri		3			200
U08	Tasso di Occupazione					
U27a	Punti DRG medi		0,74			
U09	Degenza Media Ricoveri		2,67			
	Indice di CASE MIX disciplina neurologia	0,9 (UO 0,8)	0,9 (UO 0,8)			>0,9
	Indice di PERFORMANCE disciplina neurologia	0,74 (UO 1,05)	0,71 (UO 1,49)			<0,70
	% Dimessi Residenti in AuslBO		66,67			
	% Dimessi Residenti in RER (esclusa AuslBO)		33,33			
	% Dimessi Residenti Fuori RER		0,00			

INDICATORI MINISTERO (DO+DH)

	ANNO 2016	ANNO 2017	Diff. assoluta anno17 - anno16	Diff. % anno17 - anno16	OBIETTIVO 2018
ministero 3B.		0,00			
ministero 3C.		0,00			
ministero 8B.		0,00			
ministero 11C.		0,00			
ministero 11D.		0,00			

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

U.O.S.I. NEURORADIOLOGIA OM

Regime SSN

Prestazioni critiche di diagnostica per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
TAC Addome	38		-38	-100,0 %			
TAC Bacino	1		-1	-100,0 %			
TAC del Capo	1.103	1.044	-59	-5,3 %	1.100	344	
TAC Torace	55	21	-34	-61,8 %			
TAC Rachide e Speco Vetrebrale	9	19	10	111,1 %			
RMN Cerebrale	356	378	22	6,2 %	360	98	
RMN della Colonna	110	131	21	19,1 %	120	20	
RMN Muscoloscheletrica	5		-5	-100,0 %			
Angio-RM distretto vascolare intracranico	2	1	-1	-50,0 %			

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	48	50	2				

Prestazioni critiche di diagnostica richieste dal PS

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
TAC Addome	2		-2	-100,0 %			

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

Regime SSN

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
TAC del Capo	3.917	4.884	967	24,7 %		1.250	
TAC Torace	1	3	2	200,0 %		3	
RMN Cerebrale	8	16	8	100,0 %		1	
RMN della Colonna	25	28	3	12,0 %		3	

Prestazioni critiche di diagnostica per interni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
TAC Addome	49	3	-46	-93,9 %		3	
TAC Bacino	1	1	0	0,0 %		1	
TAC del Capo	2.148	2.504	356	16,6 %		1.715	
TAC Torace	50	11	-39	-78,0 %		8	
TAC Rachide e Speco Vetrebrale	8		-8	-100,0 %			
RMN Cerebrale	335	377	42	12,5 %		34	
RMN della Colonna	103	81	-22	-21,4 %		4	

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE

U.O.C. NEUROLOGIA OB

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

prime visite per neurologia

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.688	2.457	-231	-8,6 %	2.700	1.048	

Visite di controllo critiche per esterni

controlli per neurologia

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
3.883	5.126	1.243	32,0 %			

Prestazioni critiche strumentali

EMG
di cui EMG semplice

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.998	3.058	60	2,0 %	3.000		
588	619	31	5,3 %	590		

Prestazioni Scartate

Prestazioni scartate

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
99	159	60				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE

U.O.C. NEUROCHIRURGIA D'URGENZA E TRAUMA

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per neurochirurgia	370	361	-9	-2,4 %	370	129	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per neurochirurgia	43	78	35	81,4 %		78	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	1		-1				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE**U.O.C. NEUROCHIRURGIA OB****OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018****Regime SSN****Prime Visite critiche per esterni**

prime visite per neurochirurgia

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
2.757	3.189	432	15,7 %	2.760	982	

Visite di controllo critiche per esterni

controlli per neurochirurgia

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
1.168	1.409	241	20,6 %		1.409	

Prestazioni Scartate

Prestazioni scartate

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
10	7	-3				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE

U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA OB

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

prime visite per fisiatria

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
266	300	34	12,8 %	280	35	

Visite di controllo critiche per esterni

controlli per fisiatria

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
468	506	38	8,1 %		506	

Prestazioni critiche strumentali

EMG
di cui EMG semplice

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
13	3	-10	-76,9 %			
13	3	-10	-76,9 %			

Prestazioni Scartate

Prestazioni scartate

Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
34	19	-15				

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE

U.O.C. CLINICA NEUROLOGICA

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prime Visite critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
prime visite per neurologia	3.034	3.130	96	3,2 %	3.000	316	

Visite di controllo critiche per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
controlli per neurologia	5.088	5.860	772	15,2 %			

Prestazioni critiche strumentali

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
EMG	2.100	2.206	106	5,0 %	2.100	280	
di cui EMG semplice	806	811	5	0,6 %	810	107	
Angiografia con fluoresceina o angioscopia oculare	204	333	129	63,2 %			

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	156	110	-46				

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRODUZIONE

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE

U.O.C. NEURORADIOLOGIA

OBIETTIVI DI ATTIVITA' 2018

Regime SSN

Prestazioni critiche di diagnostica per esterni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
TAC del Capo	2.940	2.930	-10	-0,3 %	3.000	1.921	
TAC Rachide e Speco Vetrebrale	593	706	113	19,1 %	600	549	
RMN Cerebrale	3.363	3.239	-124	-3,7 %	3.300	1.168	
RMN della Colonna	805	962	157	19,5 %	850	6	
RMN Muscoloscheletrica	20	74	54	270,0 %			
Angio-RM distretto vascolare intracranico	344	419	75	21,8 %	360	419	

Prestazioni Scartate

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
Prestazioni scartate	187	285	98				

Prestazioni critiche di diagnostica richieste dal PS

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
TAC del Capo	39	26	-13	-33,3 %		26	
RMN Cerebrale	9	15	6	66,7 %		15	
RMN della Colonna		3	3			3	
Angio-RM distretto vascolare intracranico	3	3	0	0,0 %		3	

IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE

Regime SSN

Prestazioni critiche di diagnostica per interni

	Anno 2016	Anno 2017	diff. Anno 2017-Anno 2016	diff. % Anno 2017-Anno 2016	Obiettivo 2018	Anno 2017 prest. a CUP	Obiettivo 2018 prest. a CUP
TAC del Capo	3.049	2.866	-183	-6,0 %		2.866	
TAC Rachide e Speco Vetrebrale	262	201	-61	-23,3 %		201	
RMN Cerebrale	1.683	1.683	0	0,0 %		1.683	
RMN della Colonna	704	665	-39	-5,5 %		665	
RMN Muscoloscheletrica	25	23	-2	-8,0 %		23	
Angio-RM distretto vascolare intracranico	203	259	56	27,6 %		259	

BUDGET 2018 - SCHEDA BENI DI CONSUMO

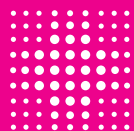
IRCCS ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE

Nota(*): valori colonne "Precons-2017" e "Budget 2018" compilati dai Gestori di Riferimento ad esclusione Precons_17 Conto Service

CONTO	DES_CONTOANALITICO	GESTORE	Consunt. 2016	BUDGET 2017	Δ Bdg2017 - Cns2016	Precons. 2017	Δ Prc2017 - Bdg2017	Assrb.% Bdg17	Δ Prc2017 - Cns2016	Δ% Prc2017 - Cns2016	BUDGET 2018	Δ Bdg18 - Prc17	Δ% Bdg18 - Prc17
BENI SANITARI - ORD.			7.220.957	7.730.957	510.000	8.083.636	352.679	104,56%	862.679	11,95%	12.366.377	4.282.741	52,98%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	1.516.774	1.666.774	150.000	1.923.582	256.808	115,41%	406.808	26,82%	5.673.582	3.750.000	194,95%
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	23.715	23.715	-	39.492	15.777	166,53%	15.777	66,53%	39.492	-	-
41001020	MEZZI DI CONTRASTO DOTATI DI AIC	FARMACIA	113.360	113.360	-	79.517	33.843	70,15%	33.843	-29,85%	79.517	-	-
41001060	OSSIGENO CON AIC	FARMACIA	6.624	6.624	-	7.469	845	112,75%	845	12,75%	7.469	-	-
41001065	GAS MEDICINALI DOTATI DI AIC	FARMACIA	374	374	-	117	257	31,27%	257	-68,73%	117	-	-
41001070	GAS MEDICINALI PRIVI DI AIC	FARMACIA	2.426	2.426	-	2.649	223	109,20%	223	9,20%	2.649	-	-
41001100	EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	84.286	84.286	-	106.357	22.071	126,19%	22.071	26,19%	106.357	-	-
41001109	SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	834.381	834.381	-	808.024	26.357	96,84%	26.357	-3,16%	808.024	-	-
41001201	PRODOTTI CHIMICI	FARMACIA	8.201	8.201	-	10.327	2.126	125,92%	2.126	25,92%	10.327	-	-
41001202	DISPOSITIVI MED.DIAGN.IN VITRO IVD	FARMACIA	190.355	190.355	-	214.260	23.905	112,56%	23.905	12,56%	214.260	-	-
41001300	MAT. RADIOGR. E DIAGN.DI RADIOLOGIA	ECONOMATO	768	768	-	928	160	120,80%	160	20,80%	1.000	72	7,76%
41001501	DISPOSITIVI MED.IMPIANT.NON ATTIVI	FARMACIA	954.495	954.495	-	997.741	43.246	104,53%	43.246	4,53%	977.741	20.000	-2,00%
41001502	DISPOSITIVI MEDICI IMPIANT.ATTIVI	FARMACIA	435.088	645.088	210.000	402.380	242.708	62,38%	32.708	-7,52%	652.380	250.000	62,13%
41001620	DISPOSITIVI MEDICI	FARMACIA	1.722.292	1.872.292	150.000	1.846.059	26.233	98,60%	123.767	7,19%	2.146.059	300.000	16,25%
41001630	VETRERIE E MAT.DI LABORATORIO	FARMACIA	27.787	27.787	-	20.072	7.715	72,23%	7.715	-27,77%	20.072	-	-
41001900	ALTRO MATERIALE SANITARIO	ECONOMATO/ALBERGHIERO	706.902	706.902	-	778.463	71.561	110,12%	71.561	10,12%	780.000	1.537	0,20%
		FARMACIA	14.112	14.112	-	15.105	993	107,04%	993	7,04%	15.105	-	-
41001920	PRODOTTI SANITARI PER RICERCA	FARMACIA	196.980	196.980	-	440.358	243.378	223,55%	243.378	123,55%	440.358	-	-
41001950	ALTRI BENI SANITARI A RAPIDA OBSOLESCENZA	ECONOMATO	358.589	358.589	-	358.868	279	100,08%	279	0,08%	360.000	1.132	0,32%
41001970	PRODOTTI DIETETICI	FARMACIA	23.446	23.446	-	31.868	8.422	135,92%	8.422	35,92%	31.868	-	-
BENI SANITARI - EROG. DIRETTA			1.262.110	1.862.110	600.000	1.999.374	137.264	107,37%	737.264	58,42%	2.349.374	350.000	17,51%
41001001	MEDICINALI CON AIC	FARMACIA	1.261.797	1.861.797	600.000	1.835.909	25.888	98,61%	574.112	45,50%	2.185.909	350.000	19,06%
41001002	MEDICINALI SENZA AIC	FARMACIA	16	16	-	-	16	0,00%	16	-100,00%	-	-	-
41001100	EMODERIVATI DOTATI DI AIC	FARMACIA	-	-	-	163.465	163.465	#DIV/0!	163.465	#DIV/0!	163.465	-	0,00%
41001109	SANGUE ED EMODER. - SCAMBI INTERNI	FARMACIA	296	296	-	-	296	0,00%	296	-100,00%	-	-	-
BENI NON SANITARI			98.714	98.714	-	92.892	5.822	94,10%	5.822	-5,90%	93.300	408	0,44%
41002200	MATERIALE DI CONVIVENZA E MONOUSO	ECONOMATO	28.583	28.583	-	27.789	794	97,22%	794	-2,78%	27.800	11	0,04%
41002500	CARTA CANCELLERIA E STAMPATI	ECONOMATO	38.373	38.373	-	36.398	1.975	94,85%	1.975	-5,15%	36.500	102	0,28%
41002600	SUPPORTI INFORMATICI	ECONOMATO	31.758	31.758	-	28.705	3.053	90,39%	3.053	-9,61%	29.000	295	1,03%
Totale complessivo			8.581.780	9.691.780	1.110.000	10.175.902	484.121	105,00%	1.594.121	18,58%	14.809.051	4.633.149	45,53%

2018 budget

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
E TECNOSTRUTTURE**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO COMMITTENZA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO	ALTRE UO COINVOLTE
NO	DIREZIONE	L'Accesso	Piano di Committenza	Garantire l'autosufficienza distrettuale elaborando un Piano di Committenza per le attività di specialistica ambulatoriale	disponibilità del Piano della Committenza (a tendere verso autosuff. del 70%)	entro aprile 2018	
SI	COMMITT. SPECIALISTICA	L'Accesso	Migliorare la presa in carico nella specialistica ambulatoriale	Prenotazione e prescrizione dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente	Incremento del nr. di prescrizioni e prenotazioni entro 12 mesi effettuate direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico l'assistito (su applicativo di disciplina Misanita...)	2018> 2017 reportistica trimestrale di monitoraggio per distretto	
NO	COMMITT. SPECIALISTICA	L'Accesso	aggiornamento del catalogo SOLE aziendale sul portale regionale	revisione, aggiornamento e manutenzione puntuale del catalogo	branca di angiologia e chirurgia vascolare, anestesia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, oculistica, ORL, chirurgia plastica, dermatologia, nefrologia, oncologia, pneumologia	dic-18	
	COMMITT. SPECIALISTICA				laboratorio, neurochirurgia, neurologia, odontoiatria, ortopedia, ostetricia e ginecologia, chirurgia generale, psichiatria, radioterapia, urologia	dic-19	una UO per ciascuna branca
	COMMITT. SPECIALISTICA	L'Accesso	Estendere l'applicazione del regolamento agende	Utilizzare la procedura informatizzata per la gestione delle agende	tutte le agende della geriatria territoriale e della gastroenterologia; agende di autogestione SUMAI;	settembre 2018	U.O.C. Sistema Informativo Metropolitano
	COMMITT. SPECIALISTICA	L'Accesso	Regolamentare la gestione delle Liste di attesa Informatizzate (LAI)	Definire la istruzione operativa interaziendale per la gestione delle LAI	Disponibilità Istruzione Operativa	settembre 2018	Presidio e DCP
NO	COMMITT. SPECIALISTICA	L'Accesso	Migliorare l'appropriatezza e facilitare l'accesso alla visita allergologica e agli esami di completamento diagnostico	Progettazione e implementazione percorso interaziendale per l'accesso alla visita allergologica e agli esami diagnostici di completamento	Percorso condiviso con AOU approvato e implementato	ottobre 2018	
NO	COMMITT. SPECIALISTICA	Piattaforme e logistiche informatiche più forti e sistemi informativi	Sviluppo della versione personalizzata di QUANI per l'Azienda usl di Bologna	Progetto ad-hoc in sperimentazione e collaborazione con BIM Italia, di una versione personalizzata del programma QUANI per la gestione dei controlli delle cartelle cliniche, con mantenimento dello storico dei controlli, delle controdeduzioni e dei riesami.	Predisposizione progetto	dic-18	U.O.C. Sistema Informativo Metropolitano
NO	COMMITT. SPECIALISTICA	Governo dei processi di acquisto di beni e servizi	Messa a regime dei nuovi flusso informativi regionali per la gestione dei contratti con l'ospedalità privata (FECS e FCDC)	Sviluppo informatico, implementazione e messa a regime del flusso informativo regionale per il monitoraggio degli accordi per l'ospedalità privata (FCDC)	N° di documenti contabili registrati in contabilità / N° di documenti contabili correttamente trasmessi	100%	
	COMMITT. SPECIALISTICA			Sviluppo informatico, implementazione e messa a regime del flusso informativo regionale sui controlli di cartelle cliniche (FECS) degli Ospedali privati accreditati della provincia di Bologna.	% numero scarti RER / numero totale cartelle cliniche controllate	zero	
NO	COMMITT. SPECIALISTICA	Governo dei processi di acquisto di beni e servizi	Adeguamento procedura "Specialistica Accreditata" per il controllo e il monitoraggio delle prestazioni erogate a stranieri	Adeguamento procedura per la verifica anagrafica/amministrativa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate da stranieri presso strutture private accreditate	Procedura per la verifica anagrafica/amministrativa delle prestazioni specialistiche effettuate da stranieri presso strutture private accreditate	dic-18	U.O.C. Sistema Informativo Metropolitano
	ATP	ATP	GOVERNO DEL RISCHIO	Applicazione del regolamento nelle aree specifiche individuate: SUMAP - COMMISSIONI DI CONCORSO, SAM - COMMISSIONI DI GARA, RISK MANAGEMENT - COMMISSIONI PATENTI, DIP. EMERGENZA - COMMISSIONE 118, COMMITTENZA E SPEC. AMBULATORIALE - Controlli APPROPRIATEZZA NEL PRIVATO , DSP: pareri, controlli e ispezioni.	Applicazione del regolamento e attivazione delle misure di prevenzione individuate	entro 31/12/2018	
SI	COGEFI		Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato	
NO	DA	La sostenibilità economica	Miglioramento del sistema informativo contabile	Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la RER e gli ospedali privati accreditati	alimentazione della piattaforma in tutte le sessioni ed rispetto delle scadenze prestabilite	100%	SUMCF

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO	ALTRE UO COINVOLTE
NO	DA	La sostenibilità economica	Implementazione GAAC	Gestione delle anagrafiche dei servizi sanitari (Ospedali privati) in collaborazione con SUMCF	Rispetto dei piani previsti dalla RER	entro 31/12/2018	SUMCF
	SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativo contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12	tutti i gestori
	SUMCF	La sostenibilità economica	RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza	tutti i gestori
	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile	tutti i gestori



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO GOVERNO CLINICO E SISTEMA QUALITA'

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	APPENNINO	L'Accesso	Migliorare l'accesso all'assistenza delle persone con nefropatie e la presa in carico attraverso un rapporto efficace tra i professionisti	Definire i processi assistenziali più adeguati alla presa in carico multiprofessionale precoce delle persone con possibili nefropatie	Evidenza dei processi assistenziali e degli accordi tra professionisti (emergenza, medicina, nefrologia, MMG, Infermieri)	entro giugno 2018
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA Bambino cronico	Redazione del PAI	% pz in carico con PAI redatto	>95% (2016=82%)
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA BPCO	Completamento del PDPA	Validazione percorso interaziendale	Entro 2018
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA CA POLMONE	Completamento del PDPA	Validazione percorso interaziendale	Entro 2018
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA CA TESTACOLLO	Costruzione del PDPA	Documento disponibile	Entro 2018
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA DIABETE		% pazienti che hanno fatto esami HBA1C, creatinina e assetto lipidico	>2017
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA cronicità (Scompenso, post IMA, diabete, ferite difficili)	Aumentare la presa in carico	n. Pazienti presi in carico dagli ambulatori cronicità	>2017
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA Stroke	Consolidare le attività di Stroke presso l'OM	n. trombolisi ev n. trombectomie riduzione tempi door to treatment (ed/ia)	trombolisi ev > 250 trombectomie >125 -20% vs IV*trim2017
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA Miastenia	Completamento del PDPA	Validazione percorso	Entro 2018
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Valutazione SQ PDPA	AUDIT interni PDPA: 1.post-IMA 2. pz affetto da sclerosi multipla 3. percorso nascita	Disponibilità di verbale di audit interno con evidenza delle eventuali criticità rilevate	entro 31/12/2018
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Conoscere la Qualità percepita dagli utenti	Progettazione, realizzazione ed elaborazione dati indagine QP PDPA: 1. patol oftal ped 2. celiachia ped - Utenti Case della Salute (secondo Progetto ASSR) - Utenti residenze DSM	Disponibilità report analisi dei dati	entro 31/12/2018
	GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	PDPA oncologia oculare	Completamento del PDPA	Validazione percorso	Entro dicembre 2018
	GOVERNO CLINICO	Il governo del Farmaco	Ridurre la politerapia nell'anziano ospite delle CRA	Audit farmaci CRA	% anziano con 7 o più farmaci	<= 40%
	GOVERNO CLINICO	La gestione del rischio	Ridurre la contenzione meccanica nelle CRA e negli ospedali per acuti	Audit contenzione CRA Contenzione meccanica in ospedale	% ospiti senza contenzione (o solo sponda) Conclusioni progetto formativo	>70% entro dic 2018

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	ATP	La gestione del rischio	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Revisione del Regolamento aziendale inerente la gestione e la tenuta della documentazione sanitaria	1-presentazione alla Direzione Aziendale della bozza del Regolamento revisionato e aggiornato	1-entro il 30 giugno 2018
	ATP	La gestione del rischio	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Predisposizione del Regolamento sul dossier sanitario per gli aspetti Privacy	2-realizzazione incontri formativi rivolti ai professionisti su Regolamento aggiornato (almeno un incontro per dipartimento)	2 -entro il 30 giugno 2019
	ATP	ATP	ATTI DI LIBERALITA' E SPONSORIZZAZIONI (va assegnato ai referenti della compilazione del Registro)	corretta applicazione e compilazione del registro	corretta ed esaustiva compilazione di tutti i campi presenti nella TABELLA EXCEL DI RACCOLTA DATI (fornita da ATP)	entro 31/12/2018
	QIALITA' E ACCREDITAMENTO	Le Relazioni con il cittadino	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
NO	SUMCF	La sostenibilità economica	AUDIT interno	-- costituzione del gruppo di lavoro --promozione unificazione regolamenti riconoscimento onorari legali e regolamento donazioni --somministrazione questionario autovalutazione ai referenti procedure PAC	Effettuazione delle attività	entro 31/10/2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	DG	L'Accesso	Piano di Committenza	Garantire l'autosufficienza distrettuale elaborando un Piano di Committenza per le attività di specialistica ambulatoriale	Governo delle azioni derivanti dal Piano della Committenza (a tendere verso autosuff. del 70%)	entro aprile 2018
	COMMITT. SPECIALISTICA	L'Accesso	Regolamentare la gestione delle Liste di attesa Informatizzate (LAI)	Definire la istruzione operativa interaziendale per la gestione delle LAI	Disponibilità Istruzione Operativa	settembre 2018
		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	3.2.3 Emergenza Ospedaliera	Revisione degli assetti delle reti STAM e STEN secondo la DGR 1603/2013	Verifica dell'assetto delle reti STAM e STEN e conduzione di audit clinici per la valutazione dei percorsi e degli indicatori previsti dalla DGR n. 1603/2013	entro 2018
		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Governo e presidio delle attività e degli adempimenti RER in collaborazione con il referente aziendale	Realizzazione degli obiettivi quali-quantitativi regionali	Raggiungimento dei valori target attesi
	PRESIDIO	Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	messa in atto azioni di cui alla DGR tempi di attesa chirurgici	- predisposizione reportistica tempi di attesa chirurgici - predisposizione sistemi di informazione ai cittadini sui tempi di intervento nelle varie sedi - predisposizione piano organizzativo piattaforme chirurgiche - definizione criteri e monitoraggio messa in lista pazienti nelle varie classi di priorità - riorganizzazione preoperatorio	documentazione relativa	entro primo semestre
	PRESIDIO	Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Attivazione programma Medio-bassa complessità' chirurgica	Predisporre i criteri organizzativi di attivazione/funzionamento del programma e relativo monitoraggio	- redazione documento del progetto - avvio programma - reportistica tempi di attesa, utilizzo efficiente sale.	- entro febbraio - entro marzo - inizialmente settimanale poi mensile
	PRESIDIO	Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Programma chirurgia malassorbitiva	Predisporre i criteri organizzativi di attivazione/funzionamento del programma e relativo monitoraggio	- redazione documento del progetto - avvio programma - reportistica tempi di attesa, utilizzo efficiente sale.	- entro febbraio - entro marzo - trimestrale
	PRESIDIO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Ridefinire assetto chirurgia ortopedica	Predisporre i criteri organizzativi del progetto e messa in atto dello stesso	- predisposizione progetto - trasferimento della chirurgia ortopedica da Vergato a Porretta ed attivazione letti cure intermedie	- entro marzo 2018 - entro maggio 2018
	PRESIDIO	Le Reti Territoriali e le reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Integrazione UO Chirurgia Vascolare AOU e SSD AUSL	Documento di riorganizzazione e sua realizzazione	predisposizione documento messa in atto prime azioni di riorganizzazione	Approvazione del documento entro giugno 2018 Messa in atto prime azioni entro dicembre 2018
	PRESIDIO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Gestione delle risorse di posto letto nei vari ospedali e principalmente presso l'ospedale maggiore	Documento iperafflusso, sua gestione e monitoraggio	- predisposizione documento - messa in atto relative azioni - monitoraggio andamenti accessi in ps e ricoveri a cruscotto	- entro febbraio - entro marzo - settimanale
	PRESIDIO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Rete Urologica	Sviluppo della presa in carico del paziente con calcolosi urinaria	- predisposizione progetto - validazione interaziendale	entro 2018
	RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	3.8.0 Sicurezza delle cure	Identificazione del paziente	effettuazione di una mappatura delle Unità Operative di degenza in cui è utilizzato il bracciale identificativo	95% a dicembre 2018
	PRESIDIO	La gestione del rischio	Igiene ambientale e smaltimento rifiuti	Gestire i processi di pulizia/sanificazione ambientale e rifiuti, secondo buone pratiche, nelle aree ad alto rischio	Internal audit: % adesione a pratiche di pulizia / sanificazione da parte di operatori AUSL	≥90%
	PRESIDIO	La gestione del rischio	Igiene ambientale e smaltimento rifiuti	Gestire i processi di pulizia/sanificazione ambientale e rifiuti, secondo buone pratiche, nelle aree ad alto rischio (tutte SO e TI)	Internal audit: % adesione a pratiche di segregazione dei rifiuti da parte di operatori AUSL	≥90%

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	PRESIDIO	La gestione del rischio	Igiene ambientale e smaltimento rifiuti	Gestire le buone pratiche di segregazione dei rifiuti nelle UA Identificazione di 10 UA cliniche in cui attivare l'osservazione	Internal audit: % adesione a pratiche di segregazione dei rifiuti da parte degli operatori delle UA individuate	≥90%
	PRESIDIO	La gestione del rischio	Igiene ambientale e smaltimento rifiuti	Gestire le buone pratiche di utilizzo della biancheria piana	Internal audit: % adesione a pratiche di gestione della biancheria piana	≥60%
	PRESIDIO	La gestione del rischio	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Consolidare le attività di sorveglianza in tutte le UU.OO. chirurgiche (SICHER)	% degli interventi da sorvegliare sui quali è stata fatta rilevazione secondo protocollo	100% per tutte le UUOO Chirurgiche del Presidio Ospedaliero
	PRESIDIO	La gestione del rischio	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
	PRESIDIO	La gestione del rischio	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥20 lt./1000 gg di degenza ≥60 lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO MEDICINA LEGALE E RISK MANAGEMENT

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SICUREZZA DELLE CURE	Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla L.24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	Documento pubblicato sul sito aziende	SI
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SICUREZZA DELLE CURE	Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste per l'anno 2018 e aggiornamento delle attività previste per il 2019	Documento pubblicato sul sito aziende	SI
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net nei blocchi operatori dell'Azienda	N. di schede compilate/N. di accessi elettivi in sala operatoria N. di items compilati/N. items previsti nella check-list N. di non conformità rilevate/N. di item previsti nella check-list	> o = 95% 100% < 3%
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net per gli interventi in regime ambulatoriale	N.di schede compilate/N. di interventi elettivi ambulatoriali N di items compilati/N. items previsti nella check-list N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> o = 95% 100% < 3%
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SURGICAL SAFETY	Applicazione check-list cataratta in tutti i blocchi operatori coinvolti	N.di schede compilate/N. di interventi cataratta N di items compilati/N. items previsti nella check-list cataratta N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	> o = 95% 100% < 3%
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva adesione dell'equipe di sala operatoria ad una corretta applicazione della checklist : piano di miglioramento "Sicurezza in Chirurgia" (progetto OssERvare)	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti dei blocchi operatori	80% dei diversi componenti l'equipe chirurgica
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N.di schede correttamente compilate/N. interventi programmati	100%
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti delle UA /UO di Chirurgia generale e specialistica	80% dei professionisti UO/UA
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento nell'ambito del progetto OSSERVARE	riduzione delle non conformità rilevate alla prima osservazione (genn/febbraio 2017)	< o= 90%
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN OSPEDALE	valutazione dell'utilizzo della contenzione meccanica in ospedale	audit	entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Definizione procedura relativa a raccomandazione n. 6 "Prevenzione morte materna correlata a travaglio e/o parto e Raccomandazione n. 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano"	evidenza procedura unitaria	entro ottobre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Definizione procedura relativa a raccomandazione n.10 "Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati"	evidenza procedura unitaria	entro ottobre 2018

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Definizione procedura relativa a raccomandazione n. 11 "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)"	evidenza procedura unitaria	entro ottobre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Progetto near miss ostetrici-materni	Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	PROGETTO VISITARE	% azioni di miglioramento realizzate/azioni di miglioramento programmate a seguito delle visite	> 90% entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	PROGETTO VISITARE	verifica delle raccomandazioni sull'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e sulla ricognizione e riconciliazione farmacologica	Almeno in una Unità Operativa
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Corretta gestione dei farmaci antineoplastici	re-audit	entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	Adesione a procedura P 110	realizzazione di iniziative formative	entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Diffusione linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione cadute del paziente in ospedale mediante formazione FAD regionale	% professionisti sanitari che hanno superato il FAD/totale professionisti sanitari UO	> 70% entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Diffusione linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione cadute del paziente in ospedale mediante formazione FAD regionale	Formazione di Medici, Infermieri e Fisioterapisti delle aree di degenza medica e chirurgica	partecipazione di almeno il 50% del personale
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Adesione procedura "prevenzione e gestione della caduta in ospedale"	almeno 1 audit su evento caduta con danno	entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi in relazione alla Legge 24/2017	% professionisti sanitari dell'area di diagnostica formati al percorso di informatizzazione/ totale professionisti	> 80 % entro giugno 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi in relazione alla Legge 24/2017	% di operatori sanitari formati su Incident Reporting/totale operatori sanitari	> 80 % entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	prevenzione dei sinistri attraverso l'analisi multiprofessionale di eventi avversi	progetto formativo	entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su UUOO non segnalanti nel 2018	Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di strutture non segnalanti nel 2017	almeno 3 UO
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SICUREZZA DELLE CURE E PREVENZIONE DEL SINISTRO	Migliorare il processo di gestione del consenso all'atto sanitario e DAT	% professionisti sanitari formati/totale professionisti sanitari	> 50% entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SICUREZZA DELLE CURE E PREVENZIONE DEL SINISTRO	Dematerializzazione della modulistica del consenso informato in Radiodiagnostica	informatizzazione della modulistica	entro dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	3.8.0 Sicurezza delle cure	Identificazione del paziente	effettuazione di una mappatura delle Unità Operative di degenza in cui è utilizzato il braccialetto identificativo	95% a dicembre 2018
	RISK MANAGEMENT	GESTIONE RISCHIO CLINICO	3.8.0 Sicurezza delle cure	Raccomandazione sicurezza delle cure	presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas.	si

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	ATP	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Revisione del Regolamento aziendale inerente la gestione e la tenuta della documentazione sanitaria obiettivo risk management Teresa Palladino	1-presentazione alla Direzione Aziendale della bozza del Regolamento revisionato e aggiornato	1-entro il 30 giugno 2018
	ATP	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Predisposizione del Regolamento sul dossier sanitario per gli aspetti Privacy	2-realizzazione incontri formativi rivolti ai professionisti su Regolamento aggiornato (almeno un incontro per dipartimento)	2 -entro il 30 giugno 2019
	ATP	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Formazione e attività di verifica sulla corretta tenuta e conservazione della documentazione sanitaria	3-Programmazione e svolgimento audit presso UO selezionate per valutazione corretta applicazione nuovo Regolamento	3- entro dicembre 2018
	QUALITA' E ACCREDITAMENTO	GESTIONE RISCHIO CLINICO	SURGICAL SAFETY	Completare la Procedura aziendale P90 "Prevenzione delle reazioni allergiche e degli eventi avversi da terapia farmacologica nei blocchi operatori in NORA e in diagnostica strumentale"	Formalizzazione della Procedura	Entro settembre 2018
	ATP	ATP	GOVERNO DEL RISCHIO	Applicazione del regolamento nelle aree specifiche individuate: SUMAP - COMMISSIONI DI CONCORSO, SAM - COMMISSIONI DI GARA, RISK MANAGEMENT – COMMISSIONI PATENTI , DIP. EMERGENZA – COMMISSIONE 118, COMMITTENZA E SPEC. AMBULATORIALE - Controlli APPROPRIATEZZA NEL PRIVATO, DSP: pareri, controlli e ispezioni.	Applicazione del regolamento e attivazione delle misure di prevenzione individuate	entro 31/12/2018
	DA	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Gestione dei sinistri	Presentazione alla regione del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale	Elaborazione del piano ed invio in Regione	entro 30 giugno 2018
	DA	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Gestione dei sinistri	Presenza in carico ed istruttoria delle pratiche nei tempi e secondo le indicazioni previste Dbase regionale "Gestione sinistri"	Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti con valutazione medico legale e determinazione CVS entro l'anno Completezza del flusso	≥ media RER 100% dei casi aperti nell'anno entro 31/01/2019
	SPP	GESTIONE RISCHIO CLINICO	Aggressioni dei professionisti della sanità aziendali	Individuazione dei principali determinanti e delle strategie per la riduzione del fenomeno	Documento di valutazione e delle misure di intervento appropriate	Entro 2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI	SPP		Adeguamento presidi territoriali alla normativa antincendio	adeguamenti previsti in fase 2 (scadenza 24 ottobre 2018 e 24 aprile 2019)	rispetto programmazione NB vincolato a finanziamento	100%
SI	SPP		Applicazione REACH e Gestione archivio Schede dati di Sicurezza	Verifica della applicazione e della efficacia dei percorsi individuati nella procedura "Applicazione del REACH nell'Azienda USL" .	Documento/report di verifica di applicazione della procedura e individuazione degli eventuali percorsi di miglioramento	Documento/report disponibile
SI	SPP		Gestione Rischio Amianto	Verifica del Piano di manutenzione e controllo dei materiali contenenti amianto rinvenuti in azienda a seguito di censimento periodico in coerenza con le indicazioni contenute nello specifico Documento di Valutazione dei Rischi. Procedura di attuazione degli obblighi legislativi connessi (Decreto 6 settembre 1994 e D.lgs. 81/08)	sopralluoghi di verifica sui locali con materiali contenenti amianto (2 anni) e aggiornamento Piano di manutenzione e controllo.	100% dei sopralluoghi programmati
SI	SPP		Prevenzione incendi e gestione dell'emergenza	Aggiornamento degli addetti alla gestione delle emergenze (ex D.M. 10/03/1998) presenti nelle strutture sanitarie territoriali oggetto di SGSA	operatori designati formati	100%
	SPP		Valutazione MMP	Revisione delle valutazioni e aggiornamento del DVR per le UO critiche	DVR UO critiche aggiornato	70%
	SPP		Informatizzazione sistema SGSL	Implementazione del prima fase del sistema riferita alla formazione, e gestione infortuni	Sistema informativo implementato	60% attività disponibili a sistema
	DGR 919/2018	Prevenzione e promozione della salute	1.4.0 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive	realizzazione di un modulo informativo sulle malattie infettive rivolto agli operatori realizzazione di eventi formativi	
	SPP		Indagini sul clima interno e progettazione di interventi di miglioramento	Individuazione delle azioni di miglioramento sulle principali criticità: approfondimento per dipartimento	Approfondimento sul Dip. Materno Infantile Approfondimento sugli altri Dip.ti clinici	Entro settembre 2018 Entro 2018
	SPP	La Gestione del Rischio	Aggressioni dei professionisti della sanità aziendali	Individuazione dei principali determinanti e delle strategie per la riduzione del fenomeno	Documento di valutazione e delle misure di intervento appropriate	Entro 2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO IGIENE

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
si	Igiene	La gestione del rischio	Implementare attività di governo del rischio infettivo nelle strutture socio sanitarie <u>residenziali</u> accreditate	Consolidare il monitoraggio dell'igiene mani attraverso il report regionale	Presenza di almeno il 70% dei report	entro 2018
no	Igiene			Avviare audit di rilevazione dell'adesione all'igiene delle mani	Evidenza dei lavori	entro 2018
no	Igiene			Consolidare la rete dei referenti infezioni e garantirne la formazione	Relizzazione di n. 2 eventi formativi	entro 2018
no	Igiene		Implementare attività di governo del rischio infettivo nelle strutture socio sanitarie <u>semi-residenziali</u> accreditate	Istituire la rete dei referenti infezioni	Disponibilità dell'elenco referenti formalizzati dalle strutture	entro 2018
no	Igiene			Garantire la formazione dei referenti	Relizzazione di n. 1 evento formativo	entro 2018
si	Igiene		Implementare attività di governo del rischio infettivo nei Dipartimenti di Produzione Territoriale	Avviare attività di promozione dell'igiene mani in almeno una struttura del Dipartimento Cure Primarie (Case della Salute) e del Dipartimento Salute Mentale	Evidenza dei lavori	entro 2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO SVILUPPO ORGANIZZATIVO PROFESSIONALE E FORMAZIONE

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
NO	ATP	ATP	ATTI DI LIBERALITA' E SPONSORIZZAZIONI (va assegnato ai referenti della compilazione del Registro)	corretta applicazione e compilazione del registro	corretta ed esaustiva compilazione di tutti i campi presenti nella TABELLA EXCEL DI RACCOLTA DATI (fornita da ATP)	entro 31/12/2018
NO	ATP	ATP	COMUNICAZIONE A LIVELLO AZIENDALE DEL NUOVO CODICE DI COMPORTAMENTO	Collaborare con ATP alla organizzazione di momenti formativi/informativi su aree tematiche specifiche (profilatura)	eventi organizzati	2018 e 2019
NO	DA	Lo sviluppo organizzativo	La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie	Progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo	almeno 4 eventi	entro 2018
NO	DA	Lo sviluppo organizzativo	La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie	Progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	almeno 3 eventi	entro 2018
NO	SOF	La sostenibilità economica ATP	PAC-revisione dei processi amministrativo-contabili	Redazione Istruzione Operativa per i CdL per l'individuazione, scelta, nomina e attivazione delle collaborazioni con tutor clinici per attività di laboratorio, seminari e per affiancare gli studenti come tutor di tirocinio nel triennio	Pubblicazione sul sito aziendale e applicazione	entro 31/8/2018
NO	SOF	La sostenibilità economica	PAC-revisione dei processi amministrativo-contabili	Redazione procedura amministrativo contabile per le docenze nei corsi interni aziendali e la partecipazione a corsi/convegni esterni	Pubblicazione sul sito aziendale e applicazione	entro 31/8/2018
NO	SOF	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	COSTRUZIONE E IMPLEMENTAZIONE PIATTAFORMA INFORMATICA DINAMICA PER IL SETTORE TIROCINI	PREDISPOSIZIONE DATA BASE PER REGISTRAZIONE DATI RELATIVI ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA NELLA INTRANET PER CONDIVISIONE E COORDINAMENTO AZIENDALE	data base disponibile	entro 31/12/2018
SI	SOF	Lo Sviluppo Organizzativo	valorizzazione degli incarichi		entro 31/12/2018	100% degli incarichi
SI	SOF	Lo Sviluppo Organizzativo	valutazione annuale dirigenti e comparto (PO e Coordinamenti)		entro 30/6/2018	100% delle valutazioni
SI	SOF	Lo Sviluppo Organizzativo	Revisione documento ROA	definizione job description strutture gestionali	entro 31/12/2018	100% delle job description
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico del	Rispetto del budget trasversale	
	SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativo contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica	RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza

	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile
--	-------	-----------------------------------	------------------------	--	--	--

2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

MONITOR	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica	Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica	Modena, Bologna, Imola, Romagna <= 850 prescrizioni/1000 per le rimanenti aziende, diminuzione
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica	Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato	Reggio Emilia >= valore 2016 Altre Aziende >= 1,5
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco		Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti il progetto - Governo Clinico e Dip Farmaceutico	2 ONCOLOGICO 1 MATERNO INFANTILE 3 EMERGENZA 3 MEDICO 2 IRCCS 3 CHIRURGICO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con MMG su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	>= al programmato 2017 (proposta : n° da concordare con Dip Cure Prim.)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incontri di formazione/informazione	N° incontri con medici OSPEDALIERI su temi inerenti la Stewardship antimicrobica	34 (partecipaz >50%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Gestione condivisa Farmacia + rete infettivologica di farmaci antimicrobici ad elevato impatto ecologico, economico e gestionale	Condivisione prescrizione con rete infettivologica di: - ceftolozano/tazobactam - ceftazidime/avibactam - dalbavancina - fosfomicina ev - colistina ev - ceftobiprololo - ceftarolina	100%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% assistiti reclutati in politerapia con trattamenti cronici con valore economico > 2.500€/anno	>= 70% reclutati / reclutabili (da elenchi elaborati in reportistica del DF)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di prestazione specialistica	DSA>= 80% ALTRE UOC>=12% (ONCO) >=5% (MAT INF) >=3% (EMERG) >=30% (MEDICO) >=19% (IRCCS) >=8% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Presa in carico di assistiti in erogazione diretta	% pazienti con consegna diretta di farmaci a seguito di dimissione	>=55% (ONCO) >=30% (MAT INF) >=43% (EMERG) >=80% (MEDICO) >=49% (IRCCS) >=48% (CHIR)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	< 2017 (SIVER 22,5%)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% rapporto prescrizioni silodosina/alfa-bloccanti nell'ipertrofia prostatica	<10%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	< 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Consumo pro capite ipolipemizzanti orali (C10AA, C10AX09, C10BA02) - "Progetto Statine"	<= +8% valore RER
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	% pazienti in terapia con farmaci inalatori R03 (LABA,LAMA soli o ass) - senza diagnosi accertata bpc - "Progetto BPCO"	<= 16 %
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	DDD farmaci a brevetto scaduto / DDD totali consumate	>= valore RER 2018 (storico 81,3%)

MONITOR	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Riduzione delle politerapie e deprecrizione in sicurezza	% pazienti alla dimissione con ≥ 7 farmaci (UU.OO. Medicine e Geriatrie)	Dimissioni over 70 anni ≥ 7 farmaci: <45%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Implementazione Progetto Interaziendale Governo del Farmaco	Incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	% di consumo del biosimilare (epoetine, infliximab, etanercept, rituximab)	Incremento della % di consumo del biosimilare rispetto al 2017
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Riduzione prescrizioni Colecalciferolo	Consumo pro capite colecalciferolo (A11CC05)	Inferiore al valore 2017 (9MESI2017: 104,12DDD17 10.000ab.pes/die)
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Prescrizione appropriata dei farmaci afferenti a classi terapeutiche individuate dalla RER	Prescrizioni Colecalciferolo monodose vs multidose	% rapporto prescrizioni colecalciferolo multidose/(monodose+multidose)	≥80%
Dip.Farmaceutico	Il Governo del Farmaco	Sicurezza della terapia insulinica	Redazione IO e implementazione dell'utilizzo routinario delle penne di insulina in reparto nelle UUOO del Dip.Medico dell'Ospedale Maggiore	IO implementata presso le UUOO: Medicina A - OM Medicina B Semi-Int Medicina C Medicina D Endocrinologia Cardiologia Geriatria	100%
Dip. Farmaceutico Presidio Ospedaliero Longanesi Ann.	Il governo dei Dispositivi Medici	Appropriatezza d'uso delle RETI CHIRURGICHE e ottimizzazione della gestione delle risorse economiche negli interventi di ernia inguinale monolaterale con eventuale ampliamento a laparoceli	Condivisione dell'uso delle reti chirurgiche nei principali scenari clinici relativi all'intervento di ernia inguinale monolaterale con eventuale ampliamento a laparoceli	Elaborazione LG aziendale per l'utilizzo delle RETI chirurgiche negli interventi di ernia inguinale monolaterale con eventuale ampliamento a laparoceli	1) redazione LG aziendali (entro I sem 2018) 2) successiva applicazione (entro ottobre 2018) 3) valutazione economica (entro il 31/12/2018)
Dip.Farmaceutico	Il Governo dei Dispositivi Medici	Completamento del sistema informatico digistat per la sala operatoriaSGP con l'allestimento dei kit per intervento - Modulo DIGISTAT farmacia	Implementazione del modulo DIGISTAT farmacia presso la sala operatoria SGP	n kit allestiti /n interventi	1
Dip.Farmaceutico	Il Governo dei Dispositivi Medici	Implementazione dell'utilizzo del prodotto hemo -o - lock a minor costo (100€ in meno) al posto dell'applicatore di clip negli interventi di colecistectomia VLP	negli Interventi di colecistectomia VLP utilizzo della clip + pinza pluriuso HEMO - O LOCK invece che applicatore di clip	% interventi con utilizzo HEMO - O - LOCK	95%
	Prevenzione e Promozione della Salute	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	>= 34%
	Le Relazioni con il cittadino	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
	Le Relazioni con il cittadino	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
	ATP	ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI	corretta applicazione della procedura (sono responsabili tutti i CDR di area medica)	-implementazione del sw in uso in tutti i dipartimenti (oltre quelli che hanno partecipato all'avvio della sperimentazione nel 2017) -n°incontri collegiali	-100% dei dipartimenti -almeno 2 incontri entro fine anno
COGEFI	La sostenibilità economica	Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12

MONITOR	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DA	La sostenibilità economica	Implementazione GAAC	Gestione delle anagrafiche dei servizi sanitari (Farmaceutica, integrativa, ossigenoterapia) in collaborazione con SUMCF	Rispetto dei piani previsti dalla RER	entro 31/12/2018
DA	La sostenibilità economica	Obiettivi di programmazione regionale da DGR 919/2018	Assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie all'implementazione e gestione del GAAC	allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	100%



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO INGEGNERIA CLINICA

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
NO	ATP	ATP	ATTI DI LIBERALITA' E SPONSORIZZAZIONI (va assegnato ai referenti della compilazione del Registro)	corretta applicazione e compilazione del registro	corretta ed esaustiva compilazione di tutti i campi presenti nella TABELLA EXCEL DI RACCOLTA DATI (fornita da ATP)	entro 31/12/2018
NO	ATP	ATP	GOVERNO DEL RISCHIO	Applicazione del regolamento nelle aree specifiche individuate: SUMAP - COMMISSIONI DI CONCORSO, SAM - COMMISSIONI DI GARA, RISK MANAGMENT – COMMISSIONI PATENTI, DIP. EMERGENZA – COMMISSIONE 118, COMMITTEZZA E SPEC. AMBULATORIALE - Controlli APPROPRIATEZZA NEL PRIVATO, DSP: pareri, controlli e ispezioni.	Applicazione del regolamento e attivazione delle misure di prevenzione individuate	entro 31/12/2018
SI	Dip Tecnico	La sostenibilità economica	Rispetto del Piano degli Investimenti approvato dall'Azienda	Rispetto del piano investimenti - strutture edilizie	Rispetto del piano attivazioni: - CdS Navile - TAC Osp. Bentivoglio - Ortopedia Osp. Porretta	100%
NO	Ingegneria Clinica	La sostenibilità economica	Nuova Gestione procedure affidamento tecnologie biomediche di importo < 40.000 €	attuazione procedure	procedure gestite	da fine giugno 2018
NO	Ingegneria Clinica	Lo sviluppo Organizzativo	Nuova organizzazione Ingegneria Clinica	attuazione nuova organizzazione	approvazione degli atti necessari	31/12/2018
SI	SPP	La Gestione del Rischio	Applicazione REACH e Gestione archivio Schede dati di Sicurezza	Verifica della applicazione e della efficacia dei percorsi individuati nella procedura "Applicazione del REACH nell'Azienda USL" .	Documento/report di verifica di applicazione della procedura e individuazione degli eventuali percorsi di miglioramento	documento/report disponibile
NO	Ingegneria Clinica	La Gestione del Rischio	Certificazione ISO 9001:2015	Certificazione ISO 9001:2015 - UO Ingegneria Clinica	Audit	valutazione positiva
NO	Ingegneria Clinica	La sostenibilità economica	Rispetto del Piano degli Investimenti approvato dall'Azienda	Rispetto del piano investimenti - tecnologie biomediche	Rispetto del piano attivazioni: - CdS Navile - TAC Osp. Bentivoglio - Ortopedia Osp. Porretta	100%
NO	Ingegneria Clinica	La sostenibilità economica	Rispetto del preventivo economico e patrimoniale deliberato dall'Azienda	Monitoraggio spesa service sanitari	Invio monitoraggio	trimestrale
NO	Ingegneria Clinica	La sostenibilità economica	Procedura di Gara CT radioterapia e stroke	attivazione procedura	pubblicazione bando	entro il 31/10/2018
NO	Ingegneria Clinica	La Gestione del Rischio	Riduzione rischio uso tecnologie	Applicazione IO09 - addestramento	100% AUDIT UO OSPEDALE Maggiore	entro 31/12/2018
SI	COGEFI		Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
SI	COGEFI		Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
	SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica	RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza
	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile

2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITÀ DIREZIONE ATTIVITÀ SOCIO SANITARIE

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	MONITOR	DISTRETTO PROPONENTE						AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
		APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM	S.LAZZARO					
		X	X	X	X	X	X	Prevenzione e Promozione della Salute	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	>= 34%
					X			Prevenzione e Promozione della Salute	Piano Regionale Prevenzione	Partecipazione attiva ad iniziative distrettuali in tema di promozione della salute, stili di vita, comunità locale	partecipazione ad almeno due iniziative	entro 2018
						X		Prevenzione e promozione della salute	Promuovere corretti stili di vita con particolare riferimento alla prevenzione patologie cardiovascolari, respiratorie, diabete	Promozione incontri ed iniziative (gruppi di cammino, etc.) in collaborazione con CCM ed associazioni del territorio	Iniziative organizzate	>= 2 nel 2018
						X		Prevenzione e Promozione della Salute	Promuovere interventi per la salute e il benessere psico-fisico dei Care Giver	Attivazione iniziative di promozione di corretti stili di vita e prevenzione patologie cardiovascolari rivolte ai Care Giver	Organizzazione di una iniziativa per Care Giver di pazienti in carico	almeno una iniziativa per ambito distrettuale
SI per Appennino, NO per Re-La-Sa		X				X		L'Accesso	Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili e fragili	Assicurare la presa in carico degli anziani con rischio di fragilità >50 e <80 non conosciuti dai servizi socio sanitari	% di anziani fragili intercettati attivamente	> al 90% dei casi segnalati
			X					L'Accesso	Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili nell'ambito dello specifico programma	Assicurare in modo appropriato assistenza medica, infermieristica e socio-sanitaria nei dormitori	N° delle dimissioni protette accolte dal dormitorio "Beltrame"	> 20% rispetto 2017
					X			L'Accesso	Regolamentazione accesso in PS da servizi territoriali (CSM (stati psicotici organici), CRA (urgenze), NPIA, Cure Palliative, Territorio Bed manager in dimissioni difficili)	Protocollo/linee guida distrettuali validati	Evidenza documento Applicazione	Ottobre 2018 entro 2018
		X						Le reti dell'integrazione socio-sanitaria	Qualificare il sistema di integrazione sociosanitaria e comunitaria valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	implementare la co-progettazione nell'ambito del Progetto di partnership con le associazioni del territorio sul tema "fragilità" nelle popolazioni più vulnerabili	evidenza di un Bilancio Sociale co-progettato	entro dicembre 2018
		X						Le reti dell'integrazione socio-sanitaria	Qualificare il sistema di integrazione sociosanitaria e comunitaria valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	promuovere azioni di co-progettazione negli ambiti innovativi e di sviluppo dei servizi per le popolazioni fragili e vulnerabili	evidenza di un tavolo di co-progettazione nell'ambito del Programma DOPO DI NOI	entro marzo 2018
				X				Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Presa in carico della fragilità/complessità, sulla base dei "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in integrazione ospedale-territorio, tra ambito sanitario e sociale e con il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato)	Analisi congiunta degli elenchi dei fragili da parte dell'equipe MMG, infermiere, Assistente sociale e stesura del PAI - Progetto Risker su NCP San Pietro in Casale	Numero valutazioni congiunte effettuate sul totale dei fragili negli elenchi e numero di PAI prodotti	Come da applicazione dell'accordo con la medicina generale (adesioni almeno del 70% dei MMG del NCP)
						X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Sviluppare le attività nella Casa della Salute di San Lazzaro	Valutazione attuale occupazione degli spazi e revisione attribuzione	Progetto di riorganizzazione attività	Entro giugno 2018
			X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post- acuzie e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acuzie)	≥ 20%
		X						Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Consolidamento dei processi di cura e dei servizi innovativi previsti dal Piano di Riordino distrettuale	Avvio operativo dei servizi: a) ambulatorio ortodonzia e maxillo facciale per persone con alta vulnerabilità sanitaria; b) ambulatorio cure palliative precoci; c) Centro ambulatoriale di Riabilitazione; d) Ambulatori di Salute mentale primaria;	evidenza dell'avvio dei Servizi indicati (a,b,c,d)	avvio entro giugno 2018
		X	X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Attivare il TCI con tutte le procedure e i protocolli operativi del caso	Progetto e evidenza delle procedure e protocolli di valutazione, accesso, erogazione delle cure e dimissione	entro 2018
						X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare la realizzazione di Letti di Cure Intermedie nei due ambiti Distrettuali	evidenza progetto	entro 2018

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 S/NO	MONITOR	DISTRETTO PROPONENTE					AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
		APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM					
				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Analisi distrettuale delle strutture identificabili come letti di cure intermedie invertirei l'indicatore con l'azione	Attivazione di 10/15 posti letto presso una Cra del Distretto	10/15 p.l.
					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Sviluppo Cure intermedie	Riconversione di lettici tecnici prevedendo nel percorso organizzativo anche una proposta di afferenza territoriale per facilitare le ammissioni dal domicilio dei pazienti cronici/fragili	presenza percorso validato avvio operativo	entro Ottobre 2018 entro 2018
				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di percorsi integrati e definiti con i reparti ospedalieri	Definire prevalentemente con le UO di medicina interna ospedaliere i percorsi consenziali per i pazienti assistiti a domicilio nella rete territoriale integrata	Evidenza dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio, territorio e territorio	Almeno 3 percorsi di continuità (fast) formalizzati
		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Migliorare l'accesso alle cure domiciliari socio-sanitarie in fase di dimissione protetta	Aumentare il numero di dimissioni protette con attivazione delle AF al domicilio	% utenti in dimissione serviti con progetto di assistenza AF	aumento del 50% rispetto al 2017
					X		Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Sviluppo della rete dei servizi a supporto della domiciliarità e prossimità	Integrazione degli interventi delle assistenti familiari nel sistema di sostegno alla domiciliarità	Progetto di integrazione fra le offerte della rete di supporto alla non autosufficienza	Entro il 2018
		X					Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Migliorare la qualità dei servizi erogati dalle strutture private presenti sul territorio per anziani non autosufficienti	attivare un percorso condiviso di formazione con le strutture private che accolgono anziani non autosufficienti sui temi delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione della PEG, le linee guida regionali sull'alimentazione dell'anziano, i ricoveri ospedalieri	% di strutture locali arruolate	arruolamento del 50% delle strutture che operano localmente
				X			Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Realizzazione della progettualità condivisa per la CdS interaziendale Pieve-Cento	Avvio di almeno un percorso condiviso fra le due comunità	Evidenza del protocollo formalizzato fra i due Distretti	Rispetto del cronoprogramma (trasferimento CSM di Cento)
		X	X	X	X	X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Riprogrammare le risorse assegnate al distretto per la non autosufficienza alla luce delle indicazioni regionali.	Analisi e definizione delle azioni di programmazione per un appropriato e sostenibile utilizzo delle risorse assegnate per la non autosufficienza	Risorse assegnate al distretto per FRNA, FNA, Fondo dopo di noi	Rispetto delle assegnazioni distrettuali
						X	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Riprogrammare le risorse assegnate al distretto per la non autosufficienza alla luce delle indicazioni regionali.	Analisi e definizione delle azioni di programmazione per un appropriato e sostenibile utilizzo delle risorse assegnate per la non autosufficienza (FRNA, FNA Fondo Dopo di Noi) di concerto con l'Unione dei Comuni favorendo un approccio di confronto con le parti sociali	Evidenza del percorso di programmazione condivisa, coerentemente con le risorse assegnate, con particolare riferimento alla % di offerta di residenzialità per anziani e di attività a bassa soglia	Rispetto della programmazione condivisa (+ 5 PL CRA rispetto anno 2017 e attivazione di una sede di Meeting center)
			X				Le Reti Socio-Sanitarie - Piani di Zona	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute di cui una è la CdS navile
		X					Le Reti Socio-Sanitarie - Piani di Zona	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	entro giugno 2018
				X			Le Reti Socio-Sanitarie - Piani di Zona	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
						X	Le Reti Socio-Sanitarie - Piani di Zona	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Consolidare il percorso di coinvolgimento iniziato	realizzare almeno due azioni di integrazione proposte dai gruppi di lavoro effettuati nel 2017	avvio di due azioni per ambito distrettuale
						X	Le Reti Socio-Sanitarie - Piani di Zona	Casa della Salute Di Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
		X					Piano di Zona distrettuale 2018-2020	Qualificare il sistema di integrazione sociosanitaria e comunitaria valorizzando la programmazione negoziata e la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	promuovere azioni di co-progettazione e condivisione con gli attori sociali della comunità locale in tutte le aree tematiche del PDZ triennale per la salute e il benessere 2018-2020 ed in particolare nelle aree "prossimità e domiciliarità" e "Prevenzione disuguaglianze e promozione della salute"	Evidenza dei Progetti prodotti in sede di programmazione del PDZ triennale e dei relativi atti formali richiesti dalla RER	entro giugno 2018

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	MONITOR	DISTRETTO PROPONENTE					AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO	
		APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM						S.LAZZARO
							X	Piano di Zona distrettuale 2018-2020	ADULTI DISABILI-Progetti di vita indipendente "Vivere insieme" e "Dopo di noi" per favorire la permanenza a domicilio e progetti supportati per la convivenza in semiautonomia	Avvio coabitazioni supportate	Realizzazione di Progetti individuali per favorire la permanenza a domicilio, di Progetti supportati per convivenza in semiautonomia	6 Progetti personalizzati realizzati
							X	Piano di Zona distrettuale 2018-2020	ANZIANI-Sviluppare interventi volti a mantenere al domicilio gli anziani non autosufficienti	1)Aumentare l'offerta degli inserimenti residenziali temporanei di sollievo. 2) Aumento dell'offerta ore/mese del Progetto BADANDO	1) n° ricoveri di sollievo 2) n° ore 2018 Progetto Badando	1)>25% del 2017 2)>20% del 2017
							X	Piano di Zona distrettuale 2018-2020	MINORI - Sviluppare attività multiprofessionali di sostegno domiciliare per evitare il ricorso alla residenzialità di minori complessi	Attivazione di interventi domiciliari con attività educativa, sostegno psicopedagogico complesso	Interventi domiciliari multiprofessionali su casi complessi senza esito in residenzialità	4 Progetti realizzati senza esito in residenzialità
					X			Piano di Zona distrettuale 2018-2020	Domiciliarità e prossimità	Istituzione di un gruppo di regia distrettuale per coordinare gli obiettivi scheda 4-Budget di salute, 5 - Riconoscimento care giver, 6-Progetti di vita e dopo di noi, 7-rete cure palliative, 17- progetto adolescenza, 33 - miglioramento accesso in emergenza urgenza,36 - Consolidamento sviluppo servizi sociali territoriali)	Istituzione gruppo di regia - Predisposizione e completamento schede obiettivi	entro giugno 2018
				X				Piano di Zona distrettuale 2018-2020	Promozione delle autonomie e della cura del sè	Attività di sensibilizzazione e formazione ai care givers sul tema del "Dopo di noi"	Almeno una iniziativa con familiari	Entro 2018
				X				Piano di Zona distrettuale 2018-2020	Promozione delle autonomie e della cura del sè	Percorso formativo relativo alla conoscenza del proprio corpo rivolto a disabili adulti	Incontri con gruppi di disabili e operatori in formazione/osservatori articolati in momenti laboratoriali (training, esercizi, giochi, narrazione ...) e riflessione/rielaborazione sui temi dell'igiene personale, dell'alimentazione, della sessualità.	Almeno 2 incontri entro 2018
				X				Piano di Zona distrettuale 2018-2020	Sviluppo di politiche integrate del Distretto	Partecipazione attiva alla realizzazione del progetto distrettuale di riordino delle funzioni delegate	Evidenza delle fasi progettuali per il ritiro delle funzioni delegate	Entro il 2018
				X				Piano di Zona distrettuale 2018-2020	Sviluppo di politiche integrate del Distretto	Partecipazione attiva alla realizzazione di PdZ	Evidenza delle schede	entro giugno 2018
			X					La ricerca	Contrastare le disuguaglianze nella città di Bologna	Elaborazione, approvazione ed attivazione di progetto specifico di ricerca.	Progressiva attivazione del progetto	Realizzazione prima e seconda fase del progetto nel 2018
		X						Le Relazioni con il cittadino	Migliorare la comunicazione con la popolazione locale più debole	Adeguare la segnaletica relativa alle CdS e le informazioni all'utenza utilizzando forme di comunicazione più semplici, "inclusive", sia alfabetiche che simboliche, con grafica adeguata allo scopo	evidenza della segnaletica e delle informazioni all'utenza nelle CdS	entro dicembre 2018
			X					Le Relazioni con il cittadino	Promuovere la partecipazione delle associazioni coordinate dal COPID (Comitato di Co-progettazione Integrata per le Disabilità)	Consolidare l'esperienza della co-progettazione integrata con più associazioni di disabili attraverso la realizzazione di progetti a favore di disabili	4 progetti approvati e completamente realizzati per il 2018	100% progetti realizzati
						X		Le Relazioni con il cittadino	Promuovere la partecipazione delle associazioni valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	Consolidare l'esperienza della partecipazione e co-progettazione integrata	programmazione attività annule con iniziative distrettuali	almeno 2 nuove iniziative nell'ambito Lavino-Samoggia
		X	X	X	X	X	X	Le Relazioni con il cittadino	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg. dalla data del protocollo
SI		X	X	X	X	X	X		Ridurre la politerapia nell'anziano ospite delle CRA	Audit appropriatezza farmacologica nelle CRA	% ospiti con 7 o più farmaci % ospiti con disturbi del comportamento inseriti in attività terapeutiche non farmacologiche	<= 40% ≥63,68% (dato 2017)
SI		X	X	X	X	X	X		Ridurre la contenzione meccanica nelle CRA e negli ospedali per acuti	Audit contenzione CRA Contenzione meccanica in ospedale	% ospiti senza contenzione (o solo sponda) Conclusioni progetto formativo	>70% entro 2018
SI		X	X	X	X	X	X		Consolidare l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	Migliorare ed uniformare il sistema di monitoraggio delle attività svolte per la valutazione e la presa in carico degli anziani non autosufficienti (UVM, DP, accesso alla rete socio-sanitaria)	Predisposizione e condivisione reportistica annuale aziendale su attività svolte per la valutazione e la presa in carico degli anziani non autosufficienti (UVM, DP, accesso alla rete socio-sanitaria)	Report annuale aziendale con dati attività svolte per la valutazione e la presa in carico degli anziani non autosufficienti (UVM, DP, accesso alla rete socio-sanitaria) entro 2018
SI			X	X			X		Percorso di ritiro delle attività delegate da parte degli EE.LL.	Condividere in sede di CTSS Metropolitana criteri omogenei sul passaggio di attività e personale dall'Azienda USL agli Enti locali al momento del ritiro delle attività sociali tuttora delegate (ambiti distrettuali Città di Bologna, Pianura Est e San Lazzaro di Savena)	Approvazione in sede di Ufficio Presidenza di CTSS Metropolitana di linee di indirizzo con criteri omogenei da applicare successivamente in maniera omogenea sui tre Distretti.	Entro il 30/09/2018

DISTRETTO PROPONENTE

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	MONITOR	DISTRETTO PROPONENTE					AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
		APPENNINO	BOLOGNA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO SAM					
SI	PROPONENTE DAAT						La sostenibilità economica f. Politiche di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e privacy	AREA DISABILI ADULTI Completamento percorso di formalizzazione ELENCHI distrettuali dei gestori di strutture e servizi non accreditati.	Approvazione del regolamento predisposto nel 2017. Pubblicazione avviso per l'adesione all'ELENCO gestori non accreditati. Istituzione ELENCO.	Regolamento approvato. Avviso pubblicato. Regole e criteri di gestione ELENCO definiti.	Entro la fine del 2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
NO	DGR 919/2018 e COGEFI	Sistemi Informativi	Interconnessione dei flussi informativi: GARANTIRE il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente (CODICE FISCALE, ENI, STP, TEAM)	Verificare la qualità e la completezza dei codici degli identificativi in generale in tutti i Flussi. Revisione di tutti gli applicativi gestionali per il recupero dei dati relativi all'STP in modo sistematico e corretto, in particolare su ASA, FED e AFT. A seguire su SDO,PS, che hanno un migliore qualità.	N. codici fiscali, STP, ENI,TEAM non riconosciuti da SOGEI % di codici STP presenti nei Flussi SDO, PS, ASA, AFT e FED al momento dell'erogazione della prestazione coerenti con STP presenti in ARA	<1% 95%
NO	DG919/2018 e COGEFI	Sistemi Informativi	Migliorare la tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	Attivare con la rete dei referenti momenti di confronto per concordare interventi mirati. In particolare sul flusso dell'ADI.	Rispetto scadenze invio flussi SDO, ASA, PS, FED, DIME, ADI, HOSPICE	> 95%
SI-IN PARTE	COGEFI	Sistemi Informativi	Nuovo sistema di reporting per la programmazione strategica a più livelli	Analizzare l'esistente con i Livelli interessati (Direzione aziendale, Dipartimenti di produzione, DASS, Dipartimento farmaceutico e DISTRETTI). Riorganizzare la produzione del reporting anche in coerenza con quanto rende disponibile la Regione sulla reportistica dinamica e su Insider/siver.	Predisporre e definire il nuovo pacchetto (Al momento ne abbiamo 128 tipologie solo per il reporting sanitario)	entro il 31/12/2018
NO	DGR 919/2018 e COGEFI	Sistemi Informativi	Progettazione del nuovo flusso ASA (RER) : Nel corso dell'anno 2018 è previsto di includere anche l'attività erogata a favore dei pazienti ospedalizzati.	Integrare nell'ASA le prestazioni erogate a pazienti degenti.	Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi). Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31.12.2018.	80% 90%
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
NO	SAO-PO serv. Amm.vi LUM	Sistemi Informativi	Miglioramento dell'allineamento delle anagrafiche dei richiedenti LUM	Formalizzazione e condivisione del percorso di creazione dei nuovi richiedenti LUM	Stesura Istruzione Operativa	entro 31/12/2018
SI	SUMCF	La sostenibilità economica	Miglioramento del sistema informativo contabile	Garantire una buona qualità del dato contabile rispondendo nei tempi previsti dalla normativa ai debiti informativi per i flussi economici regionali e ministeriali	Tempistiche regionali	Rispetto delle tempistiche regionali
NO	SUMCF	La sostenibilità economica	AUDIT interno	--promozione unificazione regolamenti riconoscimento onorari legali e regolamento donazioni --somministrazione questionario autovalutazione ai referenti procedure PAC	Effettuazione delle attività	entro 31/10/2018
SI	HUB	La sostenibilità economica	Collaborazione al progetto di costituzione del servizio trasfusionale unico metropolitano	SIMT: analisi dei rapporti giuridici ed economici in ambito metropolitano e della modifica della titolarità' degli stessi, per le aziende sanitarie coinvolte, a seguito della costituzione del servizio trasfusionale unico metropolitano	Partecipazione ad incontri organizzati da direzione e collaborazione nella stesura documenti	Entro il 01/04/2018
SI	HUB	La sostenibilità economica	Gestione richieste finanziamento regionale e rendicontazione su finanziamenti assegnati	Valutazione impatto economico degli interventi programmati	Invio dati e/o richieste a RER	Entro 2018 sulla base delle richieste della rer
NO	DA	La sostenibilità economica	Monitoraggio dettagliato della spesa per servizi sanitari e non sanitari in collaborazione con SUMF	Reportistica periodica dettagliata per la Direzione aziendale	Scheda di dettaglio tecnico sulla gestione dei contratti d'appalto dei servizi	entro 31/10/2018
NO	DA	La sostenibilità economica	Verifica interna sull'utilizzo della procedura ordini, per tutti i processi d'acquisto aziendali, per il controllo continuo della spesa, del rispetto del budget e dei limiti contrattuali. Obiettivo da DGR 919/2018	Verifica di: - emissione di ordini preventivi informatizzati - individuazione di modalità per l'impegno di budget su tipologie di servizi che non consentono l'ordine preventivo (es. utenze) - integrazione tra i sw di gestione ordini,	- 100% - modalità sostitutiva all'ordine preventivo - 100%	entro 31/10/2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO AFFARI GENERALI LEGALI

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI'	AGL	Gestione del rischio	Definizione ed approvazione procedure operative di attuazione del "Programma Regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie"	Aggiornamento procedure interne Gestione diretta sinistri in subordine alla emanazione dei Decreti attuativi Legge Gelli. Revisione da attuare in collaborazione con la UO Medicina Legale e Risk Management .	Attuazione revisione.	31/12/2018
	AGL		Alimentazione del Sistema Informativo e di reportistica regionale (database) di gestione diretta dei sinistri	Monitoraggio e inserimento dati per la parte di competenza dell'Ufficio Assicurativo.	N. Sinistri aperti / N. Sinistri inseriti	100%
	DA	La gestione del rischio	Gestione dei sinistri	Presentazione alla regione del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale	Elaborazione del piano ed invio in Regione	entro 30 giugno 2018
	DA	La gestione del rischio	Gestione dei sinistri	Presenza in carico ed istruttoria delle pratiche nei tempi e secondo le indicazioni previste Dbase regionale "Gestione sinistri"	Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti con valutazione medico legale e determinazione CVS entro l'anno Completezza del flusso	≥ media RER 100% dei casi aperti nell'anno entro 31/01/2019
	AGL	Anticorruzione Trasparenza Privacy	Progettazione e sviluppo del nuovo portale trasparenza (integrato in Babel). In particolare: attivazione registro informatizzato degli accessi (civico, generalizzato, documentale) nell'ambito del gestionale dei procedimenti amministrativi di Babel (GIPI)	Predisposizione, sviluppo e collegamento del Registro alla Sezione "Amministrazione trasparente" e Piano di formazione inerente l'utilizzo dell'applicativo.	1) Disponibilità del Portale; 2) Messa in esercizio del Registro.	31/07/2018
	AGL		Revisione del Titolario di Classificazione Documentale e del Massimario di Scarto Aziendali	. Analisi stato attuale; . Confronto / verifica con articolazioni aziendali; . Approvazione Soprintendenza.	Completamento revisione e atto aziendale di approvazione del Titolario e del Massimario.	31/12/2018
	AGL		Recupero crediti da sentenze procedimenti penali	. Attivazione recupero spese processuali e provvisionali; . Disamina delle sentenze per attivazione eventuale azione civile di risarcimento danni.	N. Posizioni pendenti / N. Posizione definite	50%
	AGL		Protocollo Operativo Recupero somme erogate al dipendente causa assenza per responsabilità di terzi	Analisi congiunta con SUMAP e Medicina Legale per predisposizione procedure.	Redazione approvazione Protocollo	31/12/2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE STORICO	VALORE ATTESO
NO	ALP		Nuovo Atto Aziendale dell'attività libero professionale intramoenia	Redazione e approvazione di un nuovo Atto Aziendale LP, nuovo testo organico inclusivo di tutte le disposizioni normative e regolamentari sulla libera professione - superamento dei singoli provvedimenti oggi in vigore in Azienda.	<ul style="list-style-type: none"> Redazione Regolamento approvazione regolamento 		entro 1° sem 2018 entro 2° sem 2018
SI	ALP		Regolamento Unico per attività di supporto a libera professione	Realizzazione di un regolamento dell'attività di supporto tecnico infermieristico all'ALP, che disciplini accesso, modalità operative e quote economiche uniformi per tutti gli operatori coinvolti nell'attività	<ul style="list-style-type: none"> Redazione Regolamento approvazione regolamento 	avviati i tavoli di confronto sindacale per la valutazione del testo	entro 1° sem 2018
SI	ALP		Revisione modalità di costruzione tariffe visite specialistiche L.P.	Realizzazione di sistema unico di ripartizione tariffe visite specialistiche identico per tutti i punti di erogazione LP aziendali	<ul style="list-style-type: none"> approvazione nuovo tariffario aziendale visite specialistiche 	avviati i tavoli di confronto sindacale con le OO.SS. della Dirigenza Medica e Veterinaria	entro 1° sem 2018
NO	ALP		Riorganizzazione PDA aziendale per la gestione dell'attività LP erogata a pazienti assicurati	Creare un percorso amministrativo/gestionale dedicato all'erogazione di prestazioni LP destinate a pazienti assicurati, che preveda tutte le fasi: I - prenotazione; II - accettazione; III - incasso; individuando soggetti coinvolti, funzioni e responsabilità.	<ul style="list-style-type: none"> Approvazione nuovo progetto di riorganizzazione PDA Innesadimento nuovo PDA 		entro 1° sem 2018
NO	ALP		Sviluppo sistemi informativi e di controllo ALP	Implementazione dei programmi informatici per ottenere un sistema di reportistica e segnalazioni inerenti anomalie nell'attività LP	<ul style="list-style-type: none"> Analisi congiunta coi gestori dei diversi applicativi informatici Implementazione dei sistemi informatici 		entro 1° sem 2018 entro 2° sem 2018
SI	SAO- Trasporti sanitari		Revisione delle modalità organizzativa manifestazioni di massa	creazione di un report di monitoraggio costi-ricavi	report	entro 31/12/2019	
	SUMCF	La sostenibilità economica		GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica		RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza
	SUMCF	La sostenibilità economica		LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' DIPARTIMENTO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TERRITORIALI

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
NO	APPENNINO RENO LAV SAM	L'Accesso	Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili e fragili	Assicurare la presa in carico degli anziani con rischio di fragilità >50 e <80 non conosciuti dai servizi socio sanitari	% di anziani fragili intercettati attivamente	> al 90% dei casi segnalati
NO	PIANURA OVEST	L'Accesso	Implementazione del FSE	Facilitazione ai cittadini per l'attivazione del fascicolo elettronico nei punti di erogazione delle prestazioni dove la presenza di sportelli è inferiore a 3 gg. settimanali	predisposizione del progetto	presenza per almeno 1 giorno la settimana presso Centro Civico di Decima e poliambulatorio di Sala Bolognese entro marzo 2018
NO	APPENNINO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Migliorare la qualità dei servizi erogati dalle strutture private presenti sul territorio per anziani non autosufficienti	attivare un percorso condiviso di formazione con le strutture private che accolgono anziani non autosufficienti sui temi delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione della PEG, le linee guida regionali sull'alimentazione dell'anziano, i ricoveri ospedalieri	% di strutture locali arruolate	arruolamento del 50% delle strutture che operano localmente
NO	APPENNINO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Qualificare il sistema di integrazione sociosanitaria e comunitaria valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	implementare la co-progettazione nell'ambito del Progetto di partnership con le associazioni del territorio sul tema "fragilità" nelle popolazioni più vulnerabili	evidenza di un Bilancio Sociale co-progettato	entro dicembre 2018
NO	APPENNINO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Qualificare il sistema di integrazione sociosanitaria e comunitaria valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	promuovere azioni di co-progettazione negli ambiti innovativi e di sviluppo dei servizi per le popolazioni fragili e vulnerabili	evidenza di un tavolo di co-progettazione nell'ambito del Programma DOPO DI NOI	entro marzo 2018
NO	PIANURA EST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Realizzazione della progettualità condivisa per la CdS interaziendale Pieve -Cento	Avvio di almeno un percorso condiviso fra le due comunità	Evidenza del protocollo formalizzato fra i due Distretti	Rispetto del cronoprogramma (trasferimento CSM di Cento)
NO	DISTRETTI	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Riprogrammare le risorse assegnate al distretto per la non autosufficienza alla luce delle indicazioni regionali.	Analisi e definizione delle azioni di programmazione per un appropriato e sostenibile utilizzo delle risorse assegnate per la non autosufficienza	Risorse assegnate al distretto per FRNA, FNA, Fondo dopo di noi	Rispetto delle assegnazioni distrettuali
NO	DISTRETTI	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Riprogrammare le risorse assegnate al distretto per la non autosufficienza alla luce delle indicazioni regionali.	Analisi e definizione delle azioni di programmazione per un appropriato e sostenibile utilizzo delle risorse assegnate per la non autosufficienza (FRNA, FNA Fondo Dopo di Noi) di concerto con l'Unione dei Comuni favorendo un approccio di confronto con le parti	Evidenza del percorso di programmazione condivisa, coerentemente con le risorse assegnate, con particolare riferimento alla % di offerta di residenzialità per anziani e di attività a bassa soglia	Rispetto della programmazione condivisa (+ 5 PL CRA rispetto anno 2017 e attivazione di una sede di Meeting center)
NO	SAN LAZZARO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Sviluppare le attività nella Casa della Salute di San Lazzaro	Valutazione attuale occupazione degli spazi e revisione attribuzione	Progetto di riorganizzazione attività	Entro giugno 2018
NO	APPENNINO	Piano di Zona distrettuale 2018-2020	Qualificare il sistema di integrazione sociosanitaria e comunitaria valorizzando la programmazione negoziata e la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	promuovere azioni di co-progettazione e condivisione con gli attori sociali della comunità locale in tutte le aree tematiche del PDZ triennale per la salute e il benessere 2018-2020 ed in particolare nelle aree "prossimità e domiciliarità" e "Prevenzione disuguaglianze e promozione della salute"	Evidenza dei Progetti prodotti in sede di programmazione del PDZ triennale e dei relativi atti formali richiesti dalla RER	entro 20 aprile
NO	PIANURA EST	Piano di Zona distrettuale 2018-2020	Sviluppo di politiche integrate del Distretto	Partecipazione attiva alla realizzazione del progetto distrettuale di riordino delle funzioni delegate	Evidenza delle fasi progettuali per il ritiro delle funzioni delegate	Entro il 2018
NO	QUALITA' E ACCREDITAMENTO	Le Relazioni con il cittadino	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
NO	APPENNINO	Le Relazioni con il cittadino	Migliorare la comunicazione con la popolazione locale più debole	Adeguare la segnaletica relativa alle CdS e le informazioni all'utenza utilizzando forme di comunicazione più semplici, "inclusive", sia alfabetiche che simboliche, con grafica adeguata allo scopo	evidenza della segnaletica e delle informazioni all'utenza nelle CdS	entro dicembre 2018
SI	DAAT	Le Relazioni con il cittadino	Promozione e diffusione del FSE	Realizzazione di interventi a supporto della campagna regionale	Evidenza degli interventi	Verifica semestrale del n. degli interventi posti in essere Verifica mensile n. fascicoli attivati Evidenza di iniziative di sensibilizzazione per il personale dipendente
NO	DAAT	Le Relazioni con il cittadino	Migliorare la relazione con il cittadino	Predisposizione di un percorso di sensibilizzazione e miglioramento volto alla riduzione dei conflitti e prevenzione di episodi di aggressività	Realizzazione di un percorso formativo rivolto agli operatori di front office (portinerie e accesso) Quantificazione degli episodi 2017 e 2018 e valutazione di esito della formazione	entro 2018
NO	DAAT	La sostenibilità economica g. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	ARCHIVIAZIONE IN FORMATO DIGITALE DEGLI ATTESTATI DI ESENEZIONE E AUTOCERTIFICAZIONI REDDITUALI	Formazione agli operatori per l'utilizzo del nuovo strumento disponibile in ARA e monitoraggio rispetto all'utilizzo	Verifica a campione su 100 registrazioni di esenzione/autocertificazioni	100%
SI	DAAT	La sostenibilità economica d. Sviluppo Organizzativo	Completare il Progetto sulle Portinerie Aziendali	Prosecuzione e approfondimento analisi di fattibilità sull'applicazione del Progetto	Conclusione Progetto e allineamento con 2a fase di analisi sull'applicazione art. 16 legge 111/11	Entro fine 2018
NO	DA	La programmazione dei fabbisogni ed il governo dei processi di acquisto beni e servizi	Revisione dei rapporti di fornitura con la Soc. CUP2000 alla luce del suo riassetto societario	Regolamentazione delle modalità di affidamento dei servizi alla nuova società in house CUP2000/Lepida, in collaborazione con SAM	Regolamento disponibile	entro 31/12/2018
SI	DAAT	L'Accesso	Razionalizzazione della rete sportelli unici dell'accesso presenti nel territorio dell'AUSL di Bologna, mediante rimodulazione dell'offerta e potenziamento reti immateriali (come da progetto validato dalla direzione Aziendale)	Avviare eliminazione progressiva pagamento in contante a sportello CUP. Promuovere pagamenti elettronici e sportello e mediante canali alternativi	Numero punti CUP con pagamenti unicamente elettronici. % pagamenti attraverso canali alternativi	50% punti CUP con pagamenti elettronici +5% pagamenti attraverso canali alternativi
SI	DAAT	L'Accesso	Sperimentazione Distribuzione referti laboratorio con stampa on demand presso farmacie	Diffondere nella rete delle farmacie territoriali il sistema "Galileo Portal" per la stampa on demand dei referti	Numero farmacie che attivano il sistema. Numero referti stampati in farmacia	Attivazione servizio nelle farmacie nelle zone (Quartieri, Comuni) in cui non è presente una portineria aziendale
SI	DAAT	La sostenibilità economica g. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Prosecuzione sviluppo e Gestione del software gestionale per l'anagrafe sanitaria Regionale assistiti (ARA), e consolidamento della rete di supporto integrata per le funzioni di Anagrafe Sanitaria. UO FRONT	Implementazione e/o integrazione nuove funzioni nella rete integrata per la gestione delle operazioni di anagrafe sanitaria.	Numero funzioni implementate e/o integrate	Incremento Numero funzioni implementate e/o integrate.
SI	DAAT	La sostenibilità economica g. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Prosecuzione sviluppo e Gestione del software gestionale per l'anagrafe sanitaria Regionale assistiti (ARA), e consolidamento della rete di supporto integrata per le funzioni di Anagrafe Sanitaria. UO Amministrativa DCP	Implementazione degli aggiornamenti della normativa di settore. Applicazioni evolutive della reportistica fornita dal software ARA. Elaborazione linee guida aggiornate.	Utilizzazione della reportistica fornita dal software ARA (ad es. per postalizzazioni massive). Formalizzazione di linee guida per l'uniforme applicazione del software ARA.	Messa a regime degli aggiornamenti normativi. Semplificazione modalità di scelta/revoca MMG/PLS e del mantenimento del PLS. Revisione percorso istanze Al Comitato..
SI	DAAT	La sostenibilità economica g. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Potenziamento del sistema di controllo e gestione dei dati Anagrafe Sanitaria Regionale Assistiti (ARA).	Mappatura e riduzione posizioni incongruenti nei passaggi tra applicativi e banche dati, sulla base delle richieste regionali (invio flussi dati da correggere).	Numero interventi nell'anno e stima posizioni sanate	100% risposta a interventi richiesti

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI	DAAT	La sostenibilità economica f. Politiche di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e	AREA DISABILI ADULTI E PAZIENTI PSICHIATRIA Completamento percorso di formalizzazione ELENCHI distrettuali dei gestori di strutture e servizi non accreditati.	Approvazione del regolamento predisposto nel 2017. Pubblicazione avviso per l'adesione all'ELENCO gestori non accreditati. Istituzione ELENCO.	Regolamento approvato. Avviso pubblicato. Regole e criteri di gestione ELENCO definiti.	Entro la fine del 2018
SI	DAAT	La sostenibilità economica d. Sviluppo Organizzativo	Definizione e sviluppo di processi di integrazione dei servizi amministrativi territoriali nell'ottica della omogeneizzazione delle procedure e razionalizzazione delle risorse	Completamento riorganizzazione Uffici protesica e integrativa in un'ottica di omogeneizzazione sia organizzativa sia procedurale. Messa in atto progetto predisposto.	Afferenza unità amministrative specificatamente dedicate agli uffici protesici alla UO Amm.va Dip. Cure Primarie	Passaggio afferenza entro la fine del 2018
SI	DAAT	L'Accesso	Definizione e sviluppo di processi di integrazione dei servizi amministrativi territoriali nell'ottica della omogeneizzazione delle procedure e razionalizzazione delle risorse	Applicazione MALUS (Legge Regionale 2/2016, art. 23) dalla fase di accertamento alla fase di gestione delle controdeduzioni e archiviazioni pratiche, con il coinvolgimento di diverse UO interne al Dipartimento e la collaborazione di UO esterne (principalmente per gli aspetti tecnico-informatici e comunicativi)	Effettuazione accertamenti e invio verbali di accertamento in applicazione della normativa MALUS, in coerenza con le indicazioni operative fornite dalla RER e in uniformità con le altre aziende di area metropolitana Posizioni accertate dal 4 Aprile (decorrenza L.R. 2/2016) Verbali di accertamento inviati Presa in carico giustificazioni preventive in sede di accertamento.	Monitoraggio mensile di tutte le posizioni sanzionabili. Invio lotti relativi al periodo Giugno-dicembre 2016 . Sperimentazione su accertamenti settimanali campione 2018 Organizzazione e attribuzione attività di presa in carico
SI	DA	La sostenibilità economica d. Sviluppo Organizzativo	Definizione e sviluppo di processi di integrazione dei servizi amministrativi territoriali nell'ottica della omogeneizzazione delle procedure e razionalizzazione delle risorse	Revisione/aggiornamento del progetto di riorganizzazione e razionalizzazione dei processi amministrativi territoriali del DAAT sulla base delle linee guida progettuali già presentate nel 2017	Disponibilità progetto aggiornato	Entro 31.12.2018
SI	Serv Amm H DAAT	La sostenibilità economica f. Politiche di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e privacy	Applicazione del regolamento per i rapporti con il volontariato in conformità con il Codice del Terzo Settore (D. LGS. 117/2017)	ridefinizione della convenzione AUSER e dei progetti correlati, sulla base dei fabbisogni espressi dalle macroarticolazioni interessate. emanazione avviso manifestazione di interesse e avvio convenzioni dipartimentali/distrettuali sulla base dei nuovi criteri (superamento rimborso a tariffa)	emanazione avviso formalizzazione nuovi rapporti convenzionali applicazione integrale del regolamento a tutti i rapporti con il volontariato	entro 31/12/2018
NO	UO Amministrativa DCP	La sostenibilità economica f. Politiche di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e privacy	Applicazione del Regolamento in materia di rapporti fra l'Azienda USL di Bologna e le Associazioni di Volontariato adottato con delibera 103/2017	Adeguamento delle convenzioni in essere, nella Macrogestione di afferenza, alle norme previste nel Regolamento e adozione dello schema-tipo di convenzione deliberato, anche a seguito di ricontrattazione dei rapporti con le Associazioni di volontariato	Superamento delle convenzioni che non rispondono ai principi richiamati dal Regolamento aziendale e che non adottano lo schema-tipo di convenzione deliberato.	Revisione del 90% delle convenzioni in essere nella Macrogestione di afferenza con conseguente adozione del nuovo schema-tipo entro 31/12/2018
SI	DAAT DSP	Prevenzione e promozione della salute	Adempimenti relativi alla legge 119 del 31/07/2017 e alle successive integrazioni e indicazioni regionali in materia di prevenzione vaccinale.	Prosecuzione organizzazione cabina di regia e azioni di monitoraggio e mantenimento servizi dedicati (sportello vaccini) per il supporto organizzativo e amministrativo alle attività previste dalla normativa.	Risposta agli adempimenti normativi e alle indicazioni regionali Operatività sportello vaccini; supporto dedicato a famiglie e istituti scolastici.	100% risposta agli adempimenti normativi previsti Mantenimento operatività servizi dedicati <u>fino a diversa organizzazione dell'attività amministrativa connessa</u>
SI	UO Amministrativa DCP	La sostenibilità economica. Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	Progetto regionale GRU Gestione Risorse Umane - Avvio e sviluppo del nuovo software unico a livello regionale per l'elaborazione delle competenze stipendiali e presenze assenze del personale convenzionato (medici di CA, Specialisti ambulatoriali e personale assimilato)	Sviluppo applicativo del software GRU per: 1) la gestione del fondo premio di operosità medici e professionisti convenzionati 2) l'elaborazione della certificazione di servizio unica 3) l'elaborazione delle certificazioni	1) fondo premio di operosità elaborato attraverso GRU 2) certificato di servizio unico 3) certificazione unica CU	entro 31/12/2018

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI	UO Amministrativa DCP	La. Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	Implementazione GAAC	1) Rispetto dei tempi di realizzazione delle azioni per l'implementazione del GAAC a decorrere dal 01/01/19 2) Sviluppo software interfaccia GAAC GRU personale convenzionato	1) Rispetto del piano 2) definizione parametri contabili nel GRU per associazione univoca del FP e Piano dei Conti e definizione di un tracciato unico regionale per il passaggio dei dati stipendiali da GRU a GAAC	entro 31/12/2018
NO	UO Amministrativa DCP	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	Accordo Integrativo Regionale Specialisti Ambulatoriali Interni - Applicazione dei contenuti dell'accordo e sviluppo dei processi organizzativi previsti. Monitoraggio dell'applicazione degli istituti previsti.	Individuazione degli operatori dell'UO Amm.va DCP, con partecipazione a gruppi di lavoro (in particolare per la gestione dei compensi incentivanti e della formazione professionale). Individuazione strumenti di verifica sull'applicazione dell'Accordo Regionale e reportistica di monitoraggio degli istituti previsti dall'Accordo.	Partecipazione ad almeno due incontri relativi all'applicazione degli istituti previsti dall'AIR. Elaborazione di un Accordo Aziendale in materie delegate alle Aziende. Elaborazione di linee guida per l'uniforme applicazione dell'AIR da parte di tutti gli operatori dell'UO Amm.va DCP.	Messa a regime degli istituti normativi ed economici previsti dall'AIR
NO	UO AMM.DSM DP	La sostenibilità economica	Gestione fondi per progetti co-finanziati da Enti e Organizzazioni esterne all'Azienda	Stesura Istruzione Operativa specifica per DSM per l'applicazione della PO36AUSLBO "Attivazione e gestione progetti co-finanziati da Enti e Organizzazioni esterne"	Istruzione Operativa per la gestione economica e contabile di P.O./Finanziamenti	entro Dicembre 2018
NO	UO AMM.DSM DP	La sostenibilità economica	Regolamento C.U.F.O.	Implementazione e sviluppo sul piano giuridico amministrativo di strumenti di innovazione nel DSM DP - Contributo alla predisposizione regolamento C.U.F.O.	Assunzione Determina Regolamento C.U.F.O.	entro Giugno 2018
NO	UO AMM.DSM DP	La sostenibilità economica	Percorsi riabilitativi REMS	Predisposizione atti amministrativi motivati che legittimano interventi riabilitativi specifici per ospiti REMS e relativa presa in carico economica finanziaria di budget di salute ospiti REMS	Adozione atti amministrativi rendiconti e fatturazione attiva per ospiti REMS extrar	entro Giugno 2018 rendiconto e fatturazione trimestrale
NO	UO AMM.DSM DP	La sostenibilità economica	Revisione processo inserimenti in Tirocinio Formativo	Ridefinizione della procedura di inserimento in piattaforma, in particolare delle attività di alimentazione della piattaforma on line	Presa in carico delle attività da parte dell'area amministrativa	100% entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
	SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica	RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza
	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile
	DA	La sostenibilità economica	Implementazione GAAC	Gestione delle anagrafiche dei servizi sanitari (FRNA, Serv.San. non FRNA, Psichiatria, Convenzioni Naz.li MMG PLS, Protetica) in collaborazione con SUMCF	Rispetto dei piani previsti dalla RER	entro 31/12/2018
	DA	La sostenibilità economica	Obiettivi di programmazione regionale da DGR 919/2018	Assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie all'implementazione e gestione del GAAC	allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	100%
NO	DA	La sostenibilità economica	Obiettivi di programmazione regionale da DGR 919/2018	Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali	alimentazione della piattaforma in tutte le sessioni ed rispetto delle scadenze prestabilite	100%



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
si	SAO-PDA	L'Accesso	miglioramento accoglienza e Front Office	Graduale presa in carico dei percorsi di 2° livello	presa in carico indagini diagnostiche "pesanti" RM, ENTERORM, COLONTC, Medicina Nucleare metropolitana	entro 31/12/2018
no	SAO-PDA OB-OM	L'Accesso	Eliminazione incassi manuali relativi alla gestione degli accessi alla documentazione sanitaria	adozione di nuove modalità di pagamento differito per attività di acquisizione copia documentazione attualmente spedita mediante contrassegno con incasso manuale	superamento del pagamento in contrassegno	entro 31/12/2018
	SAO-PDA OM	L'Accesso	supporto alla riorganizzazione della funzione odontoiatrica	riorganizzazione del PDA per supportare apertura pomeridiana degli amb. odonto e il passaggio all'utilizzo di my sanità	attivazione prenotazione su agende e apertura pomeridiana	entro 31/12/2018
	SAO-PDA OM	L'Accesso	Supporto alla riorganizzazione della funzione anat. Patologica	consegna referti citologici con galileo portal; percorso per eliminazione pagamento manuale ticket per esami richiesti con e senza order entry	consegna referti; definizione percorso	partenza consegna referti entro fine giugno
	SAO-PDA OM	L'Accesso	Supporto alla riorganizzazione della funzione medicina nucleare metropolitana	partecipazione al gruppo di lavoro per definire percorsi comuni AUSL e AOSP	documento finale	entro giugno 2018
	SAO-PDA OB	L'Accesso	Accesso Diretto Ospedale Bellaria	Riorganizzazione amministrativa dell'Accesso Diretto OB-Pad. Tinozzi	Progetto riorganizzativo Avvio progetto	entro settembre 2018 entro 2018
no	SAO - Funzione Amministrativa Gestionale	Le relazioni con il cittadino	Revisione dei siti intranet dipartimentali	Supporto alle Direzioni dei Dipartimenti Ospedalieri e ai Referenti della Comunicazione di prossima individuazione nella revisione dei siti intranet dei dipartimenti (attualmente non aggiornati e disomogenei)	Siti aggiornati	entro 31/12/2019
	SAO	La sostenibilità economica	riorganizzazione amministrativa	integrazione delle segreterie degli stabilimenti periferici	valutazione attività e unificazione modalità operative	entro 31/12/2018
no	SAO - Funzione Amministrativa Gestionale	GOVERNO DELLE RISORSE UMANE	Predisposizione di un "Vademecum" del dirigente medico neoassunto	Raccolta di tutte le informazioni. Modulistica e contatti a supporto dei neoassunti	Vademecum validato	entro 31/12/2018
no	SAO - Funzione Amministrativa Gestionale	La sostenibilità economica	Sistemazione archivi cartacei dei dipartimenti ospedalieri	Rilevazione dell'esistente, individuazione delle modalità trasversali di archiviazione, applicazione del massimario di scarto	Archivi organizzati	OBIETTIVO BIENNALE entro il 31/12/2019
NO	SAO - Funzione Amministrativa Economica	La sostenibilità economica	Supporto amministrativo-contabile alle Direzioni dei Dipartimenti Ospedalieri per l'accantonamento di risorse e fondi per il miglioramento dell'attività assistenziale e istituzionale di cui alla Procedura interaziendale P-INT 32	Predisposizione, in chiusura di esercizio di bilancio, in base alle quote di ricavo residue non utilizzate, delle richieste di accantonamento di fondi per il miglioramento dell'attività assistenziale e istituzionale delle unità operative dell'area ospedaliera Richiesta di apertura centri di costo specifici per la rilevazione e monitoraggio dei relativi costi per acquisizione di beni e attrezzature sanitarie, attività formativa, ecc	N. richieste congrue alla procedura interaziendale P-INT 32	100%
NO	SAO-PO serv. Amm.vi LUM	La sostenibilità economica	Miglioramento dell'allineamento delle anagrafiche dei richiedenti LUM	Formalizzazione e condivisione del percorso di creazione dei nuovi richiedenti LUM	Stesura Istruzione Operativa	entro 31/12/2018
Si	SAO-PO serv. Amm.vi LUM	La sostenibilità economica	produzione reportistica a supporto del processo di fatturazione-superamento cartaceo	superamento utilizzo richieste cartacee. Verifica a campione	report	a decorrere dall'1/01/2018
SI	SAO- Trasporti sanitari	La sostenibilità economica	Revisione delle modalità organizzativa manifestazioni di massa	creazione di un report di monitoraggio costi-ricavi	report	entro 31/12/2019

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI	SAO- Trasporti sanitari	La sostenibilità economica	revisione organizzazione trasporti dializzati e ADI	Messa a regime nuove modalità di trasporto dializzati (Vedi regolamento)	Economia del 20% in 3 anni a parità di attività e di organizzazione	entro 31/12/2020
NO	SAO- Trasporti sanitari	La sostenibilità economica	Nuova convenzione Villa Nobili	Nuova convenzione per la postazione e il PPI	Nuova convenzione	entro 31/12/2018
No	SAO- Trasporti sanitari	La sostenibilità economica	Nuova convenzione Pubbliche assistenze aderenti all'ANPAS	Revisione convenzione con le 14 PA attraverso l'inserimento di definizioni standardizzate di rimborsi sulla base delle caratteristiche logistico organizzative delle Associazioni	Nuova convenzione	entro 31/03/2019
	Sao	La sostenibilità economica	definizione di un nuovo accordo quadro con l'associazione Amici di Luca relativo alla gestione del percorso del paziente con GCA	stesura nuovo accordo quadro quadriennale	accordo quadro quadriennale	entro 31/12/2018
SI	DAAT	La sostenibilità economica d. Sviluppo Organizzativo	Completare il Progetto sulle Portinerie Aziendali	Prosecuzione e approfondimento analisi di fattibilità sull'applicazione del Progetto	Conclusione Progetto e allineamento con 2a fase di analisi sull'applicazione art. 16 legge 111/11	Entro fine 2018
SI	DAAT	L'Accesso	Definizione e sviluppo di processi di integrazione dei servizi amministrativi territoriali nell'ottica della omogeneizzazione delle procedure e razionalizzazione delle risorse	Applicazione MALUS (Legge Regionale 2/2016, art. 23) dalla fase di accertamento alla fase di gestione delle controdeduzioni e archiviazioni pratiche, con il coinvolgimento di diverse UUOO interne al Dipartimento e la collaborazione di UO esterne (principalmente per gli aspetti tecnico-informatici e comunicativi)	Effettuazione accertamenti e invio verbali di accertamento in applicazione della normativa MALUS, in coerenza con le indicazioni operative fornite dalla RER e in uniformità con le altre aziende di area metropolitana Posizioni accertate dal 4 Aprile (decorrenza L.R. 2/2016) Verbali di accertamento inviati Presa in carico giustificazioni preventive in sede di accertamento.	Monitoraggio mensile di tutte le posizioni sanzionabili. Invio lotti relativi al periodo Giugno-dicembre 2016 . Sperimentazione su accertamenti settimanali campione 2018 Organizzazione e attribuzione attività di presa in carico
SI	Serv Amm H DAAT	La sostenibilità economica f. Politiche di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e privacy	Applicazione del regolamento per i rapporti con il volontariato in conformità con il Codice del Terzo Settore (D. LGS. 117/2017)	ridefinizione della convenzione AUSER e dei progetti correlati, sulla base dei fabbisogni espressi dalle macroarticolazioni interessate. emanazione avviso manifestazione di interesse e avvio convenzioni dipartimentali/distrettuali sulla base dei nuovi criteri (superamento rimborso a tariffa)	emanazione avviso formalizzazione nuovi rapporti convenzionali applicazione integrale del regolamento a tutti i rapporti con il volontariato	entro 31/12/2018
SI	COGEFI		Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
	SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica	RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza
	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile
	DA	La sostenibilità economica	Implementazione GAAC	Gestione delle anagrafiche dei servizi sanitari (Specialistica da pubbl., degenza da pubbl., trasporti sanitari, altri serv.sanitari) in collaborazione con SUMCF	Rispetto dei piani previsti dalla RER	entro 31/12/2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO FUNZIONI HUB

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 S/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI	HUB	Sostenibilità economica: governo dei processi di acquisto beni e servizi	Attivazione nuovi rapporti convenzionali e proroga di convenzioni scadute	simt: attivazione nuove convenzioni con le case di cura per utilizzo emocomponenti ad uso non trasfusionale; simt: proroga conv scadute con le aziende sanitarie avec ; Verifica bilancio sociale AVIS 2017 e assegnazione Budget 2018; '118:verifica bilancio saer 2017 e assegnazione budet per 2018; '118: Rinnovo convenzioni con aziende sanitarie regionali per utilizzo personale sanitario per servizio di elisoccorso notturno	Predisposizione schemi convenzionali/proroghe convenzioni e delibere/determine di presa d'atto	Entro il 31/12/2018
SI	HUB	Sostenibilità economica: governo dei processi di acquisto beni e servizi	Partecipazione alla gestione operativa del magazzino unico dei farmaci plasmaderivati per le due regioni E.Romagna e Toscana e alla gestione del rapporto contrattuale prorogato con la kedrion	Partecipazione alle attività di programmazione del plasma conferito, di distribuzione dei farmaci alle farmacie, di monitoraggio periodico delle attività e della situazione del magazzino anche al fine di definire i rapporti di compensazione sui plasmaderivati e di conguaglio del plasma sulla base di un protocollo operativo definito dalle due regioni	Monitoraggio periodico trimestrale	Entro il 31/12/2018: per i conti relativi alla compensazione plasmaderivati ed il conguaglio plasma entro il primo trimestre 2019
SI	HUB	Sostenibilità economica	Collaborazione al progetto di costituzione del servizio trasfusionale unico metropolitano	SIMT: analisi dei rapporti giuridici ed economici in ambito metropolitano e della modifica della titolarità degli stessi, per le aziende sanitarie coinvolte, a seguito della costituzione del servizio trasfusionale unico metropolitano	Partecipazione ad incontri organizzati da direzione e collaborazione nella stesura documenti	Entro il 01/04/2018
SI	HUB	Sostenibilità economica	Gestione richieste finanziamento regionale e rendicontazione su finanziamenti assegnati	Valutazione impatto economico degli interventi programmati	Invio dati e/o richieste a RER	Entro 2018 sulla base delle richieste della rer
NO	HUB	Sostenibilità economica: Sviluppo Organizzativo	Riorganizzazione funzioni amministrative CRS e TUM	Analisi di contesto e definizione di un modello organizzativo e sua implementazione	Presentazione del progetto	Entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
	SUMCF	La sostenibilità economica		GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione	Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica		RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti	Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza
	SUMCF	La sostenibilità economica		LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi	Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile
	HUB	La sostenibilità economica	Sistema informativo unico trasfusionale	Avvio nuova procedura	Supporto al Servizio Trasfusionale	SI



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO ANTICORRUZIONE TRASPARENZA PRIVACY

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	DA	ATP	MAPPATURA DEL RISCHIO CORRUZIONE	Revisione completa della mappatura dei processi Aziendali ai sensi della normativa sulla Prevenzione dell'Anticorruzione con l'esplicitazione dei criteri per la definizione dei livelli del rischio	1. Individuazione ed esplicitazione dei criteri per l'individuazione del livello di rischio 2. Identificazione dei processi a rischio e graduazione ALTO-MEDIO-BASSO, in condivisione con i Dirigenti/Responsabili 3. Mappa del Rischio Aziendale	entro settembre 2018
	DA	ATP	GOVERNO DEL RISCHIO	Audit strutturati per i processi a rischio MEDIO - ALTO	Cronoprogramma dei processi da verificare attraverso Audit	Cronoprogramma che preveda due audit AL MESE
	DA	ATP	GOVERNO DEL RISCHIO	Individuazione, oltre all'audit, di altre misure per il Governo del Rischio	Strumenti e modalità definiti per tutti i processi a rischio MEDIO-ALTO non verificabili con audit	1. entro il 1° sett. 2018 individuazione ulteriori misure e strumenti 2. entro il 30 sett.2018 cronoprogramma di verifica del 100% dei processi a rischio MEDIO-ALTO
	ATP	La gestione del rischio	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Revisione del Regolamento aziendale inerente la gestione e la tenuta della documentazione sanitaria (Obiettivo Risk Management: Teresa Palladino)	1-presentazione alla Direzione Aziendale della bozza del Regolamento revisionato e aggiornato	1-entro il 30 giugno 2018
	ATP	La gestione del rischio	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Predisposizione del Regolamento sul dossier sanitario per gli aspetti Privacy con predisposizione informativa e consenso informato	2-realizzazione incontri formativi rivolti ai professionisti su Regolamento aggiornato (almeno un incontro per dipartimento)	2-entro il 30 giugno 2019
	ATP	ATP	COMUNICAZIONE A LIVELLO AZIENDALE DEL NUOVO CODICE DI COMPORTAMENTO	avvio fase della consultazione pubblica Costituzione di una Cabina di Regia con ATP, SUMAP, FORMAZIONE e COMUNICAZIONE per definire i contenuti generali e specifici del nuovo Codice di Comportamento da comunicare e si programma l'intero piano della comunicazione evidenziando le varie fasi.	Stesura del piano della comunicazione (in cui specificare anche le modalità di comunicazione, nel caso si concordino, nella cabina di regia momenti di formazione FAD)	entro il 31 marzo
	ATP	ATP	COMUNICAZIONE A LIVELLO AZIENDALE DEL NUOVO CODICE DI COMPORTAMENTO	1 fase della Comunicazione;	Presentazioni negli Uffici di Direzione dei Distretti e dei Dipartimenti;	entro il 30 giugno
	ATP	ATP	COMUNICAZIONE A LIVELLO AZIENDALE DEL NUOVO CODICE DI COMPORTAMENTO	2 fase momenti formativi su aree tematiche specifiche (profilatura);		entro 31/12/2018
NO	SUMCF	La sostenibilità economica	AUDIT interno	-- costituzione del gruppo di lavoro --promozione unificazione regolamenti riconoscimento onorari legali e regolamento donazioni --somministrazione questionario autovalutazione ai referenti procedure PAC	Effettuazione delle attività	entro 31/10/2018
SI	Serv Amm H DAAT	La sostenibilità economica f. Politiche di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e privacy	Applicazione del regolamento per i rapporti con il volontariato in conformità con il Codice del Terzo Settore (D. LGS. 117/2017)	ridefinizione della convenzione AUSER e dei progetti correlati, sulla base dei fabbisogni espressi dalle macroarticolazioni interessate. emanazione avviso manifestazione di interesse e avvio convenzioni dipartimentali/distrettuali sulla base dei nuovi criteri (superamento rimborso a tariffa)	emanazione avviso formalizzazione nuovi rapporti convenzionali applicazione integrale del regolamento a tutti i rapporti con il volontariato	entro 31/12/2018

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
NO	UO Amm.va DCP	La sostenibilità economica f. Politiche di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e privacy	Applicazione del Regolamento in materia di rapporti fra l'Azienda USL di Bologna e le Associazioni di Volontariato adottato con delibera 103/2017	Adeguamento delle convenzioni in essere, nella Macrogestione di afferenza, alle norme presviste nel Regolamento e adozione dello schema-tipo di convenzione deliberato, anche a seguito di ricontrattazione dei rapporti con le Associazioni di volontariato	Superamento delle convenzioni che non rispondono ai principi richiamati dal Regolamento aziendale e che non adottano lo schema-tipo di convenzione deliberato.	Revisione del 90% delle convenzioni in essere nella Macrogestione di afferenza con conseguente adozione del nuovo schema-tipo entro 31/12/2018



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO DIREZIONE AMMINISTRATIVA DSP

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
NO	DA DSP	La sostenibilità economica - Lo sviluppo Organizzativo	Supporto amministrativo alla riorganizzazione del DSP	Attuazione riorganizzazione DSP a seguito della deliberazione 278 del 7/08/2017 e successiva deliberazione 362 del 31/10/2017: Adempimenti di cui alla tabella allegata	Vedi tabella allegata	100% degli adempimenti previsti in tabella
	DA DSP	La sostenibilità economica - Governo delle Risorse Umane	Riorganizzazione funzioni amministrative di supporto alla UO Epidemiologia, Promozione della salute e Comunicazione del rischio	Analisi assetto attuale		
				Elaborazione di un progetto organizzativo per gestione processi a livello centrale e a livello decentrato (front office)	Progetto	31/12/2018
NO	DA DSP	La sostenibilità economica - Governo delle Risorse Umane	Sicurezza alimentare: revisione della procedura notifiche OSA	Ricognizione quadro attuale della procedura relativa alle notifiche OSA e alle comunicazioni trasmesse dai SUAP sull'attivazione delle feste campestri	Elaborato	31/03/2018
NO				Elaborazione istruzione operativa	Elaborato	30/06/2018
SI	DAAT DSP	Prevenzione e promozione della salute	Adempimenti relativi alla legge 119 del 31/07/2017 e alle successive integrazioni e indicazioni regionali in materia di prevenzione vaccinale.	Analisi delle attività amministrative e del tempo lavoro richiesto a supporto della erogazione delle vaccinazioni Prosecuzione organizzazione cabina di regia e azioni di monitoraggio e mantenimento servizi dedicati (sportello vaccini) per il supporto organizzativo e amministrativo alle attività previste dalla normativa.	Risposta agli adempimenti normativi e alle indicazioni regionali Operatività sportello vaccini; supporto dedicato a famiglie e istituti scolastici.	100% risposta agli adempimenti normativi previsti Mantenimento operatività servizi dedicati fino a diversa organizzazione dell'attività amministrativa connessa
NO	DA DSP	L'accesso ai percorsi sanitari e socio-sanitari	Garanzia dei tempi di accesso alle prestazioni del DSP	Acquisizione report sui tempi di attesa Monitoraggio tempi di attesa e supporto alla adozione di eventuali azioni correttive in caso di scostamento da quanto garantito dalle Carte dei Servizi	Report trimestrali	30/06/2018
					Elaborazione report e applicazione azioni di supporto	31/12/2018
NO	DA DSP	La sostenibilità economica - Piattaforme logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Preseguimento processo di implementazione delle integrazioni tra i sistemi informatici di registrazione della erogazione e del pagamento delle prestazioni del DSP	My Sanità/Ises - Rudi: Verificare stato di avanzamento della integrazione; Verifica estrazione atteso di pagamento da Rudi; Verifica sulla emissione del documento contabile; Verifica sulle modalità di pagamento attuali e quelle che dovranno essere implementate (es. PagoPA). ONIT/ONVAC-Ises-Rudi: Verificare stato di avanzamento della integrazione; Verifica estrazione atteso di pagamento da Rudi; Verifica sulla emissione del documento contabile; Verifica sulle modalità di pagamento attuali e quelle che dovranno essere implementate (es. PagoPA). Avelco - Eusis: per le prestazioni soggette a pagamento, l'integrazione è subordinata ad uno studio di fattibilità rimesso al SIM, in considerazione della compatibilità con il nuovo applicativo per la gestione della contabilità (GAAC) in corso di implementazione Babel-Eusis : rendere più efficiente la trasmissione di documenti contabili a molteplicità di destinatari	Dipende da programma sviluppi informatici	31/12/2018 (subordinatamente alla realizzazione degli sviluppi informatici necessari all'integrazione)
					Dipende da programma sviluppi informatici	31/12/2018 (subordinatamente alla realizzazione degli sviluppi informatici necessari all'integrazione)
					Dipende da programma sviluppi informatici	31/12/2018 (subordinatamente alla realizzazione degli sviluppi informatici necessari all'integrazione)
					Dipende da programma sviluppi informatici	entro 30/06/2018

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
				Formazione all'utilizzo dei programmi per il personale amministrativo DSP addetto alle funzioni		
NO	DA DSP	La sostenibilità economica - Piattaforme logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Sviluppo e funzioni del sistema di protocollazione Babel	Razionalizzazione della funzione di fascicolazione anche attraverso la condivisione dei fascicoli con altre macroarticolazioni	Contatti ed elaborazione programmi di sviluppo con Babel	entro 30/06/2018
				Differenziare in PICO in uscita il campo parere in base ai ruoli che intervengono nell'istruttoria di un procedimento		entro 31/12/2018
				Prevedere che durante la protocollazione, sia possibile agire sui diversi ambienti contemporaneamente		entro 31/12/2018
SI	Serv Amm H DAAT	La sostenibilità economica f. Politiche di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e privacy	Applicazione del regolamento per i rapporti con il volontariato in conformità con il Codice del Terzo Settore (D. LGS. 117/2017)	ridefinizione della convenzione AUSER e dei progetti correlati, sulla base dei fabbisogni espressi dalle macroarticolazioni interessate. emanazione avviso manifestazione di interesse e avvio convenzioni dipartimentali/distrettuali sulla base dei nuovi criteri (superamento rimborso a tariffa)	emanazione avviso formalizzazione nuovi rapporti convenzionali applicazione integrale del regolamento a tutti i rapporti con il volontariato	entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
	SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica	RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza
	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' UO AMMINISTRATIVA DATeR

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI	U.O.AMMINISTRATIVA E SEGRETERIA DATeR	Sviluppo organizzativo	Supportare la Direzione Assistenziale e tecnica e riabilitativa nella gestione del personale assegnato	Procedure relative alle attività di controllo sullo stato delle malattie (VMC): presa in carico della gestione delle richieste di visite fiscali nei confronti del personale che opera negli ospedali Bellaria e Maggiore e fasi successive	nr.visite richieste/nr.visite gestite	95%
SI	U.O.AMMINISTRATIVA E SEGRETERIA DATeR	Sviluppo organizzativo	Supportare la Direzione Assistenziale e tecnica e riabilitativa nella gestione del personale assegnato	Aggiornamento dell'organigramma del Dater attraverso il contributo alla gestione delle procedure relative alle attribuzioni delle funzioni di coordinamento e delle posizioni organizzative	Procedure effettuate	Organigramma aggiornato
no	U.O.AMMINISTRATIVA E SEGRETERIA DATeR	Sviluppo organizzativo	Supportare la Direzione Assistenziale e tecnica e riabilitativa nella gestione del personale assegnato	Contribuire alla definizione di una proposta di revisione del regolamento sulla mobilità del personale assegnato al Dater	Documento disponibile	entro anno 2018
no	U.O.AMMINISTRATIVA E SEGRETERIA DATeR	Sviluppo organizzativo	Supportare la Direzione Assistenziale e tecnica e riabilitativa nella gestione del personale assegnato	Contribuire all'implementazione del sistema di monitoraggio del personale idoneo con limitazioni	nr: inserimenti/nr.certificati relativi al personale idoneo con limitazioni	95%
SI	SAO- Trasporti sanitari	La sostenibilità economica	Revisione delle modalità organizzativa manifestazioni di massa	creazione di un report di monitoraggio costi-ricavi	report	entro 31/12/2019
SI	SAO- Trasporti sanitari	La sostenibilità economica	revisione organizzazione trasporti dializzati e ADI	Messa a regime nuove modalità di trasporto dializzati (Vedi regolamento)	Economia del 20% in 3 anni a parità di attività e di organizzazione	entro 31/12/2020
NO	SAO- Trasporti sanitari	La sostenibilità economica	Nuova convenzione Villa Nobili	Nuova convenzione per la postazione e il PPI	Nuova convenzione	entro 31/12/2018
No	SAO- Trasporti sanitari	La sostenibilità economica	Nuova convenzione Pubbliche assistenze aderenti all'ANPAS	Revisione convenzione con le 14 PA attraverso l'inserimento di definizioni standardizzate di rimborsi sulla base delle caratteristiche logistico organizzative delle Associazioni	Nuova convenzione	entro 31/03/2019
NO	DA	La sostenibilità economica Governo delle risorse umane	Applicazione del nuovo contratto di lavoro area comparto	Analisi dei singoli istituti previsti	Applicazione tempestiva di tutti gli istituti	100% degli istituti al 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' DIPARTIMENTO TECNICO

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO	
NO	PIANURA EST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e	Realizzazione della progettualità condivisa per la CdS interaziendale Pieve -Cento	Avvio di almeno un percorso condiviso fra le due comunità	Evidenza del protocollo formalizzato fra i due Distretti	Rispetto del cronoprogramma entro marzo 2018 (trasferimento CSM di Cento)	
NO	SAN LAZZARO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e	Sviluppare le attività nella Casa della Salute di San Lazzaro	Valutazione attuale occupazione degli spazi e revisione attribuzione	Progetto preliminare spazi	Entro settembre 2018	
NO	ATP	ATP	ATTI DI LIBERALITA' E SPONSORIZZAZIONI (va assegnato ai referenti della compilazione del Registro)	corretta applicazione e compilazione del registro	corretta ed esaustiva compilazione di tutti i campi presenti nella TABELLA EXCEL DI RACCOLTA DATI (fornita da ATP)	entro 31/12/2018	
NO	ATP	ATP	GOVERNO DEL RISCHIO	Applicazione del regolamento nelle aree specifiche individuate: SUMAP - COMMISSIONI DI CONCORSO, SAM - COMMISSIONI DI GARA, RISK MANAGMENT – COMMISSIONI PATENTI, DIP. EMERGENZA – COMMISSIONE 118, COMMITTENZA E SPEC. AMBULATORIALE - Controlli APPROPRIATEZZA NEL PRIVATO, DSP: pareri, controlli e ispezioni.	Applicazione del regolamento e attivazione delle misure di prevenzione individuate	entro 31/12/2018	
SI	Dip Tecnico	La Gestione del Rischio	Adeguamento presidi territoriali alla normativa antincendio	adeguamenti previsti in fase 2 (scadenza 24 ottobre 2018 e 24 aprile 2019)	rispetto programmazione	100%	
SI	Dip Tecnico	La Gestione del Rischio	Certificazione ISO 9001:2015	Certificazione ISO 9001:2015 - Area Tecnica	Audit	valutazione positiva	
NO	Dip Tecnico	La Gestione del Rischio	Realizzare il programma di miglioramento sismico delle strutture	Rispetto del programma: - maternità osp. Maggiore - Pad Giallo Osp Bentivoglio	termine lavori	31/12/2018	
NO	Dip Tecnico	La sostenibilità economica	garantire la sicurezza del Pronto Soccorso Bentivoglio	svolgimento procedura	aggiudicazione lavori	marzo 2018 (termini RER per avere finanziamenti: settembre 2019)	
NO	Dip Tecnico	La sostenibilità economica	migliorare l'accessibilità e il parcheggio dell' ospedale Maggiore	attivazione procedura	pubblicazione bando	entro giugno 2018	
NO	Dip Tecnico	La sostenibilità economica	Migliorare la sicurezza e la funzionalità di Pol. San Giovanni in P.	attivazione procedura	pubblicazione bando	entro dicembre 2018	
NO	Dip Tecnico	La sostenibilità economica	Procedura di gara Car sharing	Progetto e attivazione procedura	Pubblicazione bando	entro aprile 2018	
NO	Dip Tecnico	Lo sviluppo Organizzativo	Nuova organizzazione Dipartimento Tecnico Patrimoniale	attuazione nuova organizzazione	approvazione degli atti necessari e attribuzione nuovi incarichi con relativi obiettivi e job description aggiornati	31/12/2018	
SI	PATRIMONIO	Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare	Completamento del passaggio della gestione del patrimonio storico artistico	Individuazione dei consegnatari aziendali ed esterni all'azienda per il completamento della consegna dei beni artistici.	Verbali di consegna/presa in carico di beni artistici.	Puntuale attribuzione dei beni artistici ai corrispondenti centri di responsabilità.	
SI	PATRIMONIO	Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare	Progetto Regionale Fondo Immobiliare	Supporto alle attività del Nucleo di indirizzo tecnico operativo istituito dalla Regione.	Attuazione delle direttive del Nucleo Regionale.	Verifica Fondo indiretto	
SI	PATRIMONIO	Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare	Revisione canoni di locazione attiva	Prosecuzione delle trattative con i conduttori interessati ai rinnovi contrattuali e sottoscrizione di nuovi contratti.	Nuovi contratti di locazione.	Valore canoni aggiornati	
SI	PATRIMONIO	Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare	Piano alienazioni patrimoniali	Pubblicazione bandi di gara. Avvio trattative con il Comune di Bologna per permuta immobiliare	Espletamento gare. Definizione accordo con il Comune di Bologna per permuta immobiliare.	entro 31/12/2018 entro 31/12/2018	
	SIM		OBIETTIVI DELLA UO SISTEMA INFORMATIVO METROPOLITANO IN SEPARATA SK				

OBIETTIVO RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
NO		La sostenibilità economica	Monitoraggio degli adempimenti previsti dalla Programmazione Sanitaria RER 2018	Alimentazione dei sistemi informativi regionali nei tempi previsti	- Prevenzione incendi - Prevenzione sismica - Manutenzione ordinaria immobili (progetto AGENAS) - Energia e gestione ambientale - Censimento dei complessi ospedalieri	100% 100% 100% 100% 100%
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CDR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 31/12/2018
		La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli patrimoniali	Rispetto della programmazione economica 2018 definita nel Board investimenti	Rispetto del piano attivazioni: - CdS Navile - TAC Osp. Bentivoglio - Ortopedia Osp. Porretta	100%
SI	COGEFI	La sostenibilità economica	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato
	SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica	RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza
	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile



2018 - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE E QUALITA' SERVIZIO INFORMATIVO METROPOLITANO

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	DSP	Prevenzione e Promozione della Salute	Promuovere gli interventi di prevenzione tumori	Realizzazione di un progetto per consentire da parte dei cittadini la disdetta ed il cambio appuntamenti on-line	Realizzazione di una WebApp	entro 2018
		La Gestione del rischio	3.8.0 Sicurezza delle cure	Identificazione del paziente	effettuazione di una mappatura delle Unità Operative in cui è utilizzato il braccialetto identificativo	95% a dicembre 2018
	AGL	Anticorruzione Trasparenza Privacy	Progettazione e sviluppo del nuovo portale trasparenza (integrato in Babel). In particolare: attivazione registro informatizzato degli accessi (civico, generalizzato, documentale) nell'ambito del gestionale dei procedimenti amministrativi di Babel (GIP)	Predisposizione, sviluppo e collegamento del Registro alla Sezione "Amministrazione trasparente" e Piano di formazione inerente l'utilizzo dell'applicativo.	1) Disponibilità del Portale; 2) Messa in esercizio del Registro.	31/07/2018
	SIM	Lo Sviluppo Organizzativo	Migliorare la gestione documentale in forma semplificata per i servizi centrali interaziendali	Avvio del nuovo sistema babel per la gestione semplificata dei servizi integrati, secondo piano AVEC concordato con DA	Rispetto degli step previsti nel piano	Rispetto tempistiche del piano
	SIM	La Gestione del rischio	Migliorare il livello di sicurezza delle infrastrutture informatiche e dei sistemi aziendali	Realizzazione del piano di adeguamento alle misure di sicurezza AgID	% di realizzazione del piano	80% entro 2018
	SIM	Lo Sviluppo Organizzativo	Nuovo datawarehouse aziendale	- Completamento del capitolato speciale e pubblicazione bando - Aggiudicazione	- Bando pubblicato - Aggiudicazione avvenuta	- Bando pubblicato entro luglio 2018 - Aggiudicazione entro dicembre 2018
	SUMCF	La gestione informatizzata dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC)	Implementazione GAAC	Rispetto dei tempi di realizzazione delle azioni per l'implementazione del GAAC come da piano RER	rispetto del piano	Rispetto della tempistica prevista dal piano RER
	SIM	Lo Sviluppo Organizzativo	Studio di fattibilità per la gestione dell'area socio sanitaria	Predisposizione infrastruttura e predisposizione del progetto esecutivo secondo indicazioni di gara	- Predisposizione documentazione bando	- Documentazione disponibile
	SIM	Lo Sviluppo Organizzativo	Avvio progetto di informatizzazione dell'area territoriale	Predisposizione progetto complessivo, stesura capitolato per Fase I (Cartella domiciliare) e pubblicazione bando	- Bando pubblicato	- Bando pubblicato
	COMMITT. SPECIALISTICA	L'Accesso	Estendere l'applicazione del regolamento agende	Utilizzare la procedura informatizzata per la gestione delle agende	tutte le agende della geriatria territoriale e della gastroenterologia; agende di autogestione SUMAI	settembre 2018
NO	COMMITT. SPECIALISTICA	Piattaforme e logistiche informatiche più forti e sistemi informativi	Sviluppo della versione personalizzata di QUANI per l'Azienda usi di Bologna	Progetto ad-hoc in sperimentazione e collaborazione con BIM Italia, di una versione personalizzata del programma QUANI per la gestione dei controlli delle cartelle cliniche, con mantenimento dello storico dei controlli, delle controdeduzioni e dei riesami.	Predisposizione progetto	entro 2018
NO	COMMITT. SPECIALISTICA	Piattaforme e logistiche informatiche più forti e sistemi informativi	Adeguamento procedura "Specialistica Accreditata" per il controllo e il monitoraggio delle prestazioni erogate a stranieri	Adeguamento procedura per la verifica anagrafica/amministrativa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate da stranieri presso strutture private accreditate	Procedura per la verifica anagrafica/amministrativa delle prestazioni specialistiche effettuate da stranieri presso strutture private accreditate	entro 2018
NO	SOF	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	COSTRUZIONE E IMPLEMENTAZIONE PIATTAFORMA INFORMATICA DINAMICA PER IL SETTORE TIROCINI	PREDISPOSIZIONE DATA BASE PER REGISTRAZIONE DATI RELATIVI ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA NELLA INTRANET PER CONDIVISIONE E COORDINAMENTO AZIENDALE	data base disponibile	entro 2018

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI	DAAT	L'Accesso	Promozione e diffusione del FSE	Realizzazione di interventi a supporto della campagna regionale	Evidenza degli interventi	Verifica semestrale del n. degli interventi posti in essere Verifica mensile n. fascicoli attivati Evidenza di iniziative di sensibilizzazione per il personale dipendente
NO	DAAT	La sostenibilità economica g. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	ARCHIVIAZIONE IN FORMATO DIGITALE DEGLI ATTESTATI DI ESENZIONE E AUTOCERTIFICAZIONI REDDITUALI	Formazione agli operatori per l'utilizzo del nuovo strumento disponibile in ARA e monitoraggio rispetto all'utilizzo	Verifica a campione su 100 registrazioni di esenzione/autocertificazioni	100%
SI	DAAT	L'Accesso	Razionalizzazione della rete sportelli unici dell'accesso presenti nel territorio dell'AUSL di Bologna, mediante rimodulazione dell'offerta e potenziamento reti immateriali (come da progetto validato dalla direzione Aziendale)	Avviare eliminazione progressiva pagamento in contante a sportello CUP. Prmouovere pagamenti elettronici e sportello e mediante canali alternativi	Numero punti CUP con pagamenti unicamente elettronici. % pagamenti attraverso canali alternativi	50% punti CUP con pagamenti elettronici +5% pagamenti attraverso canali alternativi
SI	DAAT	L'Accesso	Sperimentazione Distribuzione referti laboratorio con stampa on demand presso farmacie	Diffondere nella rete delle farmacie territoriali il sistema "Galileo Portal" per la stampa on demand dei referti	Numero farmacie che attivano il sistema. Numero referti stampati in farmacia	Attivazione servizio nelle farmacie nelle zone (Quartieri, Comuni) in cui non è presente una portineria aziendale
SI	DAAT	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Prosecuzione sviluppo e Gestione del software gestionale per l'anagrafe sanitaria Regionale assistiti (ARA), e consolidamento della rete di supporto integrata per le funzioni di Anagrafe Sanitaria. UO FRONT	Implementazione e/o integrazione nuove funzioni nella rete integrata per la gestione delle operazioni di anagrafe sanitaria.	Numero funzioni implementate e/o integrate	Incremento Numero funzioni implementate e/o integrate.
SI	DAAT	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Prosecuzione sviluppo e Gestione del software gestionale per l'anagrafe sanitaria Regionale assistiti (ARA), e consolidamento della rete di supporto integrata per le funzioni di Anagrafe Sanitaria. UO FRONT	Implementazione e/o integrazione nuove funzioni nella rete integrata per la gestione delle operazioni di anagrafe sanitaria.	Numero funzioni implementate e/o integrate	Incremento Numero funzioni implementate e/o integrate.
SI	DAAT	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Potenziamento del sistema di controllo e gestione dei dati Anagrafe Sanitaria Regionale Assistiti (ARA).	Mappatura e riduzione posizioni incongruenti nei passaggi tra applicativi e banche dati, sulla base delle richieste regionali (invio flussi dati da correggere)	Numero interventi nell'anno e stima posizioni sanate	100% risposta a interventi richiesti
SI	DAAT	L'Accesso	Definizione e sviluppo di processi di integrazione dei servizi amministrativi territoriali nell'ottica della omogeneizzazione delle procedure e razionalizzazione delle risorse	Applicazione MALUS (Legge Regionale 2/2016, art. 23) dalla fase di accertamento alla fase di gestione delle controdeduzioni e archiviazioni pratiche, con il coinvolgimento di diverse UUOO interne al Dipartimento e la collaborazione di UO esterne (principalmente per gli aspetti tecnico-informatici e comunicativi)	Effettuazione accertamenti e invio verbali di accertamento in applicazione della normativa MALUS, in coerenza con le indicazioni operative fornite dalla RER e in uniformità con le altre aziende di area metropolitana Posizioni accertate dal 4 Aprile (decorrenza L.R. 2/2016) Verbali di accertamento inviati Presenza in carico giustificazioni preventive in sede di accertamento.	Monitoraggio mensile di tutte le posizioni sanzionabili. Invio lotti relativi al periodo Giugno-dicembre 2016. Sperimentazione su accertamenti settimane campione 2018 Organizzazione e attribuzione attività di presa in carico

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
	SAO-PDA OM	L'Accesso	supporto alla riorganizzazione della funzione odontoiatrica	riorganizzazione del PDA per supportare apertura pomeridiana degli amb. odonto e il passaggio all'utilizzo di my sanità	attivazione prenotazione su agende e apertura pomeridiana	
	SAO-PDA OM	La sostenibilità economica	supporto alla riorganizzazione della funzione anat. Patologica	consegna referti citologici con galileo portal; percorso per eliminazione pagamento manuale ticket per esami richiesti con e senza order entry	consegna referti; definizione percorso	partenza consegna referti entro fine giugno
NO	SAO-PO serv. Amm.vi LUM	La sostenibilità economica	Miglioramento dell'allineamento delle anagrafiche dei richiedenti LUM	Formalizzazione e condivisione del percorso di creazione dei nuovi richiedenti LUM	Stesura Istruzione Operativa	entro 31/12/2018
NO	DA DSP	La sostenibilità economica - Piattaforme logistiche ed informatiche più forti e Sistemi Informativi	Preseguimento processo di implementazione delle integrazioni tra i sistemi informatici di registrazione della erogazione e del pagamento delle prestazioni del DSP	My Sanità/Ises - Rudi: Verificare stato di avanzamento della integrazione; Verifica estrazione atteso di pagamento da Rudi; Verifica sulla emissione del documento contabile; Verifica sulle modalità di pagamento attuali e quelle che dovranno essere implementate (es. PagoPA).	Dipende da programma sviluppi informatici	
				ONIT/ONVAC-Ises-Rudi: Verificare stato di avanzamento della integrazione; Verifica estrazione atteso di pagamento da Rudi; Verifica sulla emissione del documento contabile; Verifica sulle modalità di pagamento attuali e quelle che dovranno essere implementate (es. PagoPA).	Dipende da programma sviluppi informatici	
				Avelco - Euis: per le prestazioni soggette a pagamento, l'integrazione è subordinata ad uno studio di fattibilità rimesso al SIM, in considerazione della compatibilità con il nuovo applicativo per la gestione della contabilità (GAAC) in corso di implementazione	Dipende da programma sviluppi informatici	
				Babel-Euis : rendere più efficiente la trasmissione di documenti contabili a molteplicità di destinatari	Dipende da programma sviluppi informatici	
			Formazione all'utilizzo dei programmi per il personale amministrativo DSP addetto alle funzioni			
NO	ALP	La sostenibilità economica	Sviluppo sistemi informativi e di controllo ALP	Implementazione dei programmi informatici per ottenere un sistema di reportistica e segnalazioni inerenti anomalie nell'attività LP	<ul style="list-style-type: none"> Analisi congiunta coi gestori dei diversi applicativi informatici Implementazione dei sistemi informatici 	<p>entro 1° sem 2018</p> <p>entro 2° sem 2018</p>
NO	DA	La sostenibilità economica	Obiettivi di programmazione regionale da DGR 919/2018: garantire il supporto tecnico informatico necessario alla loro realizzazione	Avvio progetto SIOPE+ per monitoraggio pagamento ft	a regime dall'1/10/2018	100%
NO	DA	La sostenibilità economica		Progetto NSO	Progetto NSO Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto	Tempi e modalità di attuazione secondo i decreti attuativi
NO	DA	La sostenibilità economica	Verifica interna sull'utilizzo della procedura ordini, per TUTTI i processi d'acquisto aziendali, per il controllo continuo della spesa, del rispetto del budget e dei limiti contrattuali.	Verifica di: - emissione di ordini preventivi informatizzati - individuazione di modalità per l'impegno di budget su tipologie di servizi che non consentono l'ordine preventivo (es. utenze) - integrazione tra i sw di gestione ordini, contratti, budget, COGE, COA	<ul style="list-style-type: none"> - 100% - modalità sostitutiva all'ordine preventivo - 100% 	entro 2018
SI	COGEFI		Rispetto dei vincoli economici	Rispetto del preventivo economico deliberato dall'azienda	Rispetto del budget trasversale	consuntivo 2018 non superiore al budget assegnato

OBIETTIVO DA RIPROPOSTO DAL 2017 SI/NO	PROPONENTE	Area Budget da LG 2018	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
SI	COGEFI		Allineamento degli strumenti contabili (Procedura Ordini, Contabilità Analitica e Generale) alle nuove indicazioni previste con l'avvio del GAAC (Software regionale per la gestione dell'area amministrativa contabile)	Revisione centri di costo, centri di prelievo, programmi di spesa e conti economici in linea con il nuovo assetto GAAC	Revisione del piano CDC/CCR, Fattori produttivi e Conti economici	entro 2018
	SUMCF	La sostenibilità economica	GAAC	Corretto avvio della procedura amministrativa contabile GAAC - corretta configurazione delle anagrafiche settoriali - convalida dei dati recuperati - partecipazione ai corsi di formazione		Effettuazione delle attività entro 31/12
	SUMCF	La sostenibilità economica	RECUPERO CREDITI	Corretta applicazione procedura recupero crediti		Almeno 60% diffide ai soggetti privati entro 180 giorni dalla scadenza
	SUMCF	La sostenibilità economica	LIQUIDAZIONE DOCUMENTI	Corretta applicazione procedure PAC ciclo passivo beni e servizi		Dal 1 luglio 100% fatture liquidate all'interno del sistema amministrativo contabile
	DA	La sostenibilità economica	Obiettivi di programmazione regionale da DGR 919/2018	Assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie all'implementazione e gestione del GAAC	allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	100%

2018 budget

DIREZIONE

ASSISTENZIALE TECNICA E RIABILITATIVA



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

BUDGET 2018 DATER - OBIETTIVI INNOVAZIONE E QUALITA'

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
DSP	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Piano Regionale Prevenzione	Partecipazione attiva ad iniziative distrettuali in tema di promozione della salute, stili di vita, comunità locale, coerentemente con l'implementazione dei progetti del PAL	n.iniziativa realizzate in ogni distretto	almeno 2
DSP	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alla vaccinazione antinfluenzale per i > 65 anni	Promozione dell'azione vaccinale nei confronti dei cittadini e loro associazioni. Promozione nei confronti dei soggetti vaccinatori (MMG)	% vaccinati di assistiti con età ≥ 65 anni	+10% vs 2017 (entro il 2019)
DSP	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Aumentare il tasso di adesione alle vaccinazioni antiinfluenzali degli operatori sanitari	Sensibilizzazione degli operatori dipendenti	Tasso di adesione	Oncologico ≥34% tutti gli altri Dipartimenti ≥34% o comunque incremento vs 2017
PIANURA EST BOLOGNA RELASA SAN LAZZARO	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Garantire le vaccinazioni pediatriche nel rispetto del calendario vaccinale e in integrazione con il DSP	Applicare il nuovo calendario vaccinale in integrazione UOC Pediatria e DSP realizzando un hub per le vaccinazioni.	Progettazione ed avvio lavori per la realizzazione degli Hub vaccinali c/o H Bentivoglio, Cds Casalecchio, Montebello e S.Lazzaro Evidenza del rispetto del calendario vaccinale 2018	Entro Giugno 2018 Rispetto del calendario, progressione chiamate e recupero inadempienti
DSP	Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione tumori	Coinvolgimento dei professionisti con particolare riferimento ai MMG per il miglioramento dell'adesione ai programmi di screening per tumore cervice uterina, mammella e colon retto	Incontri MMG/specialisti/operatori sanitari Cds	almeno 5 incontri
PIANURA EST	Prevenzione e Promozione della Salute		Promuovere gli interventi di prevenzione/presa in carico del bambino in sovrappeso e obeso	Creazione di un ambulatorio multidisciplinare di 2° livello per la presa in carico presso le Case della Salute di San Pietro in Casale e Budrio del bambino in sovrappeso e obeso	Presenza del team multidisciplinare formalizzato	Realizzazione entro 2018
Proposta DATeR	Prevenzione e Promozione della Salute	SI	Piano Regionale Prevenzione	PROGETTO 3.8 programma di ginnastica personalizzato a domicilio e piccoli gruppi per prevenzione cadute dell'anziano	attivazione del programma all'interno delle CDS	attivazione percorsi prevenzione cadute in almeno una Cds - formazione e sensibilizzazione MMG e personale della Cds
DAAT/CUP	L'Accesso	NO	Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili e fragili	Assicurare la presa in carico degli anziani con rischio di fragilità >50 e <80 non conosciuti dai servizi socio sanitari	% di anziani fragili intercettati attivamente	> al 90% dei casi segnalati
BOLOGNA CITTA'	L'Accesso	NO	Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili nell'ambito dello specifico programma	Assicurare in modo appropriato assistenza medica, infermieristica e socio-sanitaria nei dormitori	N° delle dimissioni protette accolte dal dormitorio "Beltrame"	> 20% rispetto 2017
BOLOGNA CITTA'	L'Accesso	SI (senza indicatore specifico)	Medicina penitenziaria: valutazione del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile	elaborazione dei PAI per i detenuti con patologie croniche da parte dell'equipe multiprofessionale	% PAI	>60%
DISTRETTI	L'Accesso	NO	Migliorare l'accesso agli ambulatori infermieristici	Definire un percorso strutturato di accesso alle prestazioni programmate ed a quelle ad accesso diretto (primo intervento)	Definizione percorso organizzativo	Entro 2018
APPENNINO	L'Accesso	NO	Migliorare l'accesso all'assistenza delle persone con nefropatie e la presa in carico attraverso un rapporto efficace tra i professionisti	Definire i processi assistenziali più adeguati alla presa in carico multiprofessionale precoce delle persone con possibili nefropatie	Evidenza dei processi assistenziali e degli accordi tra professionisti (emergenza, medicina, nefrologia, MMG, Infermieri)	entro giugno 2018

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
COMMITT. SPECIALISTICA	L'Accesso	NO	Migliorare l'accesso all'assistenza e la presa in carico attraverso un rapporto efficace tra i professionisti	Progetto di estensione Gastropack: rispetto dei tempi previsti per l'implementazione in nuove sedi territoriali	Budrio Loiano Mengoli % MMG aderenti	verificare con progetto
DISTRETTI	L'Accesso	NO	Promuovere la continuità dell'assistenza negli ambulatori infermieristici	Ampliamento degli orari di presenza del personale infermieristico, anche la domenica e nei festivi infrasettimanali, in almeno un punto per Distretto (es.CdS di Budrio)	Reportistica accessi e prestazioni	Entro il 2018
PIANURA OVEST	L'Accesso	NO	Regolamentazione accesso in PS (PS SGP) da servizi territoriali (CSM (stati psicotici organici), CRA (urgenze), NPIA, Cure Palliative, Territorio Bed manager in dimissioni difficili)	Protocollo/linee guida distrettuali validati	Evidenza documento Applicazione	Ottobre 2018 entro 2018
Proposta DATeR	L'Accesso		Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili nell'ambito dello specifico programma	Presa in carico pazienti cronici e con malattie infettive	N. utenti in carico presso Centri Accoglienza Straordinari (CAS) e Servizio di Protezione Rifugiati (SPRAS)	almeno 5 casi presi in carico
Proposta DATeR	L'Accesso		Garantire l'accesso e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili nell'ambito dello specifico programma	Accoglienza utenti senza fissa dimora in arrivo nei centri di accoglienza (Progetto STARTER)	Sviluppare e formalizzare buone prassi x i centri HUB minori e adulti	almeno una procedura formalizzata e condivisa con i gestori entro giugno 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA	Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATOR I RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Consolidare il percorso di coinvolgimento iniziato	realizzare almeno due azioni di integrazione proposte dai gruppi di lavoro effettuati nel 2017	avvio di due azioni per ambito distrettuale
PIANURA OVEST	Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATOR I RER PAG.10)	Casa della Salute DI Terre D'Acqua: sviluppo della Comunità professionale - Promuovere processi di integrazione culturale tra professionisti	Istituzione di gruppo di lavoro distrettuale per definizione / proposta ed attuazione di percorsi, relazioni ed iniziative per lo sviluppo della comunità professionale sulla base delle aree integrate di assistenza della delibera 2128	Definizione gruppo di lavoro Evidenza di documento di programmazione Attivazione almeno 2 iniziative	entro aprile entro luglio entro 2018
PIANURA EST	Le Reti Socio-Sanitarie		Prevenzione disuguaglianza e promozione della salute	Avvio attività collegate allo spazio giovani per la promozione della salute sessuale e riproduttiva e prevenzione della sterilità nel maschio giovane, presso lo spazio giovani di Castel Maggiore	Formazione e sensibilizzazione nelle scuole secondarie ad opera dell'urologo e della psicologa sul tema della salute sessuale maschile	Coinvolgimento di almeno 10 classi, per un totale di circa 200 alunni di cui 100 maschi, entro il 2018
PIANURA EST	Le Reti Socio-Sanitarie		Prevenzione disuguaglianza e promozione della salute	Avvio attività collegate allo spazio giovani per la promozione della salute sessuale e riproduttiva e prevenzione della sterilità nel maschio giovane, presso lo spazio giovani di Castel Maggiore	% utenti maschi fra i 14 e i 19 anni / totale utenti maschi spazio giovani di Castelmaggiore	≥al 10%
RENO-LAVINO-SAMOGGIA	Le Reti Socio-Sanitarie	SI	Promuovere interventi per la preservazione della fertilità e promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli Adolescenti e Giovani Adulti	Attivare uno spazio ad accesso libero rivolto alla popolazione 20-34 anni	Apertura spazio nell'ambito del Consultorio Familiare presso la CdS di Casalecchio di Reno per almeno 2 ore/sett	entro il 2018
BOLOGNA CITTA'	Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATOR I RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute di cui una è la CdS navile
APPENNINO	Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATOR I RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata	entro giugno 2018

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
PIANURA EST	Le Reti Socio-Sanitarie	SI (NON USATI INDICATORI RER PAG.10)	Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	Attivare nelle case della Salute un percorso di coinvolgimento delle diverse figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali.	Attivazione del percorso secondo una metodologia documentata (costituzione board come da DGR 2128)	Nel 2018 attivare il percorso almeno in due case della salute
Proposta DATeR	Le Reti Socio-Sanitarie		Sviluppare la comunità professionale nelle CdS per la promozione della presa in carico integrata socio-sanitaria e lo sviluppo delle aree integrate di intervento come da 2128/2016	ASSICURARE LA CONTINUITA' E LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO SANITARIO FISIOTERAPICO NEGLI 81 CENTRI DIURNI	N° valutazioni di bisogno fisioterapico nei centri diurni	2 valutazioni annuali
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	2.7.0 Continuità assistenziale – dimissioni protette	Garantire la continuità ospedale - territorio	N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera	45% (nel 2016 ASL 98,1%)
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Trasmissione al CRT-ER di una relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'Ufficio Locale di Coordinamento	Relazione trasmessa alla CRT-ER in occasione degli incontri annuali	SI
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Donazioni cornee	Numero di donazioni di cornee nei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni	>=17%
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	Donazioni multi-tessuto	Numero di donazioni multi-tessuto nei decessi di età compresa tra 2 e 78 anni	come da indicazioni CRT-ER per AUSLBO
PIANURA OVEST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione progettualità degenza medica per intensità di Cura H S.Giovanni Persiceto	Definizione organizzativa e strutturale del progetto	attivazione degenze per intensità di cura	entro 2018
PIANURA OVEST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione progettualità Polo Psichiatrico di S. Giovanni in Persiceto	Completamento lavori strutturali propedeutici alla fase attuativa Attivazione progetto secondo fasi consequenziali DSM	Competamento lavori attivazione progetto	agosto 2018 Secondo sequenzialità DSM e disponibilità locali
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Attuazione riorganizzazione Rete chirurgica metropolitana (Hub e Spoke).	Attivazione e completamento organizzazione Spoke dell'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto	organizzazione a regime	entro Ottobre 2018
APPENNINO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Consolidamento dei processi di cura e dei servizi innovativi previsti dal Piano di Riordino distrettuale	Avvio operativo dei servizi: a) ambulatorio ortodonzia e maxillo facciale per persone con alta vulnerabilità sanitaria; b) ambulatorio cure palliative precoci; c) Centro ambulatoriale di Riabilitazione; d) Ambulatori di Salute mentale primaria;	evidenza dell'avvio dei Servizi indicati (a,b,c,d)	avvio entro giugno 2018
APPENNINO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Consolidare la rete pediatrica in Alto Reno	attivazione ambulatori infermieristici e rete tra pediatri T/H	percorso formativo comune	Entro giugno 2018

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
BOLOGNA CITTA' RELASA	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.10-11 VERIFICARE)	Gestione proattiva dei pazienti fragili e con patologia cronica	Consolidamento degli ambulatori infermieristici per le cronicità	n. paz eleggibili aderenti / n. paz chiamati attivamente	> 20% rispetto 2017
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Implementazione presso l'H. di Bentivoglio del percorso per l'espianto cornee	Coinvolgimento delle figure professionali per la costruzione del Team operativo	.-Formalizzazione del progetto .-Numero di cornee espantate	Entro Marzo 2018 > o uguale a 10 cornee
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Miglioramento dell'offerta chirurgica ortopedica presso l'H. di Bentivoglio	Incremento delle sedute operatorie e dei posti letto (2 o 3)	Riduzione liste di attesa chirurgiche ortopediche	Almeno 30%
TUTTI	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Attivare il TCI con tutte le procedure e i protocolli operativi del caso	Progetto e evidenza delle procedure e protocolli di valutazione, accesso, erogazione delle cure e dimissione	entro giugno 2018
TUTTI	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Migliorare il governo delle cure intermedie attraverso la realizzazione del TCI	Progettare il TCI e d iniziare la sperimentazione in almeno un ambito cittadino	Numero di TCI attivati nel 2018	Almeno 1 TCI entro il 2018
APPENNINO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare la qualità dei servizi erogati dalle strutture private presenti sul territorio per anziani non autosufficienti	attivare un percorso condiviso di formazione con le strutture private che accolgono anziani non autosufficienti sui temi delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione della PEG, le linee guida regionali sull'alimentazione dell'anziano, i ricoveri ospedalieri	% di strutture locali arruolate	arruolamento del 50% delle strutture che operano localmente
APPENNINO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri per le persone con patologie croniche seguite al domicilio e potenzialmente trattabili in setting ambulatoriali	aumentare la capacità di intercettazione attiva dei pz a più alto rischio di fragilità (>80)	% ricoveri di pz in ADI o ADP	-10% rispetto 2017
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post-acute e domicilio	Incrementare gli interventi degli infermieri di continuità nei reparti ospedalieri con il fine di diminuire in modo appropriato l'invio in postacuzie	% Dimessi proposti per le post acuzie che trovano indicazione appropriata per l'assistenza a domicilio (Dimessi a domicilio / totale dei proposti per post-acute solo Ospedale Maggiore)	≥ 20%
GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Bambino cronico	Redazione del PAI	% pz in carico con PAI redatto	>95% entro aprile 2018
GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA BPCO	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA POLMONE	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro giugno 2018
GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE TESTACOLLO	Costruzione del PDTA	Documento disponibile	entro 2018

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA CA PATOLOGIE ONCOLOGICHE OCULARI	Costruzione del PDTA	Documento disponibile	entro 2018
GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Cronicità (Scompenso, post IMA, diabete, ferite difficili)	Aumentare la presa in carico	n. Pazienti presi in carico dagli ambulatori cronicità	>2017
GOVERNO CLINICO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Miastenia	Completamento del PDTA	Validazione percorso	Entro 2018
PIANURA EST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.12 VERIFICARE)	Presa in carico della fragilità/complessità, sulla base dei "Profili di rischio di Fragilità (Risk ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in integrazione ospedale-territorio, tra ambito sanitario e sociale e con il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato)	Analisi congiunta degli elenchi dei fragili da parte dell'equipe MMG, infermiere, Assistente sociale e stesura del PAI - Progetto Risker su NCP San Pietro in Casale	Numero valutazioni congiunte effettuate sul totale dei fragili negli elenchi e numero di PAI prodotti	Come da applicazione dell' accordo con la medicina generale (adesioni almeno del 70% dei MMG del NCP)
CURE PALLIATIVE	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Nodo H: partecipazione ai Meeting Multidisciplinari di patologia oncologica, patologia nefrologica implementazione consulenze AOUBO attivazione consulenze Casa di Cura S.Viola (PDTA Gracier) Centro di Coordinamento della Rete di CP: apertura sulle 12 ore dal lunedì al venerdì e nella giornata di sabato apertura nella mattina; reperibilità telefonica la domenica e festivi Nodo Amb.: attivazione presa in carico malato non oncologico (BPCO- Fibrosi polmonare) Nodo domiciliare: implementazione consulenze specialistiche Attivazione consulenze in CRA e RP	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di S.Lazzaro	Nodo H: attivazione consulenze presidio Loiano Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio Loiano Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Appennino	Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche Cds Vergato Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Reno Lavino Samoggia	Nodo H: attivazione consulenze presidio Bazzano Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio Bazzano Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
CURE PALLIATIVE	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Pianura Ovest	Nodo H: attivazione consulenze presidio S.Giovanni Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche presidio S.Giovanni e CdS Terre d'Acqua Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto Pianura Est	Nodo H: implementazione consulenze presidio Bentivoglio e attivazione consulenze presidio Budrio Nodo Amb.: attivazione visite specialistiche CdS S.Pietro in Casale Nodo domicilio: attivazione consulenze specialistiche	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
CURE PALLIATIVE	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Rete cure Palliative	Sviluppare e attivare azioni in coerenza con il Progetto CP sul territorio del Distretto di Bologna	Formazione H: End of Life Bioetica e testamento biologico	Entro 2018 ed in relazione alle nuove risorse che si potranno acquisire
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Revisione organizzazione della degenza per intensità di cura dell'area medica/geriatrica	Ridefinire gli aspetti logistico-organizzativi della degenza delle UO di Medicina e Geriatria di Bentivoglio	Produzione ed applicazione del documento di revisione	Entro ottobre 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Ridefinire assetto chirurgia ortopedica	Avvio operativo del riassetto della chirurgia ortopedica	trasferimento della chirurgia ortopedica da Vergato a Porretta	avvio entro giugno 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Ridefinire assetto servizi di emergenza	Avvio operativo delle funzioni di pronto soccorso a Vergato e Porretta	evidenza del progetto approvato dalla DG e dell'avvio del riassetto	avvio entro giugno 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione PS Ospedale di S. Giovanni in Persiceto	Definizione e approvazione progetto per il miglioramento della gestione dell'accesso e della degenza breve	definizione progetto approvazione attivazione	marzo luglio ottobre 2018
PIANURA EST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione dei processi erogativi territoriali nell'ambito dell'attività oculistica	Costituzione di un team multidisciplinare (oculisti, ortottisti, IP, MMG e PLS) per promuovere soluzioni appropriate ai bisogni differenziati e offrire un accesso mirato alle prestazioni diagnostiche terapeutico riabilitative e di specialistica ambulatoriale	Progetto Avvio nuova organizzazione presso la CdS di San Pietro in Casale	Entro 1 semestre 2018 Entro 2 semestre 2018
PRESIDIO OSPEDALIERO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Riorganizzazione spazi e attività nell'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto per efficientare percorsi ed attese	Suddivisione spazi per aree omogenee	Conclusioni piano riorganizzativo	entro marzo 2018
DAAT	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Riprogrammare le risorse assegnate al distretto per la non autosufficienza alla luce delle indicazioni regionali.	Analisi e definizione delle azioni di programmazione per un appropriato e sostenibile utilizzo delle risorse assegnate per la non autosufficienza	Risorse assegnate al distretto per FRNA, FNA, Fondo dopo di noi	Rispetto delle assegnazioni distrettuali
SAN LAZZARO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le attività nella Casa della Salute di San Lazzaro	Valutazione attuale occupazione degli spazi e revisione attribuzione	Progetto di riorganizzazione attività	Entro giugno 2018
SAN LAZZARO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le Cure Intermedie	Definire un progetto organizzativo che metta in rete l'attività domiciliare e i letti tecnici	Stesura del Progetto	giu-18

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
APPENNINO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Riconvertire 10 PL C.I.	Numero di PL C.I. attivati	10 pl operativi entro giugno 2018
BOLOGNA CITTA'	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare almeno 2 esperienze di letti di CI: 1 in ospedale ed uno in CRA; Prima sperimentazione concreta in ospedale	Elaborazione di due progetti	Progetti entro ottobre 2018; attivazione sperimentazione (12 L) entro giugno 2018
RENO-LAVINO-SAMOGGIA	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Progettare la realizzazione di Letti di Cure Intermedie nei due ambiti Distrettuali	evidenza progetto	entro 2018
PIANURA EST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di letti di cure intermedie	Analisi distrettuale delle strutture identificabili come letti di cure intermedie invertirei l'indicatore con l'azione	Attivazione di 10/15 posti letto presso una CRA del Distretto	entro 2018
PIANURA EST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le cure intermedie attraverso la progettazione di percorsi integrati e definiti con i reparti ospedalieri	Definire prevalentemente con le UO di medicina interna ospedaliere i percorsi consenziali per i pazienti assistiti a domicilio nella rete territoriale integrata	Evidenza dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio, territorio e territorio	Almeno 3 percorsi di continuità (fast) formalizzati
SAN LAZZARO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Implementazione di un gruppo integrato DSM-MMG x la Cura presa in carico delle Patologie Psichiatriche gravi	1) evento formativo/informativo NCP 2) insediamento gruppo discussione e monitoraggio	entro 2018
SAN LAZZARO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Attuare Progetto riordino Ospedale Loiano	Riconversione 10 letti tecnici	Entro 2018
SAN LAZZARO	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppare le Cure Intermedie nell'area della montagna	Implementazione attività fisioterapia ambulatoriale e aumento offerta domiciliare	1) Attivazione offerta ambulatoriale 2) Pazienti domiciliari in carico	1) entro giugno 2018 2) > 2017
PIANURA OVEST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI (PAG.11 VERIFICARE)	Sviluppo Cure intermedie	Riconversione di letti tecnici prevedendo nel percorso organizzativo anche una proposta di afferenza territoriale per facilitare le ammissioni dal domicilio dei pazienti cronici/fragili	presenza percorso validato avvio operativo	entro Ottobre 2018 entro 2018
PIANURA OVEST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	SI	Sviluppo della comunità professionale nelle C.d.S per la promozione della presa in carico della cronicità	Attivazione di un percorso di presa in carico multiprofessionale del paziente diabetico afferente agli ambulatori infermieristici della cronicità	Presenza e attivazione percorso	Realizzazione entro 2018
PIANURA EST	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	Sviluppo della rete dei servizi a supporto della domiciliarità e prossimità	Integrazione degli interventi delle assistenti familiari nel sistema di sostegno alla domiciliarità	Progetto di integrazione fra le offerte della rete di supporto alla non autosufficienza	Entro il 2018
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		2.7.0 Continuità assistenziale – dimissioni protette	aumentare i pazienti con PEG in carico all'assistenza domiciliare secondo procedura (P-INT 39) con cambio della sonda a domicilio	n pazienti in carico secondo procedura con almeno un cambio PEG a domicilio	> 2017

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		2.7.0 Continuità assistenziale – dimissioni protette	elaborazione istruzione operativa domiciliare per l'assistenza ai pazienti con SNG	disponibilità del documento formazione competenza specifica	entro 2018 1 infermiere formato /SID
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		2.7.0 Continuità assistenziale – dimissioni protette	informatizzazione del processo di continuità assistenziale (progetto triennale)	n SID informatizzati	VALUTARE FATTIBILITÀ CON LA DIREZIONE
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		Migliorare la qualità dei servizi erogati dalle strutture private presenti sul territorio per anziani non autosufficienti	realizzazione di un evento formativo su un tema sanitario individuato come prioritario	% strutture private coinvolte	almeno il 50% delle strutture private che operano nel territorio
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni dall'ospedale vs post-acuzie e domicilio	estendere l'applicazione del PROGETTO ASSISTENZIALE e CLINICO INTEGRATO a tutti i reparti ospedalieri che dimettono verso la post acuzie	% trasferimenti in post acuzie con PACI compilato	almeno il 50% dei trasferimenti
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		Migliorare la continuità dell'assistenza dall'ospedale vs post- acuzie	Estendere l'orario d'apertura di CeMPA al sabato mattina a condizione che i servizi territoriali e domiciliari siano attivi nel fine settimana	trasferimenti in post acuzie effettuati il sabato mattina	100% strutture di post acuzie dimettono e accolgono nuovi ingressi il sabato mattina
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		Produrre documentazione interna del Processo CeMPA e Qualità dell'Assistenza	Redarre, approvare ad applicare Istruzioni operative e Procedure	evidenza del documento	entro il 2018
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Redarre, diffondere e applicare una procedura aziendale per il lavaggio delle mani nelle Strutture Socio sanitarie	evidenza del documento	entro il 2018
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	NO	PDTA Scopenso cardiaco cronico	Implementazione della presa in carico da ospedali privati accreditati	attivazione del percorso	entro settembre 2018
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		PDTA Ulcere difficili	implementazione amb ferite diffilli (ambito ospedaliero)	implementazione rete degli ambulatori infermieristici delle ferite difficili (condizionato alla creazione dei profili pazienti)	N° amb. Implementati (OM, budrio/bentivoglio SGP porretta) N° prestazioni garantite 2018
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		PROGETTAZIONE DI 2 POSTAZIONI DI RECOVERY ROOM PER OTTIMIZZARE L'USO DEI LETTI DI TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	1) RIDUZIONE DEI RICOVERI IN T.I DEI PZ PROGRAMMATI 2) INSERIMENTO DI TUTTI I PZ ASA 4 SOTTOPOSTI A CHIR MAGGIORE NELLA PROGRAMMA DI TERAPIA INTENSIVA 3) RIDUZIONE DEI RICOVERI IN TERAPIA INTENSIVA DEI RICOVERI POMERIDIANI	1) RIDUZIONE DEL 10% RISPETTO AL 2017. 2) 100% 3) RIDUZIONE DEL 30 % RISPETTO AL 2017	creazione reportistica ad hoc sui dati di movimento
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali	DELIBERA GIUNTA RER 665/2017	RETE donativo trapiantologica	ricostituire equipe della rete trapiantologica	insediamento equipe	entro 2018
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		miglioramento dell'offerta assistenziale in area ostetrica	revisione delle presenze di personale assistenziale nelle fasce orarie h24	incremento del rapporto ost/pl	entro il 2018

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		Ridefinire assetto servizi di emergenza	miglioramento dell'offerta assistenziale nell'area dei ps (Bazzano, Bentivoglio e implementazione dei trasporti sanitari)	evidenza del progetto approvato dalla DG e dell'avvio del riassetto	entro 2018
Proposta DATeR	Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali		Ridefinire assetto servizi di emergenza	ELISOCORSO H straordinarie vs istituzionale / implementazione elicottero in notturna e disaster recovery	abbattimento uso ore straordinarie implementazione progetto disaster recovery	
SAN LAZZARO	Piano di Zona distrettuale 2018-2020		ADULTI DISABILI-Progetti di vita indipendente "Vivere insieme" e "Dopo di noi" per favorire la permanenza a domicilio e progetti supportati per la convivenza in semiautonomia	Attivazione di un appartamento supportato	Realizzazione di Progetti individuali per favorire la permanenza a domicilio, di Progetti supportati per convivenza in semiautonomia	6 Progetti individuali realizzati
PIANURA OVEST	Piano di Zona distrettuale 2018-2020		Domiciliarità e prossimità	Istituzione di un gruppo di regia distrettuale per coordinare gli obiettivi scheda 4-Budget di salute, 5 - Riconoscimento care giver, 6-Progetti di vita e dopo di noi, 7-rette cure palliative, 17- progetto adolescenza, 33 - miglioramento accesso in emergenza urgenza,36 - Consolidamento sviluppo servizi sociali territoriali)	Istituzione gruppo di regia - Predisposizione e completamento schede obiettivi	entro aprile 2018
ATP	La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	1-Completa compilazione della scheda per la mappatura della documentazione sanitaria e socio-sanitaria e del trattamento dei dati	1- compilazione dei campi presenti nella scheda di ricognizione	≥ 95%
ATP	La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	2-Partecipazione ad eventi formativi inerenti la corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria sia cartacea che informatizzata sotto il profilo giuridico, medico-legale, di Privacy	2- numero di partecipanti agli incontri formativi	≥ 70% di quanto programmato
ATP	La gestione del rischio	NO	Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria con riferimento alla nuova normativa in materia di Privacy - regolamento sul Dossier Sanitario	3-Partecipazione all'attività di verifica dell'applicazione del Regolamento attraverso audit	3- UO partecipanti all'attività di audit (almeno una per dipartimento) / UO selezionate e programmate per svolgere l'audit	100%
IGIENE	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UA Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti	Vedi allegato Igiene	Vedi allegato Igiene
Proposta DATeR	La gestione del rischio		AUMENTARE LA SICUREZZA NELLA GESTIONE DEI PUNTI PRELIEVO	SPERIMENTARE UN SISTEMA DI TRACCIABILITÀ DELLE PROVETTE	AVVIARE LA SPERIMENTAZIONE SULL'OSPEDALE MAGGIORE	CONCLUDERE LA SPERIMENTAZIONE GIUGNO 2018 E RIPORTARE EVIDENZE DI EFFICACIA/EFFICIENZA
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	NO	Sicurezza delle cure	Adesione e realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste dalla UO Medicina Legale e Risk Management	Vedi allegato Risk Management	Vedi allegato Risk Management
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO	Le Relazioni con il cittadino	NO	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni dei cittadini	Istruttoria nei tempi	Invio Istruttoria/relazione alla Direzione Distretto	entro 21 gg dalla data del protocollo
DISTRETTI	Le Relazioni con il cittadino	NO	Implementare le pagine web distrettuali	Partecipare attivamente alla implementazione sistematica della pagina web distrettuale	Evidenza degli eventi comunicati dai dipartimenti	Almeno 5 eventi nel 2018 segnalati per ogni dipartimento
BOLOGNA CITTA'	Le Relazioni con il cittadino	NO	Promuovere la partecipazione delle associazioni coordinate dal COPID (Comitato di Co-progettazione integrata per le disabilità)	Consolidare l'esperienza della co-progettazione integrata con più associazioni di disabili attraverso la realizzazione di progetti a favore di disabili	4 progetti approvati e completamente realizzati per il 2018	100% progetti realizzati

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RENO-LAVINO-SAMOGGIA	Le Relazioni con il cittadino	NO	Promuovere la partecipazione delle associazioni valorizzando la co-progettazione con i soggetti attivi del territorio	Consolidare l'esperienza della partecipazione e co-progettazione integrata	programmazione attività annule con iniziative distrettuali	almeno 2 nuove iniziative nell'ambito Lavino-Samoggia
Proposta DATeR	PRODUZIONE		GARANTIRE LE UNITÀ IRRADIAE A TUTTA L'AVEC (ASSORBIMENTO DELLE ATTIVITA' RADIOLOGIA S.ORSOLA)	IMPLEMENTAZIONE IRRADIAZIONE EMOCOMPONENTI AREA AVEC	UNITA' EMOCOMPONENTI IRRADIAE	UNITA IRRADIAE/UNITA RICHISTE = 100%
Proposta DATeR	PRODUZIONE		PRESA IN CARICO ATTIVITA' DIAGNOSTICA MALATTIE EMORRAGICHE	ASSORBIRE ATTIVITÀ PRECEDENTEMENTE PRESENTI PRESSO AOSP (+ FORMAZIONE)	N° ESAMI MEC 2018 VS 2017	

2018 - ALLEGATO OBIETTIVI IGIENE

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
UA Igiene ambientale	La gestione del rischio	NO	Igiene ambientale e smaltimento rifiuti	Gestire i processi di pulizia/sanificazione ambientale e rifiuti, secondo buone pratiche, nelle aree ad alto rischio	Internal audit: % adesione a pratiche di pulizia / sanificazione da parte di operatori AUSL	≥90%
UA Igiene ambientale	La gestione del rischio	NO	Igiene ambientale e smaltimento rifiuti	Gestire i processi di pulizia/sanificazione ambientale e rifiuti, secondo buone pratiche, nelle aree ad alto rischio (tutte SO e TI)	Internal audit: % adesione a pratiche di segregazione dei rifiuti da parte di operatori AUSL	≥90%
UA Igiene ambientale	La gestione del rischio	NO	Igiene ambientale e smaltimento rifiuti	Gestire le buone pratiche di segregazione dei rifiuti nelle UA Identificazione di 10 UA cliniche in cui attivare l'osservazione	Internal audit: % adesione a pratiche di segregazione dei rifiuti da parte degli operatori delle UA individuate	≥90%
UA Igiene ambientale	La gestione del rischio	NO	Igiene ambientale e smaltimento rifiuti	Gestire le buone pratiche di utilizzo della biancheria piana	Internal audit: % adesione a pratiche di gestione della biancheria piana	≥60%
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Consolidare le attività di sorveglianza in tutte le UU.OO. chirurgiche (SICHER)	% degli interventi da sorvegliare sui quali è stata fatta rilevazione secondo protocollo	100% per tutte le UUOO Chirurgiche del Presidio Ospedaliero
Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Internal audit: % adesione igiene mani nel momento 1 Verifica effettuata in corso di cluster epidemico o verifiche sull'applicazione delle buone pratiche	≥80%
Farmacia e Prevenzione e Controllo ICA	La gestione del rischio	NO	Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Adottare misure di prevenzione delle infezioni	Consumo gel idroalcolico secondo standard WHO	≥60 Lt./1000 gg di degenza per Rianimazioni e Terapie Intensive ≥20 Lt./1000 gg di degenza per tutti gli altri reparti

2018 - ALLEGATO RISK MANAGEMENT

MONITOR	AREA STRATEGICA	DGR 830 SI/NO	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE ATTESO
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	NO	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN OSPEDALE	valutazione dell'utilizzo della contenzione meccanica in ospedale	audit	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	Adesione a procedura P 110 "Comportamento per la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza"	n. operatori formati/totale operatori sanitari	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Diffusione linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione cadute del paziente in ospedale mediante formazione FAD regionale	% professionisti sanitari che hanno superato il FAD/totale professionisti sanitari UO	Per UUOO sperimentatrici (Medicine B OM, Vergato Porretta, Pianura, Riabilitativa SGP) 100% entro 2018 Per tutte le altre UUOO > 70% entro 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Adesione procedura "prevenzione e gestione della caduta in ospedale"	almeno 1 audit su evento caduta con danno	entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Definizione procedura relativa a raccomandazione n. 6 "Prevenzione morte materna correlata a travaglio e/o parto e Raccomandazione n. 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano"	evidenza procedura	entro ottobre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	PROGETTO VISITARE	% azioni di miglioramento realizzate/azioni di miglioramento programmate a seguito delle visite	> 90% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	NO	RACCOMANDAZIONI SICUREZZA DELLE CURE	Definizione procedura relativa a raccomandazione n. 11 "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)"	evidenza procedura	entro ottobre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi in relazione alla Legge 24/2017	% professionisti sanitari dell'area di diagnostica formati al percorso di informatizzazione/ totale professionisti	> 80 % entro giugno 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi in relazione alla Legge 24/2017	% di operatori sanitari formati su Incident Reporting/totale operatori sanitari	> 80 % entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SISTEMI DI LEARNING AND REPORTING	verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di eventi avversi/quasi eventi	n. di azioni di miglioramento realizzate/n. di azioni di miglioramento programmate a seguito di eventi avversi/quasi eventi	100% entro dicembre 2018
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net nei blocchi operatori dell'Azienda	N. di schede compilate/N. di accessi elettivi in sala operatoria N. di items compilati/N. items previsti nella check-list N. di non conformità rilevate/N. di item preisti nella check-list	≥95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Garantire gli standard di sicurezza previsti dal progetto regionale SOS.net per gli interventi in regime ambulatoriale	N.di schede compilate/N. di interventi elettivi ambulatoriali N di items compilati/N. items previsti nella check-list N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	≥95% 100% < 3%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Applicazione check-list cataratta in tutti i blocchi operatori coinvolti	N.di schede compilate/N. di interventi cataratta N di items compilati/N. items previsti nella check-list cataratta N di non conformità rilevate/N di item previsti nella checklist	≥95% 100% < 3%

RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva adesione dell'equipe di sala operatoria ad una corretta applicazione della checklist : piano di miglioramento "Sicurezza in Chirurgia" (progetto OssERvare)	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti dei blocchi operatori	80% dei diversi componenti l'equipe chirurgica
MEDICINA LEGALE E RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N.di schede correttamente compilate/N. interventi programmati	100%
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	verifica corretta applicazione P079 "identificazione paziente sottoposto a interventi, identificazione del sito e conferma del lato dell'intervento"	N° professionisti partecipanti all'audit / N° totale dei professionisti coinvolti delle UA /UO di Chirurgia generale e specialistica	80% dei professionisti UO/UA
RISK MANAGEMENT	La gestione del rischio	SI	SURGICAL SAFETY	Verificare l'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento nell'ambito del progetto OSSERVARE	riduzione delle non conformità rilevate alla prima osservazione (genn/febbraio 2017)	< o= 90%

