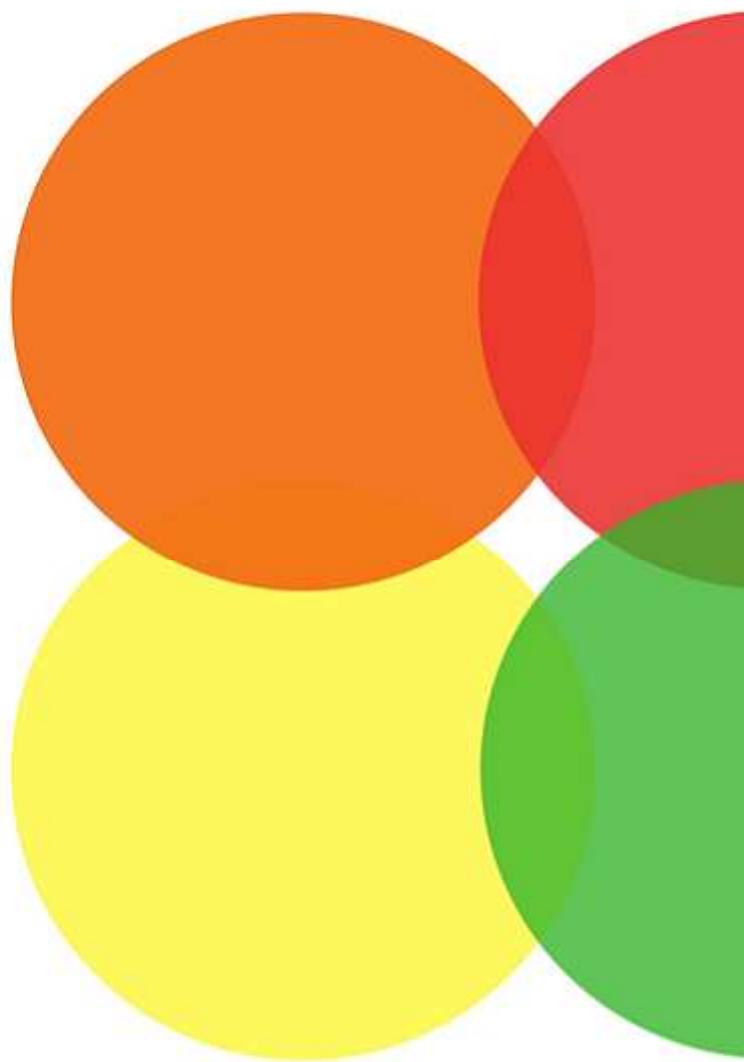


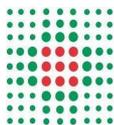
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

PIANO DELLA PERFORMANCE



2018 - 2020



PIANO DELLA PERFORMANCE

2018 – 2020

Delibera n. 284 del 06.08.2018

Sommario

1. EXECUTIVE SUMMARY.....	3
2. PREMESSA.....	5
3. IDENTITÀ DELL’AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	7
3.1. CHI SIAMO	7
3.2. COSA FACCIAMO	8
3.3. ANALISI DEL CONTESTO	10
3.4. IL PERSONALE	11
3.5. I DATI ECONOMICI	13
3.6. COME OPERIAMO.....	28
4. GLI IMPEGNI STRATEGICI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE.....	36
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	54
5.1. PERFORMANCE COMPLESSIVA AZIENDALE	54
5.2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ED INDIVIDUALE INTERNA.....	55
6. INDICATORI DI RISULTATO.....	57

1. Executive summary

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale, introdotto dal D.Lgs. 150/2009, ed è previsto per tutte le amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, ivi comprese le amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Piano della Performance per il triennio 2018-2020 è elaborato tenendo conto delle innovazioni introdotte alla disciplina che regola il ciclo della performance nelle amministrazioni pubbliche e dei principi che, in continuità con la precedente normativa, ne orientano la relativa misurazione e valutazione al costante miglioramento della qualità dei servizi offerti ed alla crescita delle competenze professionali. La redazione del presente documento programmatico riflette, quindi, la nuova formulazione del decreto legislativo n. 150 del 2009, conseguente alle modifiche a questo apportate con il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74, emanato in attuazione della Legge delega 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

Attraverso l'adozione del Piano delle Performance l'Azienda, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, si propone di definire linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, in modo da indicare quale è il grado di performance che l'Azienda intende conseguire e di evidenziare le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare gli eventuali scostamenti da tale valore atteso, con il fine ultimo di rispondere in modo adeguato ai bisogni del cittadino e più in generale di tutti gli stakeholder coinvolti.

Il documento descrive - nella prima parte - l'identità dell'Azienda, con particolare riferimento a mission e vision aziendale e al contesto esterno ed interno nel quale opera, compresi i dati economici e la dotazione di risorse di personale.

La parte seguente descrive le dimensioni della performance, gli obiettivi strategici (con particolare riferimento agli obiettivi di mandato del Direttore Generale e della Programmazione annuale regionale), le azioni previste per il triennio per conseguire gli obiettivi e il relativo sistema di valutazione, che si articola su due livelli:

- **Performance complessiva aziendale:** misurata/valutata attraverso un sistema comune regionale (SIV-ER), integrato con ulteriori obiettivi/indicatori interni, a garanzia della standardizzazione e confrontabilità verso tutti gli stakeholders e gli utenti dei servizi;
- **Performance organizzativa ed individuale interna:** rappresentata dal budget, dal sistema di valutazione interno e dal sistema premiante.

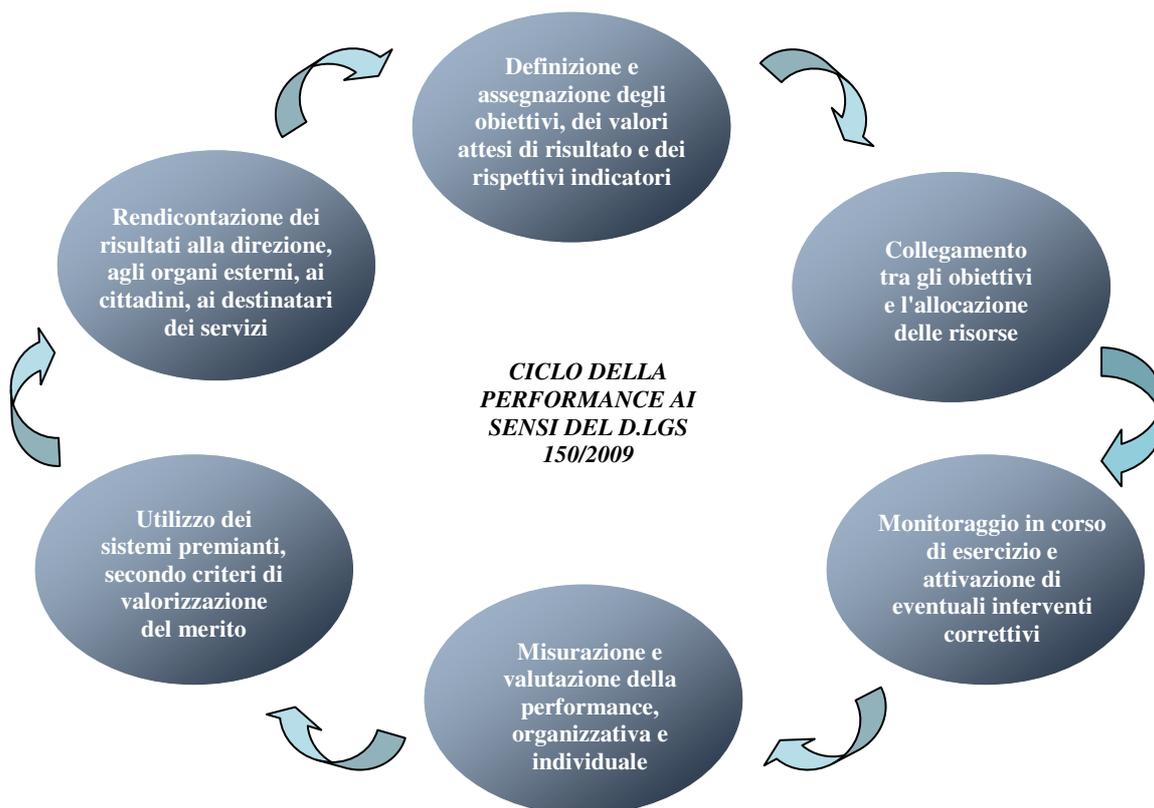
In particolare, la programmazione per l'anno 2018 è stata incentrata principalmente sulle aree di garanzia dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero (come da DGR n. 272/2017) e di specialistica ambulatoriale (come da DGR 1056/2015); sulla promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica; sull'equità nell'accesso ai servizi; sull'integrazione e il superamento delle differenze nei comportamenti, nei percorsi, nelle modalità operative; sull'area dell'emergenza e il

problema dell'inappropriatezza degli accessi; sull'area della continuità assistenziale e il problema della presa in carico territoriale.

Infine, come richiesto dalla vigente normativa, il collegamento del Piano della Performance con il Programma della trasparenza e integrità e con il Piano aziendale per la prevenzione della corruzione è garantito con la tempestiva implementazione e revisione della specifica Area della Performance nella quale si descrivono la politica aziendale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (rinviando per i dettagli al PTPC, al PTTI ed al sito aziendale Amministrazione Trasparente) e si garantisce la compliance alla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza in linea con le direttive ANAC.

2. Premessa

Il ciclo di gestione della performance è un processo articolato, suddiviso in diverse fasi, volto a dare rappresentazione sistematica alle attività pianificate e realizzate dall'Azienda nel perseguimento delle sue finalità.



Il presente Piano struttura la programmazione e il processo di misurazione e valutazione per il periodo 2018-2020 ed è redatto tenendo conto, oltre alla normativa nazionale in materia, anche di quanto introdotto dalle Delibere n°1/2014, n°2/2015 e n°3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)¹ della Regione Emilia-Romagna.

I principi di riferimento, oltre alla centralità della persona e all'allineamento delle strategie aziendali alla domanda di salute dei cittadini, si rifanno alla trasparenza, alla partecipazione ed alla coerenza interna ed esterna.

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

Il Piano della Performance rappresenta un importante strumento programmatico sia all'interno dell'Azienda, per orientare l'attività della dirigenza in tutte le sue articolazioni organizzative nel perseguimento delle priorità strategiche condivise, sia nei rapporti con i diversi portatori di interessi per rappresentare le priorità individuate e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti e nella loro rendicontazione.

La delibera n°3/2016 dell'OIV stabilisce che la Performance aziendale venga verificata annualmente, come previsto dal D.Lgs. 150/2009, attraverso una Relazione annuale che riporta:

- l'analisi delle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance;
- il monitoraggio degli indicatori di risultato con commento;

e alla quale va allegata la *Rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale* (capitolo già presente nella Relazione da allegare al bilancio di esercizio ex d.lgs 118/11).

Infine, in applicazione dell' art. 10, c. 8, lett. b) del decreto legislativo 14.3.2013, n. 33 "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", tutta la suddetta documentazione inerente il Ciclo della Performance viene obbligatoriamente pubblicata con modalità e tempi definiti nelle stesse delibere OIV in apposita sezione del sito istituzionale aziendale, di facile accesso e consultazione, denominata "*Amministrazione Trasparente*".

3. Identità dell'Azienda USL della Romagna

La Legge Regionale n. 22/2013, con decorrenza 1 gennaio 2014, ha costituito ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) e dell'articolo 4 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 (Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517), l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, che opera nell'ambito territoriale dei 73 comuni precedentemente inclusi nelle ex Aziende USL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini.

3.1. CHI SIAMO

La struttura, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati nell'**Atto Aziendale** (Deliberazione n. 414 del 15.05.2015), costruito in conformità alla L.R. 22/2013, alla normativa regionale di disciplina dell'organizzazione e del funzionamento delle aziende sanitarie e alle direttive di cui alla DGR 86/2006.

L'Atto Aziendale² sancisce che l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative nazionali e regionali di regolamentazione del Servizio Sanitario Regionale e che la sede legale è posta nel comune di Ravenna in via De Gasperi, 8. Con tale atto si disciplinano:

- ✓ i criteri distintivi dell'organizzazione: valori e principi guida organizzativi; finalità istituzionali e visione strategica;
- ✓ gli organi: Direttore Generale, Collegio di Direzione e Collegio Sindacale;
- ✓ i meccanismi di funzionamento interni: la macrostruttura organizzativa (Direzione sanitaria e Direzione Amministrativa, Direzioni Tecniche Aziendali), il ruolo dei Distretti e dei Dipartimenti; la pianificazione strategica e la valutazione delle performance;
- ✓ gli organismi collegiali (Collegio Aziendale delle Professioni sanitarie, Comitato Consultivo Misto, Comitato Etico IRST/AUSL);
- ✓ le relazioni con la Regione, gli Enti Locali e le rappresentanze dei cittadini.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutte le risorse che concorrono allo svolgimento delle attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali. L'Azienda utilizza il patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei libri contabili.

Come previsto dalla Legge istitutiva dell'AUSL Romagna, i proventi che derivano da eventuali alienazioni del patrimonio saranno finalizzati alla riqualificazione strutturale, tecnologica ed

² Il documento è disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda all'indirizzo: <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/item/32-atto-aziendale>

impiantistica a favore dei servizi assistenziali. In caso di dismissione definitiva del patrimonio, i relativi proventi verranno reinvestiti in favore dei territori in cui si trovavano i beni alienati, fatte salve le diverse determinazioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria assunte con il consenso del Comitato di Distretto interessato.

L'area geografica di competenza della Azienda USL della Romagna comprende i territori ricompresi nelle province di Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini, che si estende su un'area di 5.102,72 km² e comprende 73 comuni (34 comuni in collina, 32 in pianura e 7 in montagna), organizzati in 8 Distretti (Riccione, Rimini, Rubicone, Cesena Valle Savio, Forlì, Ravenna, Faenza, Lugo).

La popolazione residente al 01.01.2017 è di 1.125.415 abitanti per una densità di popolazione di 221 ab/km², con evidenti differenze fra le tre province: Rimini è la provincia con la densità abitativa più elevata (390 ab/km²), seguita da Ravenna (210 ab/km²) e Forlì-Cesena (166 ab/km²).

3.2. COSA FACCIAMO

Il mandato istituzionale dell'Azienda Usl della Romagna si inserisce nel contesto legislativo della Regione Emilia-Romagna e del quadro normativo nazionale ed i suoi obiettivi sono definiti nella DGR 167/2015.

L'Azienda ha come **missione strategica** la promozione, il mantenimento e il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente o comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio territorio, per consentire la migliore qualità di vita possibile e garantire i livelli essenziali di assistenza, senza barriere di cultura, lingua e condizioni socio-economiche, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

La **visione strategica** è invece rivolta a consolidare un sistema organizzativo capace di supportare caratteristiche di appropriatezza, di efficacia, di tempestività, di adeguatezza e di qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed alle loro attese. Tale modello deve essere orientato al miglioramento continuo della qualità della propria offerta e deve essere rivolto alla ricerca della soddisfazione del cittadino e degli operatori, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili e in sinergia con le istituzioni e i soggetti sociali locali, secondo gli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

A tal fine, l'Azienda realizza attività di ricerca e sviluppo dell'innovazione, in stretta connessione con le attività formative, per adeguare i propri processi produttivi agli standard più avanzati facilitando il trasferimento dei risultati della ricerca stessa alla pratica professionale, anche attraverso la collaborazione con le Università e gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

I **principi guida** su cui l'Azienda poggia la propria azione sono rappresentati da:

- ✓ **CENTRALITA' DEL CITTADINO**, al fine di soddisfarne i bisogni e di sviluppare rapporti di fiducia e comprensione, anche rendendogli facilmente accessibili le informazioni necessarie per scegliere consapevolmente le prestazioni di cui necessita. L'Azienda consapevole che il potenziamento della salute in un territorio è la conseguenza, da un lato della facilitazione dell'accesso ai servizi e alle cure (soprattutto per le persone più svantaggiate), ma dall'altro anche di un cambiamento nella modalità e nel tipo di erogazione delle stesse (in cui la presa in carico, la pro-attività, l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare sono gli assi strategici) si impegna per un cambiamento del paradigma metodologico, più orientato all'efficacia nella presa in carico e nell'erogazione delle prestazioni. Pertanto l'Azienda si impegna a rendere facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari dei servizi per scegliere, orientarsi e accedere alle prestazioni di cui hanno necessità e ad adoperarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi.
- ✓ **AFFIDABILITA', QUALITA' CLINICA E SVILUPPO PROFESSIONALE**, adeguando con continuità e costanza le azioni, i comportamenti, i servizi e le prestazioni alle necessità della popolazione di riferimento, alle priorità e agli obiettivi a tal fine fissati. Centrale diviene il perseguimento dello sviluppo professionale di quanti operano all'interno dell'Azienda e la ricerca della massima integrazione tra i professionisti, tra unità organizzative, tra l'Azienda ed i diversi settori economici e sociali del territorio.
- ✓ **EFFICACIA**, affinché il processo decisionale selezioni le proprie azioni basandosi su prove di evidenza nella capacità di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi programmati; l'Azienda persegue altresì la medicina e l'assistenza fondate sulle prove di efficacia e la formazione al cittadino, considerandola strategica alle attività di prevenzione e gestione dei problemi di salute, anche al fine di un'educazione ad una domanda più matura e consapevole. L'Azienda ricerca e sviluppa la telemedicina ed altre modalità di tecnologie digitali per garantire accessibilità, tempestività, prossimità ed appropriatezza di risposte alle cittadine e ai cittadini.

A tal fine è necessario che le persone che prestano la propria attività in nome e per conto dell'Azienda operino per:

- Ascoltare e ricercare le ragioni e gli obiettivi che sottendono alle posizioni degli interlocutori, in modo da rendere più efficace e funzionale la comunicazione e la correlazione agli obiettivi istituzionali.
- Esporre chiaramente la posizione e il punto di vista propri e dell'organizzazione.
- Rendere sistematicamente disponibili informazioni e notizie utili alla scelta consapevole delle prestazioni e dei servizi, delle sedi e delle modalità di erogazione degli stessi.
- Adeguare la comunicazione alla cultura, all'ambiente, all'esperienza degli interlocutori.
- Esplicitare le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi e delle prestazioni che si impegna a rispettare.

- Stimolare informazioni di ritorno sui servizi erogati al fine di migliorarne conseguentemente la qualità.
 - Subordinare l'organizzazione dei servizi alle necessità dei destinatari dell'assistenza.
 - Ricercare l'appropriatezza clinica e organizzativa.
 - Implementare le azioni orientate alla medicina di genere.
 - Privilegiare le prestazioni che, a parità di efficacia ed efficienza, sono meno invasive, rispettano l'integrità della persona e il suo mantenimento nel proprio contesto sociale.
 - Perseguire la piena saturazione delle potenzialità produttive aziendali prima di rivolgersi al produttore privato
- ✓ **INTEGRAZIONE**, per sostenere:
- a livello interno, il lavoro di gruppo attraverso l'organizzazione dipartimentale che viene assunta come assetto organizzativo fondamentale per l'organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali;
 - a livello di relazioni esterne, il consolidamento di reti di collaborazione per offrire servizi integrati con le altre strutture sociali, per partecipare allo sviluppo delle politiche di salute delle comunità locali del territorio, per realizzare l'integrazione sociale e sanitaria.
- ✓ **EQUITA' E SOLIDARIETÀ**, per garantire a tutta la popolazione livelli di assistenza adeguati nella loro appropriatezza e qualità, ma anche economicamente sostenibili per la comunità che ne sopporta gli oneri. A tal fine, l'Azienda deve favorire tutte quelle iniziative di solidarietà rivolte a rafforzare il sistema sanitario e di sicurezza sociale, nella piena convinzione che lo sviluppo non può prescindere dall'attenuazione delle differenze sociali e dal promuovere l'integrazione dal punto di vista di genere.
- ✓ **FLESSIBILITA'**, ossia la capacità dell'Azienda di adeguare i propri comportamenti e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda stessa e di essere in grado di rendere sensibile e specifica l'azione in risposta ai nuovi bisogni. Devono essere sempre contestualizzate le regole e le procedure per ottenere percorsi, anche di accesso ai servizi, meno burocratizzati, più semplificati, flessibili e non ridondanti verso i bisogni dei cittadini.
- ✓ **TRASPARENZA**, per cui l'Azienda per privilegiare la massima apertura e trasparenza nei rapporti con il cittadino, deve garantire la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati e la visibilità del processo decisionale, interno ed esterno.

3.3. ANALISI DEL CONTESTO

I dati inerenti il contesto demografico, il contesto dei "bisogni" di Salute ed il sistema dell'offerta di servizi sono desumibili in parte dal precedente Piano della Performance 2016-2018 e in parte dalla Relazione sulla Gestione del Direttore Generale, allegato D al Bilancio di Esercizio 2017 dell'Azienda Usl della Romagna.

3.4. IL PERSONALE

L'Azienda USL della Romagna è certamente una delle principali aziende del territorio per dimensioni, articolazioni e numero di dipendenti, che al 31.12.2017 sono in totale 15.043, di cui il 10,9% con contratto a tempo determinato e circa il 7% (per la quasi totalità donne) con contratto part-time.

La situazione del personale dipendente suddiviso per ruolo si è così articolata negli anni:

RUOLI	Valori assoluti			
	2014	2015	2016	2017
Ruolo Sanitario	9.781	9.736	9.726	9.716
Ruolo Tecnico	2328	2361	2.340	2.362
Ruolo Professionale	29	28	28	26
Ruolo Amministrativo	1303	1247	1.306	1.305
Totale tempo indeterminato	13.441	13.372	13.400	13.409
Personale a tempo determinato – ogni ruolo	1.064	1.225	1.533	1.634
Totale complessivo (T.I. + T.D.)	14.505	14.597	14.933	15.043

Il personale infermieristico rappresenta il 45% del totale dei dipendenti e le donne ricoprono il 74% dei posti totali.

DIPENDENTI – Anno 2017	MASCHI N.	%	FEMMINE N.	%	TOTALI	%
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	1.202	8%	1.208	8%	2.410	16%
ALTRI DIRIGENTI (SANITARI-APT)	113	1%	359	2%	472	3%
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.115	7%	5.657	38%	6.772	45%
PERSONALE OTA, OSS, AUSILIARI	203	1%	1.294	9%	1.497	10%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	449	3%	1.117	7%	1.566	10%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	216	1%	1.092	7%	1.308	9%
ALTRO PERSONALE	610	4%	408	3%	1.018	7%
TOTALE	3.908	26%	11	74%	15.043	100%

La fascia d'età maggiormente rappresentata è quella fra 45-54 anni, che corrisponde al 36% del totale dei dipendenti, mentre la fascia d'età più giovane (< 35 anni) rappresenta il 16% del personale (in crescita rispetto al 14,9% del 2015).

CLASSI ETA'	<= 35		36 - 44		45 - 54		55 - 64		>= 65		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	95	177	246	434	272	269	558	317	31	11	1.202	1.208
ALTRI DIRIGENTI (SANITARI-APT)	11	33	16	84	40	118	43	117	3	7	113	359
PERSONALE INFERMIERISTICO	276	1.278	275	1.260	377	2.254	181	861	6	4	1.115	5.657

CLASSI ETA'	<= 35		36 - 44		45 - 54		55 - 64		>= 65		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
PERSONALE OTA, OSS, AUSILIARI	33	47	59	269	69	529	39	425	3	24	203	1.294
PERSONALE TECNICO SANITARIO	91	227	78	247	142	350	130	288	8	5	449	1.117
PERSONALE AMMINISTRATIVO	15	49	44	176	90	467	64	393	3	7	216	1.092
ALTRO PERSONALE	24	19	121	54	248	138	212	186	5	11	610	408
TOTALE v.a.	545	1.830	839	2.524	1.238	4.125	1.227	2.587	59	69	3.908	11.135
TOTALE % per età	16%		22%		36%		25%		1%		100%	

L'informazione relativa ai dati sulle **percentuali di presenza/assenza** del personale viene elaborata per singola unità operativa ed è pubblicata con cadenza trimestrale nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda, al quali si rimanda per eventuali approfondimenti³.

Turn Over. Nella tabella sottostante sono riportati i dati inerenti le cessazioni dei rapporti di lavoro avvenute nel 2017, a fronte delle quali si è provveduto alla completa copertura del Turn Over per il personale dei ruoli sanitari e dei profili tecnici addetti a funzioni di assistenza o strettamente collegate (OSS, autisti di ambulanza e necrofori) a garanzia dei livelli assistenziali; con riferimento invece al personale del ruolo tecnico, non addetto a funzioni assistenziali e del ruolo professionale e amministrativo, è stata assicurata una parziale copertura del Turn Over 2017, prevalentemente per sopperire a carenze nell'area della gestione sistemi informativi e in quella delle risorse strutturali e tecnologiche, al fine di garantire il rispetto degli standard strutturali, tecnologici e informatici riferiti a impianti, strumenti e tecnologie a supporto dell'attività sanitaria.

Ausl Romagna	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	Totali
Dirigenza	37	42	67	64	210
Comparto	106	76	227	219	628
Totale cessazioni	143	118	294	283	838

Infine, relativamente al **Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale** verrà redatto nei tempi e nei modi stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

³ <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/personale/tassi-di-assenza>

3.5. I DATI ECONOMICI

Conto economico aziendale. L'Azienda Usl della Romagna gestisce un bilancio di oltre 2 miliardi di euro e rappresenta una delle principali aziende della Regione per gli effetti economici che produce sul territorio. L'equilibrio economico-finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale che per le singole Aziende Sanitarie.

Si riporta di seguito la sintesi del conto economico aziendale degli ultimi due esercizi.

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Consuntivo 2017	Consuntivo 2016	Variazione	Variaz. %
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
A.1) Contributi in c/esercizio	1.957.902.488	1.933.154.376	24.748.112	1,28%
A.1.a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	1.899.818.503	1.879.849.910	19.968.593	1,06%
A.1.b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	57.401.601	52.525.895	4.875.707	9,28%
A.1.b.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	35.377.411	32.760.371	2.617.040	7,99%
A.1.b.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-	-
A.1.b.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	-
A.1.b.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-	-
A.1.b.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	281.798	294.866	-13.068	-4,43%
A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici	21.742.392	19.470.658	2.271.735	11,67%
A.1.c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	24.000	72.640	-48.640	-66,96%
A.1.c.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-
A.1.c.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-
A.1.c.3) da Regione e altri soggetti pubblici	24.000	72.640	-48.640	-66,96%
A.1.c.4) da privati	-	-	-	-
A.1.d) Contributi in c/esercizio - da privati	658.383	705.931	-47.548	-6,74%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-7.387.674	-14.501.738	7.114.063	-49,06%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.251.155	3.739.448	-1.488.293	-39,80%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	235.183.571	230.174.045	5.009.526	2,18%
A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	186.737.247	181.536.721	5.200.526	2,86%
A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	24.906.045	27.089.734	-2.183.689	-8,06%
A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	23.540.278	21.547.590	1.992.689	9,25%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	188.674.181	158.114.154	30.560.027	19,33%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	38.091.771	38.232.520	-140.749	-0,37%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	30.271.629	29.094.539	1.177.090	4,05%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	73.817	159.192	-85.375	-53,63%
A.9) Altri ricavi e proventi	6.297.988	5.542.302	755.686	13,63%
Totale A)	2.451.358.925	2.383.708.838	67.650.087	2,84%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
B.1) Acquisti di beni	501.169.859	455.436.073	45.733.786	10,04%
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	491.783.742	445.974.931	45.808.811	10,27%
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	9.386.116	9.461.141	-75.025	-0,79%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	922.576.247	921.165.054	1.411.193	0,15%
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	131.507.290	130.178.960	1.328.330	1,02%
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	121.600.951	124.154.322	-2.553.372	-2,06%
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	89.857.550	79.489.443	10.368.106	13,04%

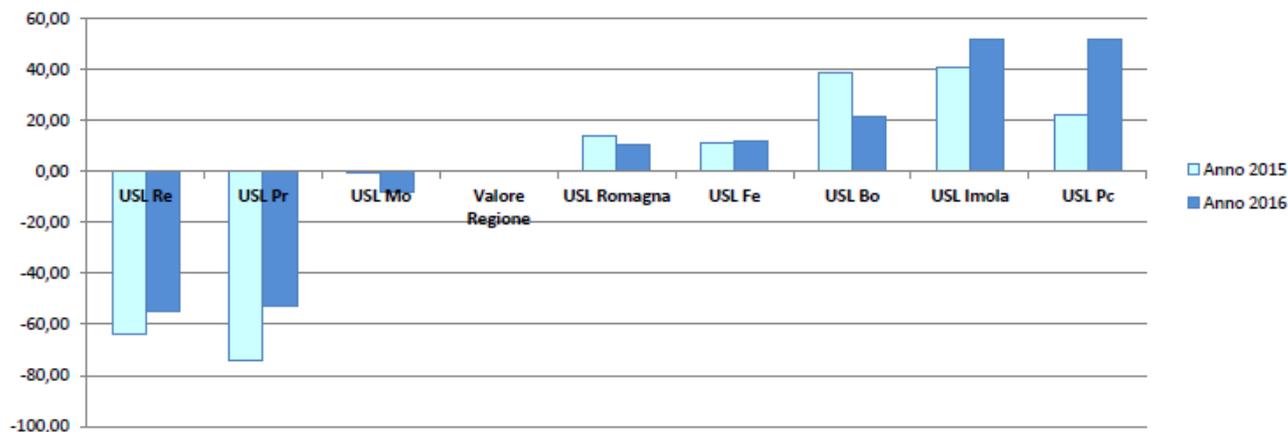
Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Consuntivo 2017	Consuntivo 2016	Variazione	Variaz. %
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	114.258	81.516	32.742	40,17%
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	5.592.592	5.650.837	-58.245	-1,03%
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	16.340.878	16.517.403	-176.525	-1,07%
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	256.801.034	266.309.973	-9.508.939	-3,57%
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	24.650.618	25.178.704	-528.086	-2,10%
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	26.811.420	21.992.924	4.818.496	21,91%
B.2.o) Acquisti prestazioni termali in convenzione	11.388.174	11.963.853	-575.678	-4,81%
B.2.c) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	15.457.301	15.619.374	-162.073	-1,04%
B.2.l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	157.684.239	157.713.629	-29.390	-0,02%
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	18.025.112	19.707.018	-1.681.905	-8,53%
B.2.n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	25.212.236	23.777.586	1.434.650	6,03%
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	7.419.681	7.785.794	-366.113	-4,70%
B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	14.112.913	15.043.718	-930.805	-6,19%
B.2.q) Costi per differenziale □ariffe □□C	-	-	-	-
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	115.082.315	116.873.800	-1.791.485	-1,53%
B.3.a) Servizi non sanitari	112.337.863	113.735.367	-1.397.505	-1,23%
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	852.374	1.650.504	-798.129	-48,36%
B.3.c) Formazione	1.892.079	1.487.929	404.149	27,16%
B.4) □anutenzione e riparazione	39.794.959	39.995.115	-200.156	-0,50%
B.5) □odimento di beni di terzi	24.885.320	24.189.937	695.382	2,87%
B.6) Costi del personale	710.033.204	705.293.129	4.740.075	0,67%
B.6.a) Personale dirigente medico	238.000.158	238.021.764	-21.606	-0,01%
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	28.621.210	27.244.102	1.377.108	5,05%
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	312.199.074	308.829.808	3.369.266	1,09%
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	8.524.933	8.472.667	52.266	0,62%
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	122.687.828	122.724.788	-36.960	-0,03%
B.7) Oneri diversi di gestione	4.284.945	4.260.645	24.300	0,57%
B.8) Ammortamenti	48.461.956	48.299.295	162.660	0,34%
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	1.708.402	1.766.329	-57.927	-3,28%
B.8.b) Ammortamenti dei Fabbricati	30.097.129	29.681.919	415.209	1,40%
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	16.656.424	16.851.047	-194.623	-1,15%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	4.693.320	4.256.811	436.509	10,25%
B.10) Variazione delle rimanenze	-3.594.292	-7.965.969	4.371.678	-54,88%
B.10.a) □ariazione delle rimanenze sanitarie	-3.951.748	-7.977.898	4.026.150	-50,47%
B.10.b) □ariazione delle rimanenze non sanitarie	357.457	11.929	345.528	2896,58%
B.11) Accantonamenti	39.612.817	26.411.124	13.201.693	49,99%
B.11.a) Accantonamenti per rischi	12.771.473	14.937.271	-2.165.798	-14,50%
B.11.b) Accantonamenti per premio operosita□	906.060	856.356	49.703	5,80%
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	7.262.613	2.560.365	4.702.249	183,66%
B.11.d) Altri accantonamenti	18.672.671	8.057.132	10.615.539	131,75%
Totale B)	2.407.000.650	2.338.215.014	68.785.636	2,94%
DI□□. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	44.358.275	45.493.823	-1.135.548	-2,50%

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Consuntivo 2017	Consuntivo 2016	Variazione	Variaz. %
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	303.155	142.386	160.769	112,91%
C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.535.641	2.358.765	-823.124	-34,90%
Totale C)	-1.232.486	-2.216.380	983.893	-44,39%
D) RETTI E DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
D.1) Rivalutazioni	-	-	-	-
D.2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
E.1) Proventi straordinari	15.478.306	15.534.337	-56.031	-0,36%
E.1.a) Plusvalenze	-	7.503	-7.503	-100,00%
E.1.b) Altri proventi straordinari	15.478.306	15.526.834	-48.528	-0,31%
E.2) Oneri straordinari	7.391.803	7.970.073	-578.269	-7,26%
E.2.a) Minusvalenze	168.199	59.616	108.583	182,14%
E.2.b) Altri oneri straordinari	7.223.604	7.910.457	-686.853	-8,68%
Totale E)	8.086.502	7.564.264	522.238	6,90%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B-C-D-E)	51.212.291	50.841.708	370.583	0,73%
IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
0.1) IRAP	49.988.341	49.613.151	375.190	0,76%
0.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	46.304.049	45.940.560	363.489	0,79%
0.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	2.220.667	2.097.778	122.889	5,86%
0.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	1.463.625	1.574.813	-111.188	-7,06%
0.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
0.2) IRES	1.207.000	1.199.000	8.000	0,67%
0.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-
Totale 0)	51.195.341	50.812.151	383.190	0,75%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	16.950	29.557	-12.607	-42,65%

Costo pro-capite per livelli di assistenza. I dati relativi ai costi pro-capite per l'erogazione dell'assistenza⁴, che si riferiscono agli anni 2015 e 2016 (in quanto sono le ultime rilevazioni disponibili in SivER), evidenziano per il 2016 un decremento della spesa pro-capite in Ausl Romagna pari a €. 4,29, sebbene con un valore superiore al dato medio regionale di €. 10,14 (tale scostamento nel 2015 è stato pari a €. 13,79).

⁴ I costi pro-capite rappresentano un indicatore sintetico di misurazione delle risorse effettivamente impiegate dalle Aziende USL per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione residente e vengono calcolati rapportando il costo per livello (e sub-livello) di assistenza alla popolazione pesata di riferimento determinata con i medesimi criteri definiti per il finanziamento del livello stesso.

Grafico 3 - Scostamento del costo medio procapite aziendale (escluso AOSP/AOSPU/IRCCS) dalla media RER



Tuttavia occorre sottolineare che tali quote fanno riferimento ai soli costi pro-capite aziendali (ossia escludendo la parte di contribuzione delle AOSP/AOSPU/IRCCS): considerando anche tali costi, il dato della spesa pro-capite totale per l'Ausl della Romagna si attesta a €. 1.783,48, in calo di €. 6,39 rispetto al 2015 e anche al di sotto della spesa pro-capite regionale pari a €. 1.842,05.

Piano degli investimenti. Nelle schede sottostanti è dettagliato il piano investimenti per il triennio 2016-2018.

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA										Piano Investimenti 2018-2020										
Scheda di rilevazione degli investimenti in corso di realizzazione oppure con progettazione esecutiva approvata										SCHEDA 1										
(gli investimenti di importo superiore a 500.000 euro devono essere esposti dettagliatamente, uno per ogni riga)																				
(1)	(2)	descrizione intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investimento (5)	data inizio lavori (mese anno)	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	totale investimento da realizzare	contributo conto/capitale	mutui (6)	alienazioni (7)	altre forme di finanziamento (8)	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	Previdendi (9)*	Previsione (10)*	Energia (11)*	note
Lavori ambito Ravenna	2013/3 RA	Adeguamento H Faenza: collegamenti verticali e nuovo pronto soccorso	OP	4.800.000	mag-14	1.400.000	707.125			2.107.125	1.057.125	1.050.000				2.107.125				INTERVENTO 303 - mutuo autorizzazione RER del. 843/2008 per 103.000 e con mutuo autorizzazione rer 1129/2012 per 947.000
	2013/4 RA	Adeguamento funzionale ex ospedale di Brisighella a residenza psichiatrica, nucleo delle cure primarie ed attività ambulatoriali	OP	3.150.000	gen-13	380.000				380.000	380.000					380.000				INTERVENTO H38_ collauda dell'opera principale approvato da realizzare alcune opere di completamento.
	2013/6 RA	Adeguamento H Lugo : demolizione e ricostruzione padiglione D	OP	4.275.000	dic-13	2.940.000	840.000			3.780.000	3.255.000	525.000				3.780.000				INTERVENTO 304 allegato B - mutuo autorizzazione RER 1129/2012
	2013/7 RA	Adeguamento prevenzione incendi: impianti rilevazione incendi e diffusione sonora Presidi Ospedalieri (regola tecnica DM 18/09/02)	IMP	3.350.000	apr-13	635.000				635.000	635.000					635.000	X			INTERVENTO H 37
	2013/8 RA	Adeguamento prevenzione incendi: interventi strutturali Presidi Ospedalieri e territoriale (regola tecnica DM 18/09/02)	OP	5.000.000	giu-13	1.400.000	1.282.862			2.682.862	2.682.862					2.682.862	X			INTERVENTO H36
	2013/10 RA	Adeguamento alla norma CEI 81/10 sugli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche per gli edifici ospedalieri dell'AUSL di Ravenna	IMP	681.135	mag-17	681.135				681.135	681.135					681.135	X			INTERVENTO M21 - allegato M
	2010	Verifiche tecniche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie dell'AUSL - Ravenna	OP	445.200	ott-10	102.148				102.148	102.148					102.148		X		Intervento S25 programma regionale - deliberazione n. 595 del 21.10.2010 - Determinazione RER n° 15439 del 11/11/2015
	2013/11 RA	Programma regionale odontoiatria (3ª fase) adeguamento locali per attività odontoiatrica	IMP	40.000	giu-13	40.000				40.000	40.000					40.000				INTERVENTO 14: intervento sospeso per ridefinizione della sede da parte del distretto di faenza (cfr prot 67470 del 09.10.2013)
	2017/33	Brisighella_ Nuovo OSCO_piano di sviluppo rurale	OP	700.000	mag-18	500.000	200.000			700.000	500.000			200.000		700.000				500.000,00 € a fondo perduto da Reg. (UE) N.1305/2013_Misura 7 PSR
	2014/17	AP 57 bis - ampliamento e ristrutturazione del Presidio Ospedaliero di Faenza	OP	7.262.000	ott-16	1.100.000	1.500.000	1.500.000	3.662.000	7.762.000	7.762.000					7.762.000				INTERVENTO AP57 bis
Lavori ambito Forlì	2013/3 FO	H 40 - Adeguamento normativo antisismico e prevenzione incendi padiglione Vallisneri: adeguamento dei collegamenti verticali funzionali e di sicurezza antincendio	OP	5.400.000	giu-12	888.161				888.161	693.467	194.694				888.161	X	X		Intervento n. H 40 ex art.20 L.67/88 - IV FASE - I° stralcio: DC RER 185/2008 - mutuo autorizzazione RER 1129/2012
	2013/27 FO	AP 63 - Ristrutturazione casa della salute grande di Forlimpopoli	OP	420.000	feb-16	270.000				270.000	228.000	42.000				270.000				Intervento n. AP.63 ex art.20 L.67/88 deliberazione CR ER 277/2010 IV FASE - II° stralcio - mutuo autorizzazione RER 1129/2012 - lavori quasi completamente finiti nell'ambito dell'Accordo Quadro da chiedere il rimborso regionale. Fatture riferite al 2017
	2014/20	Adeguamento normativo Casa Residenza per Anziani L.D.Ricci - Premilcuore	OP	40.000	mar-17	40.000				40.000	28.000			12.000		40.000				Ridistribuzione spazi interni per autorizzazione definitiva funzionamento struttura sanitaria - RER contributo da fondo sociale € 28.000 DGR 400/2015 - Intervento n°10 - lavori finiti nell'ambito dell'Accordo Quadro - da chiedere il rimborso regionale. Fatture riferite al 2017
	2014/19	AP 64 - Adeguamenti normativi e funzionali Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì	OP	2.900.000	mar-18	2.500.000	400.000			2.900.000	2.764.000	136.000				2.900.000				Intervento n. AP.64 ex art.20 L.67/88 deliberazione CR ER 277/2010 IV FASE - II° stralcio finanziamento - mutuo autorizzazione RER 1129/2012
	2016/10	Ospedale di Forlì - pad. Morgagni - Ristrutturazione Pronto soccorso	OP	1.000.000	ott-16	600.000				600.000			600.000			600.000				Lavori di manutenzione straordinaria eseguiti nell'ambito dell' Accordo Quadro
Lavori ambito Cesena	2015/1 CE	Ampliamento e ristrutturazione del Pronto Soccorso dell'ospedale M.Bufalini di Cesena	OP	2.350.000	set-18	35.000	1.000.000	1.000.000	315.000	2.350.000	2.350.000					2.350.000				Intervento PB 8 Deliberazione assemblea legislativa n.42/2015 - Determinazione dirigenziale n.15440 del 11/11/2015
	2014/21	AP 67 - Opere di miglioramento strutturale e di potenziamento impiantistico dell'ospedale M.Bufalini di Cesena	OP	4.577.000	apr-16	1.476.286				1.476.286	1.476.286					1.476.286	X	X		AP 67 - Programma finanziario ex art.20 L.67/88 IV fase 2° stralcio
	2014/21 a	AP 67 - Opere di miglioramento strutturale e di potenziamento impiantistico dell'ospedale M.Bufalini di Cesena - Lavori complementari di potenziamento centrale frigorifera	IMP	1.244.000	feb-18	1.244.000				1.244.000	750.000	244.000	250.000			1.244.000	X	X		AP 67 - Programma finanziario ex art.20 L.67/88 IV fase 2° stralcio con realizzazione lavori di potenziamento centrale frigorifera - mutuo autorizzazione RER 1129/2012 - integrazione con finanziamento da alienazioni

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA											Piano Investimenti 2018-2020										
Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di realizzazione oppure con progettazione esecutiva approvata											SCHEDA 1										
(gli investimenti di importo superiore a 500.000 euro devono essere esposti dettagliatamente, uno per ogni riga)																					
(1)	(2)	descrizione intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investimento (5)	data inizio lavori (mese anno)	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	totale investimento da realizzare	contributo conto/capitale	mutui (6)	alienazioni (7)	altre forme di finanziamento (8)	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	Previdenzi (9)*	Previdenza (10)*	Energia (11)*	note	
Lavori ambito Rimini	2013/3 RN	RIMINI, DEA ADEGUAMENTO AMPLIAMENTO. Completamento interno fabbricato DEA OSP. RN 3° Piano - Rep. Cardiologia -	OP	5.000.000	apr-13	500.000				500.000	500.000					500.000				Aggiornamento programma Regionale in sanità - Intervento 307	
	2014/27	AP 69 - Completamento DEA OSPEDALE INFIRMI DI RIMINI 1° stralcio - Piano 5 Area Ostetrica e volumi tecnici	OP	6.200.000	mar-16	1.500.000	500.000			2.000.000	1.588.000		412.000			2.000.000				ex art. 20 IV Fase - 2° stralcio ; intervento AP 69 ; lavori con permuta fabbricato via IX Febbraio (immobile n.3 scheda alienazioni Rimini)	
	2014/27 bis	AP 69 - Completamento DEA OSPEDALE INFIRMI DI RIMINI 2° stralcio - Piano 6° Area Pediatrica	OP	4.700.000	apr-16	1.500.000	1.500.000	323.000		3.323.000	2.721.000		379.000		223.000	3.323.000				ex art. 20 IV Fase - 2° stralcio ; intervento AP 69 ; lavori con permuta podere Le Grazie (immobile n.2 scheda alienazioni Rimini)	
	2014/25	INTERVENTO DI RISTRUTTURAZIONE EDIFICIO PIASTRA C/O OSPEDALE INFIRMI	OP	1.034.000	feb-18	500.000	534.000			1.034.000	1.034.000					1.034.000				Aggior. Programma Reg in sanità - IX- intervento O.9	
	2014/26	Santarcangelo - Ristrutturazione Distretto di Santarcangelo per sedi nuclei primari - Ospedale Franchini	OP	450.000	ott-16	50.000	400.000			450.000	450.000					450.000				Aggior. programma Reg. In sanità - VI - intervento L 32 ; intervento sospeso in attesa della riorganizzazione complessiva del P.O. di S. Arcangelo	
	2014/28	RSA NOVAFELTRIA 1° STRALCIO	OP	3.000.000	ago-17	1.500.000	1.400.000	100.000		3.000.000	1.500.000			1.500.000		3.000.000				RER contributo da fondo sociale € 1.500.000 DGR 400/2015 - finanziamento con risorse aziendali € 1.500.000 Contributi/esercizio precedente anno	
	2014/1	Realizzazione sede attività psichiatriche per superamento OPC - locali ad uso utenti CSM ex REMS - ospedale di Rimini	OP	300.000	giu-16	200.000				200.000	200.000					200.000				Programmi interventi percorso terapeutico - riabilitativo L. n.57/2013 - deliberazione giunta RER 1823/2013	
	2016/1	Ristrutturazione locali ex rianimazione per nuova centrale di sterilizzazione	OP	3.450.000	mag-18	520.000	1.500.000	1.430.000		3.450.000	3.450.000					3.450.000				Intervento PB 9 Deliberazione assemblea legislativa n.42/2015 - Determinazione dirigenziale n.15440 del 11/11/2015	
Lavori Ausl	2016/11	Ristrutturazione e adeguamento dei blocchi operatori e delle aree intensive e completamento della dotazione tecnologica delle aree emergenza e urgenza dell'AUSL della Romagna	OP	13.000.000	mar-18	5.000.000	3.000.000	3.000.000	2.000.000	13.000.000	13.000.000					13.000.000			X	Programma di finanziamento ex art. 20 L. 67/88 IV Fase 2° Stralcio - ADDENDUM - APb24	
	2016/12	Centrali di sterilizzazione: realizzazione ed adeguamento delle sedi aziendali per l'attività di sterilizzazione; intervento a stralci comprensivo delle attrezzature: il stralcio Forlì-Ravenna	OP	1.800.000	mar-18	900.000	900.000			1.800.000		1.800.000				1.800.000				X	Finanziamento con mutuo (autorizzazione RER DGR 1129/2012 ex AUSL RAVENNA e DGR 925/2012 ex AUSL Rimini)
Interventi di riqualificazione energetica	2017/20 a)	Riqualificazione energetica di sedi sanitarie di media dimensione	OP/IMP	1.250.000	apr-18	1.250.000				1.250.000				1.250.000		1.250.000				X	Intervento complessivo euro 6.700.000 Finanziamento 50% circa da Incentivo Conto Energia Termico (stato) e contributo regionale Bando POR FESR ex delibera 610/2016; aggiornamento per modifica prezzi dell'energia e effettivo esito del bando POR-FESR
	2017/21 a)	Realizzazione di interventi di efficienza energetica negli impianti dell'AUSL della Romagna	IMP	1.500.000	mar-18	1.500.000				1.500.000				1.500.000		1.500.000				X	Intervento complessivo euro euro 4.300.000 Finanziamento 40% circa da Incentivo Conto Energia Termico (stato)
Tecnologie biomediche	2017/10	APb25 AMMODERNAMENTO SISTEMI E TECNOLOGIE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		5.433.232	dic-17	5.433.000				5.433.000	4.583.000			850.000		5.433.000				Programma di finanziamento ex art. 20 L. 67/88 IV Fase 2° Stralcio - ADDENDUM - APb25	
	2017/11	Sostituzione acceleratore Rimini		2.500.000			2.500.000			2.500.000	2.500.000					2.500.000				Fondo Regionale	
	2013/14/RN	Allestimento piani DEA		8.332.000			375.419			375.419		375.419				375.419				Finanziamento con mutuo (autorizzazione RER DGR 1129/2012 ex AUSL RAVENNA e DGR 925/2012 ex AUSL Rimini)	
	2016/4	S26: INTERVENTI INDIFFERIBILI ED URGENTI DI AMMODERNAMENTO, SOSTITUZIONE E ACQUISIZIONE TECNOLOGIE S		2.810.000			444.372			444.372	444.372					444.372					
	2017/2	COMPLETAMENTO ACQUISIZIONE TECNOLOGIE (CON GARE IN CORSO)		4.700.000			340.000			340.000				340.000		340.000					
	2017/5	SOSTITUZIONE ANGIOGRAFO VASCOLARE		500.000			500.000			500.000					500.000	500.000					
	2017/6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE RN		1.098.000			1.098.000			1.098.000					1.098.000	1.098.000					
	2018/1	Sostituzione attrezzature urgenti già autorizzate (TC LUGO, mammografi, galenica)		1.500.000			1.500.000			1.500.000				1.500.000		1.500.000					Finanziamento Aziendali Fondi L.P.

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA											Piano Investimenti 2018-2020									
Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di realizzazione oppure con progettazione esecutiva approvata											SCHEDA 1									
(gli investimenti di importo superiore a 500.000 euro devono essere esposti dettagliatamente, uno per ogni riga)																				
(1)	(2)	descrizione intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investimento (5)	data inizio lavori (mese anno)	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	totale investimento da realizzare	contributo conto/capitale	mutui (6)	alienazioni (7)	altre forme di finanziamento (8)	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	Prev. incendi (9)*	Prev. sismica (10)*	Energia (11)*	note
tecnologie informatiche	2018/2	Sistema informativo Azienda USL della Romagna		500.000	gen-18	500.000				500.000				500.000		500.000				Finanziamento Aziendale
beni economici, altro	2018/3	Ambulanze auto medicalizzate		500.000	gen-18	500.000				500.000				500.000		500.000				Finanziamento Aziendale
totale interventi				1.000.000	#	1.000.000	-	-	-	1.000.000	-	-	-	1.000.000	-	1.000.000				
rimborsato rate mutui accesi (parte capitale)										-										
TOTALE				1.000.000		1.000.000	-	-	-	1.000.000	-	-	-	1.000.000	-	1.000.000				
LEGENDA																				
1 Gli interventi vanno elencanti per macrounità di appartenenza (lavori, interventi di manutenzione straordinaria, tecnologie biomediche,...).																				
2 Ogni intervento è identificato da un codice numerico composto dall' Anno in cui per la prima volta l'intervento appare nel Piano Investimenti, e da un numero progressivo. Tale codice rimarrà inalterato fino al compleanno dell'intervento e non potrà essere più utilizzato per altro intervento. La numerazione progressiva degli interventi comincia dalla SCHEDA 1. Quindi a partire dal Piano Investimenti triennale 2013-2015 tutti gli interventi avranno come primo elemento 2013 (Anno inserimento) e il numero progressivo. ES. 2013/21;																				
3 Gli interventi di importo superiore 500.000 euro vanno indicati uno per riga con una descrizione idonea ad identificare l'intervento. Se l'intervento è oggetto di contributo statale o regionale, va tassativamente individuato con il titolo previsto dalla relativa delibera regionale ed esplicitamente riportato anche se di importo inferiore a 500.000 euro. Vanno inoltre indicati nella nota il Programma di finanziamento e il n° dell'intervento. Se l'intervento è di importo inferiore a 500.000 e non oggetto finanziamenti stato/regione può essere riepilogato cumulativamente. Il competente Servizio regionale si riserva tuttavia di richiedere eventuali maggiori dettagli riguardanti gli interventi da realizzarsi.																				
4 Solamente per gli interventi relativi alle macrounità lavori e manutenzione straordinaria va indicata la tipologia prevalente opere edili (OP), impianti (IMP)																				
5 Indicando il valore complessivo dell'investimento; per le immobilizzazioni in corso di realizzazione deve essere indicato il valore totale dell'investimento, comprensivo sia dei lavori già realizzati (anno 2017 e precedenti) che dei lavori ancora da realizzare (anno 2017 e seguenti); per le immobilizzazioni in corso di progettazione questo valore coinciderà con il valore degli investimenti ancora da realizzare (anno 2017 e seguenti);																				
6 Indicare nella nota la Delibera regionale di autorizzazione al mutuo																				
7 Nella nota va riportato il numero progressivo che qualifica l'alienazione immobiliare posta a finanziamento dell'intervento (SCHEDA 4). Va altresì citata, qualora l'alienazione sia già autorizzata, la relativa DGR di autorizzazione all'alienazione del bene immobiliare.																				
8 Qualora tra le fonti vengano indicate Altre modalità di finanziamento (esempio forme di Partenariato Pubblico Privato) le stesse devono essere preventivamente concordate con i competenti Servizi regionali, che devono disporre delle informazioni necessarie per una valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di analisi costi/benefici. Fermo restando il preventivo parere dei Servizi regionali competenti, tra Altre modalità di finanziamento possono essere indicati anche finanziamenti in conto esercizio qualora sussistano le condizioni di equilibrio di bilancio.																				
9 Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un adeguamento alla normativa di prevenzione incendi																				
10 Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali che comportano un miglioramento dei requisiti antisismici																				
11 Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un miglioramento dell'uso razionale dell'energia																				
*A proposito delle note 9,10 e 11 si specifica che, ove sussistano le condizioni, può essere contrassegnata anche più di una colonna.																				

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA										Piano Investimenti 2018-2020									
Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di progettazione										SCHEDA 2									
Gli investimenti di importo superiore a 500.000 euro devono essere esposti dettagliatamente, uno per ogni riga.																			
(1)	identificazio ne intervento (2)	descrizione intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investime nto	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	totale investimento da realizzare	contributo conto/capitale	mutui (5)	alienazioni (6)	altre forme di finanziament o (7)	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	Prev.incentivi	Prev.sinnica	Energia (11)*	note
Lavori Area Ravenna	2018/4	Ristrutturazione spazi Ospedale delle Croci e concentrazione funzioni amministrative 1° stralcio	OP	9.500.000	500.000	1.500.000	3.500.000	4.000.000	9.500.000		1.500.000	5.000.000	3.000.000		9.500.000				Finanziamento con mutuo autorizzazione RER DGR 1129/2012
Lavori area Forlì	2018/5	Ospedale di Santa Sofia - realizzazione di nuova camera calda e sistemazioni esterne - Realizzazione nuova dialisi	OP	550.000	550.000				550.000			550.000			550.000				
	2016/29	Realizzazione di nuova casa della salute di Forlì in area ex Mangelli	OP	10.000.000		5.000.000	5.000.000		10.000.000				10.000.000		10.000.000				Partenariato
	2018/6	Ospedale di Forlì - Riqualficazione aree esterne presidio ospedaliero - FASE I: viabilità pronto soccorso, ampliamento parcheggi - Sistemazione locali 4° Piano edificio Vallisneri per nuova sede direzionale Distretto e Direzionale HomeCare	OP	500.000	500.000				500.000			500.000			500.000				Lavori ordinati e finanziati a fine anno 2017 come Manutenzione Straordinaria - inizio lavori previsto a gennaio 2018
lavori Ausl	2016/21	Realizzazione polo logistico AUSL della Romagna	OP_IMP	40.000.000		1.000.000	5.000.000	34.000.000	40.000.000				40.000.000		40.000.000				Partenariato
	2018/7	Realizzazione del nuovo ospedale di Cesena	OP	156.236.567	120.000	3.000.000	4.900.000	148.216.567	156.236.567	100.000.000	40.000.000	16.236.567			156.236.567				Studio di fattibilità approvato con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL della Romagna n. 520 del 21/11/2017.
Interventi di riqualificazione energetica	2017/20 b)	Riqualificazione energetica di sedi sanitarie di media dimensione	OP/IMP	1.450.000	1.450.000				1.450.000				1.450.000		1.450.000			X	Intervento complessivo euro 6.700.000 Finanziamento 50% circa da incentivo Conto Energia Termico (stato) e contributo regionale Bando POR FESR ex delibera 610/2016; Anno 2018 Interventi di manutenzione straordinaria euro 1.450.000 finanziamento aziendale Aggiornamento per modifica prezzi dell'energia e effettivo esito del bando POR-FESR
	2017/19	Realizzazione e gestione tramite contratto EPC di impianti di trigenerazione nei P.O. di Forlì, Ravenna, Faenza, Lugo e Cesena	IMP	9.500.000		9.500.000			9.500.000				9.500.000		9.500.000			X	Contratto EPC (appalto misto con prevalenza di servizi) auto- finanziato dal risparmio energetico generato e finanziamento aziendale
tecnico																			
tecnologie informatiche																			
beni economici																			
totale			227.736.567	3.120.000	20.000.000	18.400.000	186.216.567	227.736.567	100.000.000	41.500.000	22.286.567	63.950.000	-	227.736.567					

LEGENDA	
1	Gli interventi vanno elencanti per macrounità di appartenenza (lavori, interventi di manutenzione straordinaria, tecnologie biomediche,...)
2	Ogni intervento è identificato da un codice numerico composto dall' Anno in cui per la prima volta l'intervento appare nel Piano Investimenti, e da un numero progressivo . Il primo numero progressivo utile per la SCHEDA 2 sarà quello successivo al numero che identifica l'ultimo intervento della SCHEDA 1. Tale codice rimarrà inalterato fino al compleamento dell'intervento e non potrà essere più utilizzato per altro intervento.
3	Gli interventi di importo superiore 500.000 euro vanno indicati uno per riga con una descrizione idonea ad identificare l'intervento. Se l'intervento è oggetto di contributo statale o regionale, va tassativamente individuato con il titolo previsto dalla relativa delibera regionale ed esplicitamente riportato anche se di importo inferiore a 500.000 euro . Vanno inoltre indicati nella nota il Programma di finanziamento e il n° dell' intervento . Se l'intervento è di importo inferiore a 500.000 e non oggetto di inanziamenti stato/regione può essere riepilogato cumulativamente. Il competente Servizio regionale si riserva tuttavia di richiedere eventuali maggiori dettagli riguardanti gli interventi da realizzarsi.
4	Solamente per gli interventi relativi alle macrounità lavori e manutezione straordinaria va indicata la tipologia prevalente opere edili (OP), impianti (IMP)
5	Indicare nella nota la Delibera regionale di autorizzazione al mutuo
6	Nella nota va riportato il numero progressivo che qualifica l'alienazione immobiliare posta a finanziamento dell'intervento (SCHEDA 4). Va altresì citata, qualora l'alienazione sia già autorizzata, la relativa DGR di autorizzazione all'alienazione del bene immobiliare.
7	Qualora tra le fonti vengano indicate Altre modalità di finanziamento (esempio forme di Partenariato Pubblico Privato) le stesse devono essere preventivamente concordate con i competenti Servizi regionali, che devono disporre delle informazioni necessarie per una valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di analisi costi/benefici. Fermo restando il preventivo parere dei Servizi regionali competenti, tra Altre modalità di finanziamento possono essere indicati anche finanziamenti in conto esercizio qualora sussistano le condizioni di equilibrio di bilancio.
8	Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un adeguamento alla normativa di prevenzione incendi
9	Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali che comportano un miglioramento dei requisiti antisismici
10	Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un miglioramento dell'uso razionale dell'energia
	*A proposito delle note 9,10 e 11 si specifica che, ove sussistano le condizioni, può essere contrassegnata anche più di una colonna.

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA								Piano Investimenti 2018-2020									
Scheda rilevazione programmazione interventi non aventi copertura finanziaria								SCHEDA 3									
Macro Unità (1)	identificazio ne intervento (2)	titolo intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	eventuale copertura finanziaria intervento					Previsione inizio (mese-anno)	Previsione fine lavori (mese-anno)	Previdendi Previsione sismica Energia (11)*	note
									contributo conto/capitale	mutui	alienazioni (5)	contributi in conto esercizio 2018 (6)	altre forme di finanziamenti (7)				
tecnologie biomediche	2018/8	sostituzione attrezzature urgenti già autorizzate (defibrillatori, ecg, frigoriferi, microscopi operatori, pompe siringa, ecc.)		5.146.000	5.146.000												
	2018/9	Sostituzione ecografi (come da piano intercent)		5.500.000	2.000.000	2.000.000	1.500.000										
	2018/10	Sostituzione attrezzature urgenti per progetti aziendali (TC neuroradio, tc radiologia cesena, angio FO, gamma camera faenza, TC Sala NCH, attrezzature LUGO, telepatologia, ecc.)		5.600.000	5.600.000												
	2018/11	Sostituzione letti da degenza (come da richiesta intercent)		3.900.000	2.900.000	500.000	500.000										
beni economici altro	2018/12	Ambulanze auto medicalizzate		2.000.000	2.000.000												
	2018/13	Arredi per ampliamenti e ristrutturazioni edifici Ausl		2.200.000	2.200.000												
Sedi AUS della Romagna	2018/14	Manutenzioni asset edili ed impiantistici con o senza aumento della produzione nel triennio 2018-2020 (quota da finanziare) di cui interventi prevenzione incendi obbligo normativo	OP_IMP	20.000.000	6.000.000	6.000.000	8.000.000										
	2016/16	Lavori di completamento della Centrale frigorifera P.O. Rimini	IMP	2.710.000	2.000.000	710.000										X	Potenziamento e adeguamento impiantistico indispensabile per garantire i fabbisogni estivi di climatizzazione, ora parzialmente coperti con il ricorso ad apparecchiature a noleggio
	2016/23	Riorganizzazione Aree esterne ospedaliere	OP	15.000.000													
tecnologie informatiche	2018/15	Sistema informativo Azienda USL della Romagna		7.300.000	2.300.000	2.500.000	2.500.000										
Adeguamenti normativi	2017/17	Lavori adeguamento prevenzione incendi 2° step DM 19/03/2015 - Poliambulatori con Sup.< 1000 mq - scadenza 18/10/2018 (ipotesi)	OP/IMP	791.000	791.000											X	Decreto del Ministero dell'Interno 19 marzo 2015 (Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002)
	2017/18	Lavori adeguamento prevenzione incendi 2° step DM 19/03/2015 - Ospedali - Poliambulatori con Sup.> 1000 mq - scadenza 24/04/2019 (ipotesi)	OP/IMP	9.622.000	7.000.000	2.622.000										X	Decreto del Ministero dell'Interno 19 marzo 2015 (Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002)
	2016/18	Interventi per la riduzione del rischio incendi in tutti i presidi sanitari dell'Azienda (ospedali - poliambulatori - strutture residenziali) al netto degli interventi programmati per il 2016 e per il 2018-2019	OP	20.000.000				20.000.000								X	Decreto del Ministero dell'Interno 19 marzo 2015 (Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002)
	2016/18 BIS	Interventi per la riduzione del rischio incendi in tutti i presidi non sanitari dell'Azienda	OP	7.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	4.000.000									D.P.R. 1° agosto 2011, n.151 (Regolamento recante semplificazioni della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione degli incendi)
	2016/19	Interventi per la riduzione del rischio sismico in tutti i presidi dell'Azienda	OP	45.000.000													
	2016/20	Interventi di riduzione del rischio derivanti dai documenti aziendali ex D.Lgs. n. 81/2008	OP	4.500.000													

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA									Piano Investimenti 2018-2020												
Scheda rilevazione programmazione interventi non aventi copertura finanziaria									SCHEDA 3												
Macro Unità (1)	identificazio ne intervento (2)	titolo intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investiment o	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	eventuale copertura finanziaria intervento												
									contributo conto/capitale	mutui	alienazioni (5)	contributi in conto esercizio 2018 (6)	altre forme di finanziamenti (7)	Previsione inizio (mese-anno)	Previsione fine lavori (mese-anno)	Previd incendi	Previs sismica	Energia (11)*	note		
Interventi di riqualificazione energetica	2017/20 c)	Riqualificazione energetica di sedi sanitarie di media dimensione	OP/IMP	4.000.000		3.434.000	566.000													Intervento complessivo euro 6.700.000 Finanziamento 50% circa da incentivo Conto Energia Termico (stato) e contributo regionale Bando POR FESR ex delibera 610/2016; Anno 2018 Interventi di manutenzione straordinaria euro 1.570.000 interventi di manutenzione ciclica euro 1.130.000. Aggiornamento per modifica prezzi dell'energia e effettivo esito del bando POR-FESR	
	2017/21 b)	Realizzazione di interventi di efficienza energetica negli impianti dell'AUSL della Romagna	IMP	2.800.000			2.800.000													Intervento complessivo euro euro 4.300.000 Finanziamento 40% circa da incentivo Conto Energia Termico (stato); Anno 2018 Interventi di manutenzione ciclica	
Lavori Area Ravenna	2014/18	Realizzazione di casa della Salute a Lugo (operazione con il Comune di Lugo)	OP	2.600.000																Per il prosieguo della procedura il comune di Lugo deve riscontrare le note prot. 25179 del 07.04.2014 e prot. 65378 del 29.09.2014.	
	2017/23	Nuovi spogliatoi DEA nel P.O. di Ravenna	OP	570.000																	
	2017/24	Ambulatori Oculistica e Otorino del P.O. di Ravenna	OP	2.000.000																	
	2017/25	Adeguamento e riqualificazione P.O. di Ravenna e realizzazione nuova sede direzione generale in area ospedaliera	OP	12.000.000																	prevista permuta con sede via De Gasperi Ravenna già valutata da agenzia entrate
	2017/27	Completamento adeguamento sedi DSM di Ravenna: centro salute mentale e residenza sanitaria psichiatrica	OP	5.000.000																	
	2016/28	Ho Lugo collegamento coperto tra pad. D e pad. A	OP	200.000																	
	2014/35	Copertura presidio di Bagnacavallo	OP	200.000																	economia di spazi e casa della salute
	2014/36	riqualificazione del presidio di Castelbolognese	OP	250.000																	
	2017/29	Presidio Ospedaliero di Faenza _anello gas medicali; Presidio Ospedaliero di Lugo _realizzazione percorso e accesso protetto disabili e barellati	IMP	420.000																	Intervento URGENTE da realizzare nell'ambito dell'adeguamento delle strutture sanitarie alla Reg.Tecnica prev. Incendi.
	2017/30	Presidio Ospedaliero di Lugo _ristrutturazione blocco operatorio ortopedia	OP_IMP	600.000																	
	2017/31	Ho Lugo _Ampliamento e messa a norma laboratorio galenico esistente per creazione laboratorio aziendale linee sterile e non sterile	OP_IMP	200.000																	
	2017/32	Fusignano _trasferimento centro Galassia	OP	600.000															X		Intervento URGENTE da realizzare nell'ambito dell'adeguamento delle strutture sanitarie alla Reg.Tecnica prev. Incendi.
2017/34	Presidio Ospedaliero di Faenza - Blocco 11 ristrutturazione piani I e II	OP IMP	560.000																		
2014/41	adeguamento sede SERT via Bosi a Lugo	OP	650.000																	soluzione alternativa con utilizzo dell'edificio di viale masi denominato "ex scuola gardenghi" nell'ambito di un accordo di programma con il comune di Lugo. Mutuo autorizzazione Regionale del 1129/2012	

AZIENDA USL DELLA ROMAGNA									Piano Investimenti 2018-2020													
Scheda rilevazione programmazione interventi non aventi copertura finanziaria									SCHEDA 3													
Macro Unità (1)	identificazio ne intervento (2)	titolo intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	eventuale copertura finanziaria intervento													
									contributo conto/capitale	mutui	alienazioni (5)	contributi in conto esercizio 2018 (6)	altre forme di finanziamento (7)	Previsione inizio (mese-anno)	Previsione fine lavori (mese-anno)	Previd.incendi	Previd.sismica	Energia (11)*	note			
Lavori Area Forlì	2017/35	Ospedale di Forlì - Ristrutturazione edificio tecnico in disuso per realizzazione nuova sede 118	OP	650.000	150.000	500.000																
	2014/45	Ospedale di Forlì - Ristrutturazione pad. Allende per realizzazione nuovo Reparto Recupero e Rieducazione Funzionale	OP	1.500.000	500.000	1.000.000																
	2014/42	Ospedale di Forlì - Riqualificazione aree esterne presidio ospedaliero FASE II: completamento parcheggi, riqualificazione area verde, ecc...	OP	400.000																	Completamento accesso dell'emergenza ed accettazione al Presidio ospedaliero Morgagni-Pierantoni, realizzazione di nuovo parcheggio a servizio del padiglione Allende, riqualificazione delle aree verdi ecc...	
	2016/30	Ospedale di Forlì - Ristrutturazione ed ampliamento edifici tecnici in disuso per uffici, officine e archivi	OP	900.000																	Ristrutturazione ed ampliamento per creazione spazi funzionali al nuovo assetto aziendale ospedaliero (transit-point/centro ausili, archivi, ecc.)	
	2016/31	Ospedale di Forlì - Risanamento facciate esterne edifici storici (pad. Vallisneri e pad. Allende)	OP	800.000																	interventi volti al risanamento ed alla conservazione degli edifici storici	
	2016/32	Ospedale di Forlì - Ristrutturazione padiglione Vallisneri (3° piano Oculistica e Day Surgery, Dialisi 2° piano, 1° piano Centro Prelievi e Centro Antidiabetico, ecc.)	OP	7.500.000															X	X	X	
	2014/34	Ospedale di Forlì - Efficientamento energetico (trigenerazione, fotovoltaico, centrale frigorifera ad altissima efficienza, ecc.)	OP	3.000.000															X	X	X	
Lavori Area a Cesena	2017/38	Opere di ristrutturazione interna e modifiche all'area di pertinenza della casa della salute Valle del Savio" di Mercato Saraceno per la collocazione di nuovi servizi socio-sanitari	OP	200.000		200.000							200.000								Contributo al comune di Mercato Saraceno che, con questo progetto, partecipa al programma di sviluppo rurale (PSR 2014-2020) - Operazione 7.4.01 "Strutture polifunzionali per la popolazione" - Quadro economico complessivo €. 700.000	
	2014/22	Realizzazione di casa della salute presso la struttura ospedaliera G.Marconi di Cesenatico	OP	2.000.000																		
	2016/35	Primi interventi di riqualificazione dell'area e degli immobili residui dell'ospedale Bufalini di Cesena in rapporto agli sviluppi del progetto di realizzazione della nuova sede ospedaliera (primo stralcio)	OP	4.100.000																		Ottimizzazione delle aree di sosta dell'ospedale M.Bufalini. Progetto elaborato dal comune di Cesena che ha in gestione le aree di sosta dell'ospedale Bufalini.
	2016/38	Adeguamento degli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche per tutte le strutture dell'ambito territoriale di Cesena	IMP	800.000																		Adeguamenti normativi
	2016/39	centrali di sterilizzazione : realizzazione ed adeguamento delle sedi aziendali per l'attività di sterilizzazione ; intervento a stralci comprensivo delle attrezzature : III stralcio Cesena	OP	1.500.000																		il progetto di adeguamento prevede l'ottimizzazione e la concentrazione delle attività componenti il processo di sterilizzazione
	2016/40	Ampliamento area di degenza calda della medicina Nucleare dell'ospedale Bufalini di Cesena	OP	400.000																		Adeguamento e potenziamento dei locali alle esigenze sanitarie

LEGENDA	
1	Gli interventi vanno elencanti per macrounità di appartenenza (lavori, interventi di manutenzione straordinaria, tecnologie biomediche,...) secondo criteri di priorità
2	Ogni intervento è identificato da un codice numerico composto dall' Anno in cui per la prima volta l'intervento appare nel Piano Investimenti, e da un numero progressivo . Il primo numero progressivo utile per la SCHEDA 3 sarà quello successivo al numero che identifica l'ultimo intervento della SCHEDA 2 . Tale codice rimarrà inalterato fino al compleamento dell'intervento e non potrà essere più utilizzato per altro intervento.
3	Gli interventi di importo superiore 500.000 euro vanno indicati uno per riga con una descrizione in nota idonea ad identificare l'intervento. Se l'intervento è di importo inferiore a 500.000 può essere riepilogato cumulativamente; il competente Servizio regionale si riserva di richiedere eventuali maggiori dettagli sui singoli interventi.
4	Solamente per gli interventi relativi alle macrounità lavori e manutezione straordinaria va indicata la tipologia prevalente opere edili (OP), impianti (IMP)
5	Nella nota va riportato il numero progressivo che qualifica l'alienazione immobiliare posta a finanziamento dell'intervento (SCHEDA 4). Va altresì citata, qualora l'alienazione sia già autorizzata, la relativa DGR di autorizzazione all'alienazione del bene immobiliare.
6	In questa colonna vanno riportati gli importi dei contributi in conto esercizio per interventi relativi al 2017. Non è possibile prevedere copertura finanziaria di interventi con contributi in conto esercizio da imputare ad esercizi successivi al 2017.
7	Qualora tra le fonti poste a copertura finanziaria degli i interventi vengano indicate Altre modalità di finanziamento (con particolare riferimento alle forme dio Partenariato Pubblico Privato) , le stesse devono essere preventivamente concordate con i competenti Servizi regionali, che devono disporre delle informazioni necessarie per una valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di analisi costi/benefici.
8	Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un adeguamento alla normativa di prevenzione incendi
9	Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali che comportano un miglioramento dei requisiti antisismici
10	Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un miglioramento dell'uso razionale dell'energia
	*A proposito delle note 9,10 e 11 si specifica che, ove sussistano le condizioni, può essere contrassegnata anche più di una colonna.

3.6. COME OPERIAMO

La Deliberazione n. 524 del 07.07.2015, avente ad oggetto “Provvedimenti organizzativi a seguito della positiva verifica regionale dell’atto aziendale: approvazione assetto organizzativo AUSL Romagna”, ha dato avvio alla prima fase di riorganizzazione successiva all’unificazione delle 4 ex Aziende USL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini. In tale documento viene declinato il macrodisegno organizzativo in applicazione dei valori e dei principi sanciti dall’Atto Aziendale. Nell’arco del biennio 2016-2017 la struttura organizzativa dell’Azienda ha visto l’avvio di un importante processo di riordino, prevalentemente incentrato sulla definizione del documento “Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione Ospedaliera” approvato in data 09.01.2017 dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria e ratificato con Delibera del Direttore Generale n. 482 del 24.10.2017, segnando così un importante passo avanti nel percorso di consolidamento strutturale ed organizzativo di questa Azienda e un primo importante step a compimento del percorso di riduzione/riconversione volto al raggiungimento della dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati, come indicato nella DGR 2040/2015.

Nel corso del 2017 sono stati definiti anche i nuovi assetti organizzativi delle Direzioni Tecniche e dei Dipartimenti Territoriali di Sanità Pubblica e Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, rinvenibili nei seguenti atti del Direttore Generale:

- Delibera nr. 246 del 07.06.2017 – “ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDA USL DELLA ROMAGNA: DIREZIONE TECNICA "DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA";
- Delibera nr. 247 del 07.06.2017 – “ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDA USL DELLA ROMAGNA DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 524 DEL 07/07/2015 - DETERMINAZIONI IN MERITO ALLA DIREZIONE TECNICA "DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI";
- Delibera nr. 248 del 07.06.2017 – “ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDA USL DELLA ROMAGNA DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 524 DEL 07/07/2015 - DETERMINAZIONI IN MERITO ALLA DIREZIONE TECNICA "ASSISTENZA FARMACEUTICA";
- Delibera nr. 60 del 07.03.2018 – “ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDA USL DELLA ROMAGNA DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 524 DEL 07/07/2015 - DETERMINAZIONI IN MERITO AL RIORDINO DEL DIPARTIMENTO SANITA’ PUBBLICA E DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE”.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore delle Attività socio sanitarie costituiscono la Direzione Generale ed esercitano il governo strategico, clinico ed economico-finanziario dell’Azienda.

La Direzione Generale, nell’esercizio della funzione di governo, si avvale dei Direttori di Distretto, dei Responsabili di ambito territoriale e delle Direzioni Tecniche Aziendali.

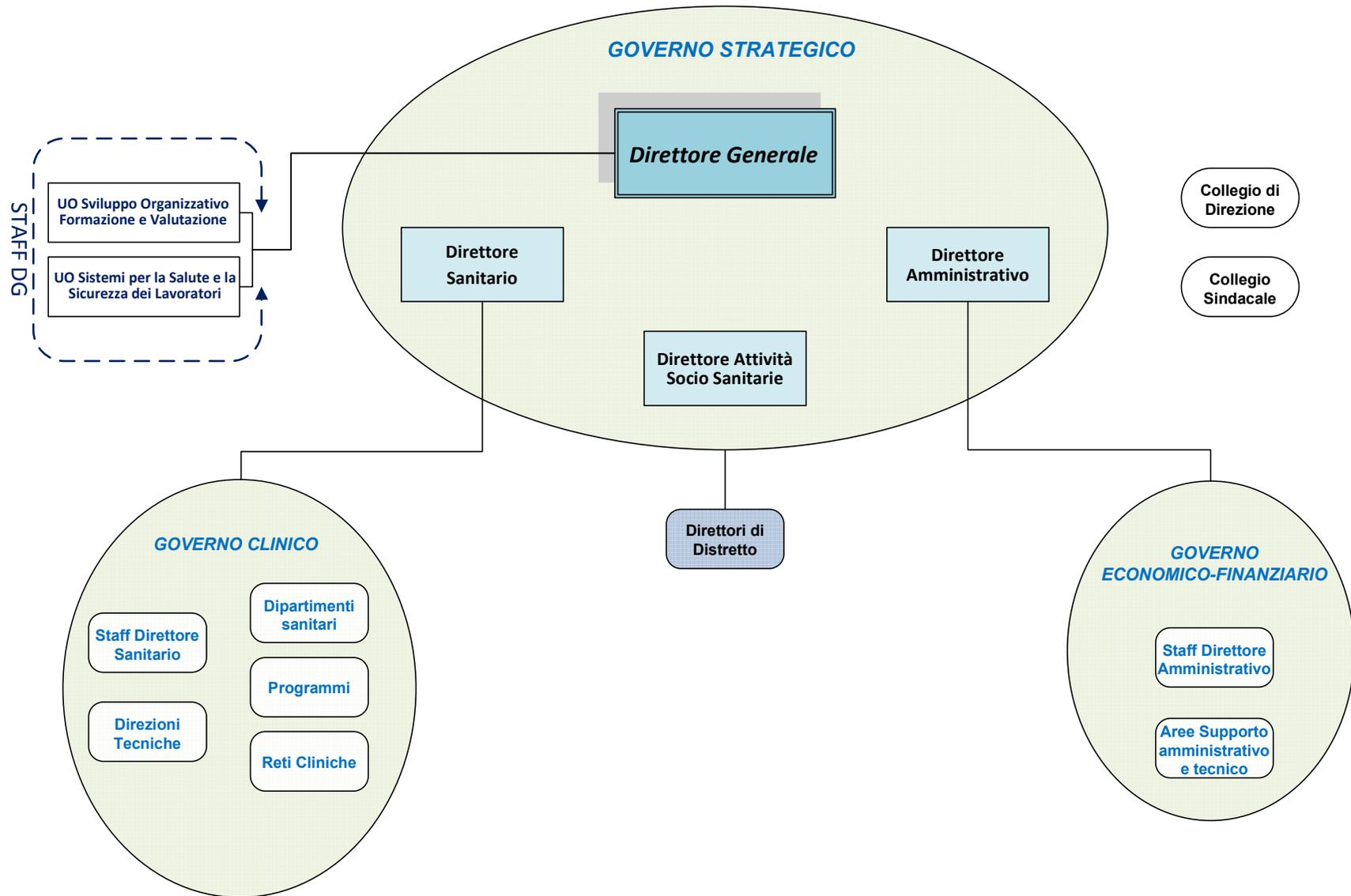
L’articolazione aziendale prevede l’organizzazione in:

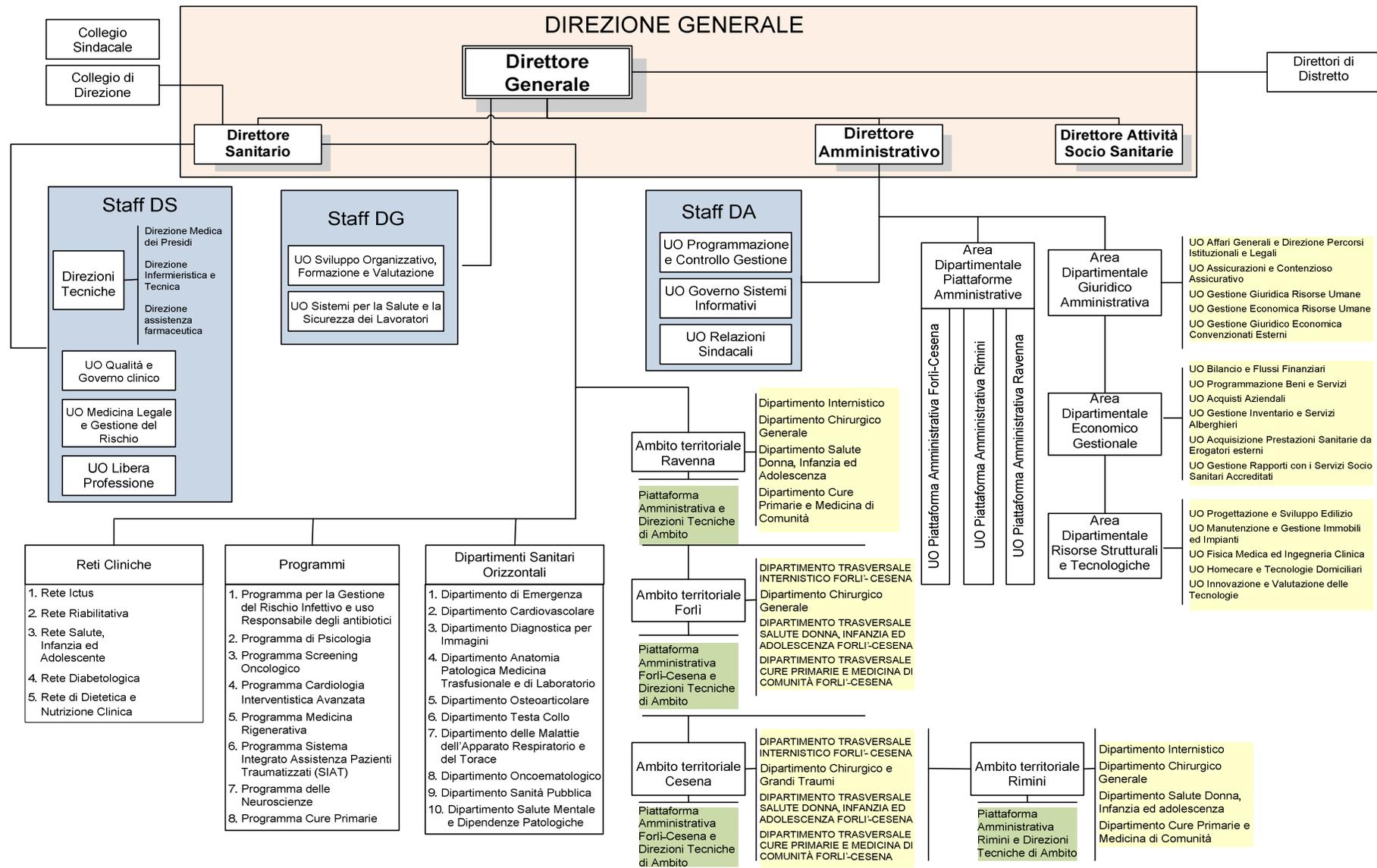
- Presidi Ospedalieri
- Ospedali
- Dipartimenti di produzione ospedaliera

- Dipartimenti di produzione territoriale
- Unità Operative

Nelle pagine seguenti sono rappresentati a livello macro il funzionigramma e l'organigramma dell'attuale assetto organizzativo dell'Azienda USL della Romagna⁵:

⁵ Per maggiori dettagli sull'articolazione aziendale si rimanda al sito internet istituzionale dell'Azienda USL della Romagna all'indirizzo: <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/organizzazione/articolazione-degli-uffici>





Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva e assicura il governo unitario dell'Azienda, nel rispetto dei principi d'imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'amministrazione e dei criteri di efficacia, appropriatezza ed efficienza.

Il Direttore Generale assicura, in coerenza con i principi, gli obiettivi, gli indirizzi e le direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari, il perseguimento della missione aziendale, coadiuvato dal Collegio di Direzione e dal Collegio Sindacale e avvalendosi degli organismi e delle strutture organizzative dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è l'organo dell'Azienda che assicura la partecipazione decisionale ed organizzativa dei professionisti, orientandone lo sviluppo ai bisogni della popolazione, agli standard più avanzati di assistenza sanitaria e di integrazione socio-sanitaria e all'implementazione degli strumenti del governo clinico.

Il Collegio formula proposte e pareri per l'elaborazione delle strategie aziendali, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, le attività di formazione, ricerca ed innovazione.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale ha compiti di vigilanza e controllo sulla regolarità amministrativa e contabile.

Il Direttore Sanitario e la Direzione Sanitaria Aziendale

Il Direttore Sanitario partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza dalle norme e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale. E' responsabile della conduzione della Direzione Sanitaria dell'Azienda, intesa quale struttura organizzativa che conferisce coerenza d'azione alle differenti competenze tecniche che occorre mobilitare e coordinare per assicurare un sistema di produzione dell'assistenza integrato e rispettoso dei principi del governo clinico.

La Direzione Sanitaria, a sua volta, è composta dalla Direzione Medica dei Presidi, dalla Direzione Infermieristica e Tecnica e dalla Direzione dell'Assistenza Farmaceutica, ognuna dotata di una specifica autonomia operativa.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza dalle norme e concorre, con la formulazione di proposte e pareri al governo aziendale. Garantisce che i sistemi e le organizzazioni di carattere amministrativo di supporto all'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria siano orientati ai processi produttivi e ne assecondino l'evoluzione nel tempo.

Il Direttore delle attività socio-sanitarie

Il Direttore delle Attività Socio-Sanitarie coordina il processo di integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Presidia la coerenza tra lo sviluppo degli interventi socio-sanitari e la compatibilità economica degli stessi, in rapporto alle risorse assegnate, con particolare riguardo al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Partecipa al processo di pianificazione strategica e concorre, con proprie proposte e pareri, alla formulazione delle decisioni della Direzione Aziendale. Al Direttore delle Attività Socio-Sanitarie compete la funzione di coordinamento tecnico a livello aziendale, delle attività riconducibili all'integrazione socio-sanitaria, che sono affidate ai singoli Direttori di Distretto.

Il Direttore del Distretto.

Il Direttore di Distretto è il principale interlocutore territoriale degli Enti Locali e le sue funzioni si esplicano in particolare in relazione con il Comitato di Distretto, nell'ambito di una programmazione partecipata, promuovendo e sviluppando la collaborazione con la popolazione e le sue forme associative, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento.

Il Direttore di Distretto, in qualità di componente del Comitato di Distretto assicura lo sviluppo degli interventi socio-sanitari, compatibilmente con le risorse definite nella programmazione, con particolare riguardo al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, garantendo il rispetto degli impegni assunti dall'Azienda. A questo fine si rapporta con l'Ufficio di Piano e con il Direttore delle Attività Sociali e Sanitarie cui compete la funzione di coordinamento tecnico, a livello aziendale, delle attività riconducibili all'integrazione socio-sanitaria, affidate per la gestione ai singoli Direttori di Distretto.

Il Direttore di Distretto svolge una funzione strategica nell'attività di committenza aziendale interna ed esterna, con particolare riferimento alla definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie dei residenti nel territorio del distretto.

L'assetto organizzativo e il modello operativo

La nascita dell'Azienda USL della Romagna ha richiesto un enorme lavoro di unificazione e di trasformazione organizzativa ed i criteri con i quali si sono rappresentate le Unità Operative complesse aggregate nei Dipartimenti e negli staff sono stati i seguenti:

- i dipartimenti sanitari sono riorganizzati in funzione delle indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DS Salute 70/2015";
- le strutture complesse rappresentate nelle funzioni di staff e nelle aree dipartimentali sono le nuove posizioni di responsabilità previste nell'assetto tecnico-amministrativo e di staff che superano le preesistenti Unità Operative.

Con riferimento ai servizi sanitari, nelle more della completa applicazione della Delibera nr. 482 del 24.10.2017 – "ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDA USL DELLA ROMAGNA DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 524 DEL 07/07/2015 - DETERMINAZIONI IN MERITO AL RIORDINO DELLA

RETE OSPEDALIERA”, l’organizzazione aziendale prevede la presenza di Dipartimenti Orizzontali, vale a dire trasversali fra più ambiti territoriali (Emergenza, Cardiovascolare, Diagnostica per Immagini, Anatomia Patologica Medicina Trasfusionale e Laboratorio, Osteoarticolare, Testa-collo, Malattie dell’Apparato Respiratorio e del Torace, Oncoematologico, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Sanità Pubblica), di Dipartimenti Verticali e di Dipartimenti Trasmurali (Salute Donna Infanzia e Adolescenza, Cure Primarie e Medicina di Comunità)⁶.

L’Azienda si configura come un’organizzazione di tipo reticolare, modello organizzativo e funzionale che meglio risponde alla realtà demografica e sociale del territorio della Romagna, caratterizzato da un elevato indice di dispersione della popolazione e policentrico. La logica reticolare rappresenta una risposta alle esigenze di integrazione delle funzioni assistenziali, a garanzia di un’offerta alla popolazione di servizi di qualità, sostenibili nel tempo, assicurando la continuità assistenziale per ambiti distrettuali. Il reticolo è l’adattamento al territorio romagnolo del tradizionale modello hub e spoke, accentuandone le caratteristiche di cooperazione tra i nodi, favorendo la mobilità dei professionisti e l’assistenza distribuita o centralizzata, adottando il criterio dell’intensità di cure combinando, nel modo più opportuno, lo specifico bisogno del paziente con la competenza dei professionisti e le caratteristiche della struttura.

Al fine di garantire alle cittadine e al cittadino la presa in carico globale e la risposta più appropriata, tutti i presidi dell’Azienda vanno considerati come strutture di un grande ospedale reticolare.

L’Azienda considera la comunicazione una delle leve strategiche per il raggiungimento dei propri obiettivi ed attribuisce alla comunicazione una profonda valenza relazionale finalizzata all’ascolto, all’accoglienza e alla presa in carico di tutte le cittadine e i cittadini che necessitano dei servizi offerti.

L’Azienda sviluppa una politica dell’appropriatezza dei consumi sanitari, anche attraverso una sempre maggiore alfabetizzazione sanitaria adottando a tal fine strategie di partnership con le cittadine e i cittadini.

L’Azienda, per il governo e l’orientamento della domanda di salute sul territorio, sviluppa forti sinergie con i medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera scelta e i Medici di Continuità Assistenziale.

L’Azienda persegue modelli organizzativi centrati realmente sulle persone e sulla continuità della cura e non sulle malattie, implementando un’organizzazione per intensità di cure, programmi di medicina di genere, di medicina d’iniziativa e di case management.

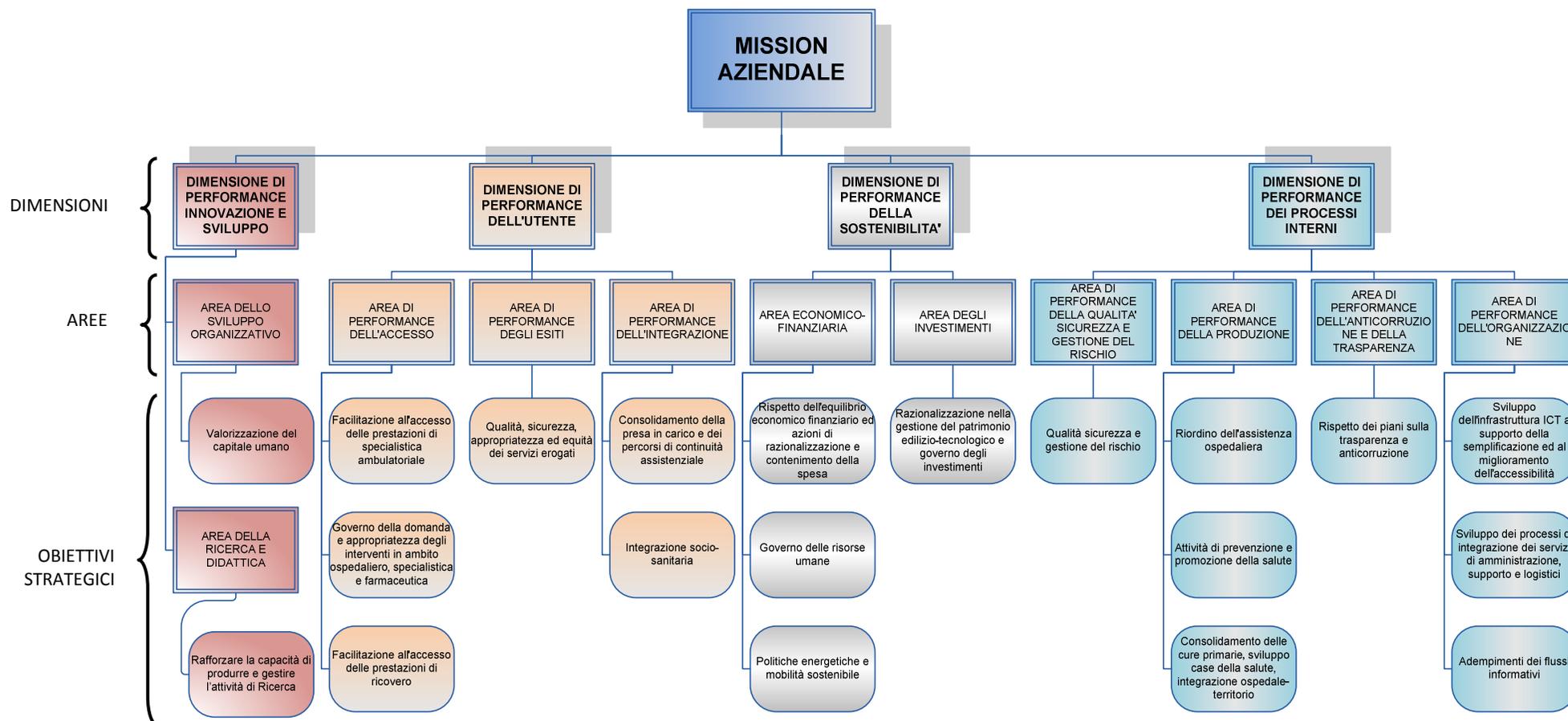
⁶ Per approfondimenti si rimanda al modello organizzativo descritto nel documento “Assetto Organizzativo AUSL della Romagna” allegato alla Deliberazione n. 524/2015, disponibile alla seguente pagina internet: <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/item/44-assetto-organizzativo-del-dg-524-2015>

L'Azienda riconosce nel rapporto di collaborazione e cooperazione con le Università, che operano all'interno del contesto regionale, nazionale ed internazionale, anche attraverso forme organizzative strutturate, uno strumento di rilevante portata strategica per la produzione e circolazione della conoscenza.

L'Azienda si impegna ad aumentare la sua visibilità e trasparenza interna ed esterna, la sua comprensione ed accettazione da parte di tutti i portatori d'interesse. A tal fine l'Azienda si impegna affinché le culture professionali ed organizzative dei preesistenti ambiti aziendali si incontrino arricchendosi vicendevolmente, trasformandosi tramite processi di scambio culturali, con l'obiettivo di far proprie le migliori soluzioni adottate dalle Aziende precedenti.

4. Gli impegni strategici e le dimensioni della performance

Al fine di facilitare la lettura dell'articolato insieme delle strategie da perseguire, si è scelto di rappresentarle in forma tabellare, seguendo la rappresentazione del sottostante **albero della performance**. Le strategie di intervento, gli obiettivi e le azioni sono, pertanto, articolati per livelli che si identificano con le Dimensioni e le Aree della performance.



L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, obiettivi strategici e piani d'azione. In estrema sintesi, fornisce una rappresentazione completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. Annualmente, l'insieme degli obiettivi strategici che devono essere perseguiti in quell'anno dovrà trovare esplicitazione nel "Documento di Linee Guida" per le strutture operative dell'Ausl della Romagna; documento che costituisce la base per l'avvio del processo di negoziazione degli obiettivi di budget con le singole strutture. Gli obiettivi di budget costituiscono l'insieme delle azioni da realizzare nell'anno per portare a compimento le macro linee di indirizzo strategico. La valutazione dei risultati ottenuti, in termini di grado di realizzazione degli obiettivi di budget assegnati alle singole strutture operative nell'anno, costituisce la misura della performance organizzativa dell'Azienda.

Le strategie individuate trovano la loro definizione con riferimento, oltre che alle esigenze interne e peculiari dell'Azienda della Romagna, anche a:

- Obiettivi di Mandato del Direttore Generale della Azienda USL della Romagna (DGR 167/2015);
- Linee di programmazione e finanziamento regionale 2018 (DGR 919/2018);
- DGR 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. 70/2015";
- Atto Aziendale e Assetto Organizzativo;
- Contesto economico-finanziario.

Tra i vincoli di programmazione assume naturalmente particolare rilievo la disponibilità di risorse economiche, che nella attuale fase temporale non può essere definito con precisione. Il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, dovrà pertanto essere perseguito con una attenta programmazione dei costi di produzione che consenta di mantenere il costo pro-capite per livello di assistenza allineato alle migliori performance aziendali regionali.

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

Il percorso di budget per l'anno 2018 mette al centro della programmazione i "*percorsi clinici*". Da circa un anno la Direzione ha sostenuto lo sviluppo di oltre 25 gruppi di lavoro su importanti temi sanitari per individuare procedure scaturite dall'esperienza diretta e guidate dall'impegno personale e dalla ricerca. Rispetto a questi percorsi individuati quali prioritari, vanno superate le differenze e le criticità che ancora ci caratterizzano per assicurare la migliore risposta possibile e in maniera equa a tutta la nostra popolazione a livello aziendale.

Sul versante dell'Area Amministrativa e Tecnica, oltre alla tempestiva e congrua definizione della programmazione annuale in tema di manutenzioni ed investimenti, politiche del personale e sviluppo del sistema informativo aziendale, le priorità si riscontrano in materia di sicurezza dei dati personali per dare effettiva attuazione al Regolamento Privacy UE 2016/679, al completamento del percorso finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e del bilancio dell'Azienda (PAC) ed alla riorganizzazione del percorso sugli acquisti e la logistica dei beni per garantire sempre maggiore trasparenza dei percorsi e precisa definizione dei fabbisogni.

Nelle schede sottostanti sono riportati - nel singolo dettaglio - gli obiettivi strategici che compongono il piano triennale 2016-2018 suddivisi per dimensione ed area della performance, le relative azioni/interventi da attivare per il conseguimento di tali obiettivi e gli standard di risultato atteso (alcuni afferenti a SIV-ER altri definiti dall'Azienda in quanto rilevanti).

Tutti gli specifici obiettivi di ogni Area della Performance afferenti al sistema di valutazione regionale SIV-ER sono declinati nel successivo capitolo 6, comprensivi dell'evoluzione attesa nel triennio espressa in forma qualitativa rispetto al risultato conseguito nel 2017, in modo da verificare in sede di consuntivo il reale effetto delle azioni messe in campo dall'Azienda.

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
A) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	A 1) AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015</p> <p>Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento dei tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per mezzo dell'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15) - Favorire la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista attraverso l'incremento delle prescrizioni dei controlli da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente senza rinvio al MMG - Mantenimento/ampliamento delle prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa disponibili in prenotazione online su CUPWEB regionale - Monitoraggio DGR 377/2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg: >= 90% • Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg: >= 90% • Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%): > 2017 • Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%): >=80% • Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente: < 2017
	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015</p> <p>Facilitazione all'accesso delle prestazioni di ricovero</p>	<p>In riferimento alla DGR 272/2017, gli obiettivi sull'area dell'accesso alle prestazioni di ricovero saranno orientati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con indicazioni regionali (circolare 7/2017 e nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017) - Controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale - Gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione - Potenziamento della offerta per le aree a maggior criticità (committenza interna ed esterna per la chirurgia minore) - Governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati - Corretta e completa alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA - Ottimizzazione utilizzo sale operatorie e programmazione attività chirurgica - Predisposizione materiali informativi uniformi a livello aziendale inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato 	<ul style="list-style-type: none"> • TdA tumori selezionati: 90% entro 30 gg • TdA protesi d'anca: 90% entro 180 gg • TdA altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro classe di priorità segnalata • % interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione:>75% • Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione: 100% • Corretta alimentazione del nuovo flusso informativo per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA 	

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
A) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	A 1) AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO	OBIETTIVO DI MANDATO 1.6 DGR 167/2015 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistica e farmaceutica	<u>Cure palliative</u> - Completare la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) come previsto dalla DGR 560/2017 e DPCM 12 Gennaio 2017 - Realizzare formazione per gli operatori che operano nelle strutture che interagiscono con la rete di cure palliative - Formalizzazione di un team di riferimento per le Cure Palliative Pediatriche	<ul style="list-style-type: none"> • Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore: >= 45% • Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore
			<u>Salute Mentale Adulti</u> - Contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alla visita specialista nei servizi di Salute Mentale - Applicazione del progetto regionale "Adolescenza" (DGR 590/2013) e delle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" (Circolare DG Cura della persona salute e welfare n. 1/2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti: <= 12 gg • Numero dei coordinamenti socio-sanitari sull'adolescenza istituiti a livello distrettuale: =1 • Numero di equipe funzionali per adolescenti attivate: >=1
			<u>PRIA</u> - Applicazione del Programma Regionale Integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro Autistico (DGR 212/2016) e designazione del referente che dovrà curare l'utilizzo sperimentale del protocollo diagnostico per adulti - Garantire nella fascia di età 0-6 l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico - Rivalutazione funzionale al 16° anno di età	<ul style="list-style-type: none"> • Numero medio di ore settimanali di intervento psicoeducativo-neuropsicologico per bambino: >= 4 ore • Numero rivalutazioni funzionali al 16° anno: 100%
			<u>Emergenza-Urgenza</u> - Applicazione dei piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso, elaborati in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017 - Realizzazione in collaborazione con i servizi territoriali di percorsi alternativi al ricovero per la presa in carico di pazienti con condizioni di fragilità sanitaria (pazienti cronici e/o polipatologici) o sociale - Promozione di interventi di concerto con MMG e la continuità assistenziale per migliorare appropriatezza nel ricorso al PS	<ul style="list-style-type: none"> • % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti: miglioramento vs 2017 • % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora: >= 60% • Tasso di accessi in PS: miglioramento vs 2017 • % abbandoni dal Pronto Soccorso: miglioramento vs 2017 • Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS: =100% • Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici: >=2

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
A) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	A 2) AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE	OBIETTIVO DI MANDATO 1.4 DGR 167/2015 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<u>Continuità assistenziale</u> - Potenziare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera - Omogeneizzare l'offerta di ADI, definizione modalità condivise e uniformi nella raccolta dei dati e sviluppo percorso NUCOT - Prosecuzione della attivazione delle Case della Salute programmate e individuazione di nuove progettualità	<ul style="list-style-type: none"> • % di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA: mantenimento risultati 2017 • Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni: miglioramento vs 2017 • % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO: allineamento progressivo alla media regionale • Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA: in riduzione vs 2017 • Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - GRIGLIA LEA: in miglioramento vs 2017
			<u>Percorso IVG</u> - Garantire uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) - Riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> • % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane: allineamento progressivo alla media regionale • % IVG medica sul totale IVG: allineamento progressivo alla media regionale
			<u>Emergenza-urgenza psichiatrica</u> - Verifica/revisione dei protocolli per gli accessi/ricoveri in emergenza-urgenza psichiatrica in età adulta e adolescenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni: mantenimento vs 2017
			<u>Salute in età pediatrica ed adolescenziale</u> - Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Numero bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso: >= 80%

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
A) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	A 2) AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.8 DGR 167/2015</p> <p>Integrazione socio-sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare il pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria a livello aziendale, garantendo adeguati processi sia rispetto agli ambiti distrettuali che alle funzioni dipartimentali - Garantire il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA, FSR, e del Fondo "Dopo di Noi" per i servizi sociosanitari accreditati - Garantire sostegno agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio- assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario - partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08) - Attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014 (linee di indirizzo regionali approvate con DGR 858/2017) - Collaborare alla costruzione e attuazione di un modello aziendale di continuità assistenziale nei percorsi di dimissione protetta dei pazienti fragili e in condizione di non autosufficienza - Coordinare le azioni relative ai percorsi di presa in carico dei pazienti con disturbo dello spettro autistico con particolare riferimento alla fase di passaggio dalla minore alla maggiore età - Collaborare alla omogeneizzare dei percorsi a livello distrettuale di presa in carico dei pazienti affetti da demenza in attuazione del programma aziendale demenze - Omogeneizzare le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie nei servizi socio sanitari accreditati 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse nel rispetto delle tempistiche regionali • Rispetto programmazione distrettuale • Definizione percorsi e procedure omogenee a livello aziendale
A) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	A 3) AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.7 DGR 167/2015</p> <p>Qualità, sicurezza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati</p>	<p><u>Valutazione esiti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici ed organizzativi con riferimento alle aree a maggior criticità risultanti da indicatori GRIGLIA LEA, PNE, Bersaglio, SIVER e conseguente definizione/individuazione interventi di miglioramento 	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento delle performance (in termini di adeguatezza degli esiti) delle aree critiche rinvenibili al successivo Cap. 6 • Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
<p>B) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI</p>	<p>B 1) AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE</p>	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.1 DGR 167/2015</p> <p>Riordino dell'assistenza ospedaliera</p>	<p><u>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero</u></p> <p>- Proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 su cui verrà posta particolare attenzione sulle seguenti aree:</p> <p><u>Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto</u>, da perseguire attraverso strutturazione percorsi di Day Surgery e/o chirurgia ambulatoriale, Potenziamento Day Service Ambulatoriale, Formazione/confronto con MMG su “documento BPCO”, Incremento dell’azione di filtro del Pronto Soccorso con attivazione di percorsi specifici (integrati ospedale territorio) alternativi al ricovero; Applicare le indicazioni del Piano Annuale dei Controlli 2018 su DRG inappropriati</p> <p><u>Reti di rilievo regionale</u>, secondo le indicazioni che fornirà la specifica Cabina di Regia regionale istituita con DGR 1907 del 29/11/2017</p> <p><u>Emergenza Ospedaliera</u>, con applicazione dei piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso tramite algoritmo NEDOCS, implementazione/adequamento bed-management, fast track, affidi specialistici, consulenze, predisposizione di percorsi alternativi al ricovero che consentano la presa in carico dei pazienti con condizioni di fragilità</p> <p><u>Attività trasfusionale</u>, con adozione di un programma di PBM aziendale</p> <p><u>Attività di donazione d’organi, tessuti e cellule</u>, con adesione ed avvio fattivo del programma regionale che vede capofila l’Ospedale Bufalini di Cesena</p> <p><u>Volumi ed esiti</u>, completamento della concentrazione degli interventi nel rispetto dei valori soglia sui volumi ed esiti previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici: miglioramento vs 2017 • % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni: <3% • Volume di accessi in PS: riduzione per codici bianchi • Miglioramento delle performance (in termini di adeguatezza dei volumi) delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PTCA, fratture di femore • Volumi ricoveri: progressiva riduzione DRG medici e progressivo aumento DRG chirurgici

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
<p>B) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI</p>	<p>B 1) AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE</p>	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.2 DGR 167/2015</p> <p>Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio</p>	<p><u>Case della Salute e Medicina di Iniziativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento della implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento e nella garanzia dell'integrazione delle attività; - garantire la presa in carico della fragilità\multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)"; - Tempestiva e sistematica implementazione del Sistema Informativo Case della Salute <p><u>Ospedali di Comunità</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70, nella DGR 2040\2015 e del nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 - Valutazione multidimensionale con definizione del PAI per pazienti in ingresso <p><u>Dimissioni Protette</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementare <i>modelli organizzativi quali il case manager</i> del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, le centrali operative/PUA riferimento per le diverse tipologie di dimissioni complesse <p><u>Percorso nascita</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio applicazione dei protocolli STAM e STEN - STEN unico aziendale - Effettuazione di audit clinici per la valutazione dei percorsi STAM e STEN e degli specifici indicatori previsti dalla DGR n.1603/2013 e dai protocolli locali - Garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva - Promozione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre/bambino - Miglioramento appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson - Miglioramento accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto (DGR 1921/07) - Adozione della cartella regionale sulla gravidanza e utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" - Promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita - Implementare interventi a sostegno dell'allattamento al seno 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case delle Salute attive: 100% • Numero Case della Salute hub con board gestionale-organizzativo/Numero delle Case delle Salute hub attive: 100% • Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO: < 2017 • Percentuale di ricovero in OSCO con accesso previa valutazione multidimensionale: >= 90% • N. Prese In Carico (PIC) entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera: >=45% • N. segnalazioni entro 72 ore dalla ammissione/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera: >=45% • Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale dei parti: >=47% • % tagli cesarei primari: <25% (Hub), <15% (Spoke) • Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson: <= 9% (Hub), <=7% (Spoke) • Numero donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Numero parti di nullipare residenti (%): >= 56% • Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN: <8%

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
B) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	B 1) AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.2 DGR 167/2015</p> <p>Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio</p>	<p><u>Salute in età pediatrica e adolescenziale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lotta all'antibioticoresistenza - Promozione dell'allattamento - Promozione della salute e della sessualità <p><u>Salute Mentale e Dipendenze Patologiche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidare l'utilizzo del Budget di salute con gli elementi qualificanti previsti dalle linee di indirizzo è una delle azioni previste per l'attuazione del piano sociale e sanitario regionale (DGR 1423/2017); <p><u>Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Presidiare attentamente, in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro quarantacinque giorni dall'ammissione nelle REMS. <p><u>Piano regionale Demenze</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stesura ed implementazione PDTA demenze a livello locale 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica: mantenimento o ulteriore riduzione vs 2017 • % allattamento completo a tre mesi e cinque mesi: > 2017 • Adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità/Popolazione popolazione target (14-19 anni): >= 19% • Nuovi progetti con Budget di Salute attivati nell'anno dopo valutazione multidisciplinare e multiprofessionale Azienda USL e Servizi sociali degli Enti locali/Nuovi progetti con Budget di salute attivati nell'anno: >= 30% • Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per Demenza (DRG 429): < 2016

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
<p>B) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI</p>	<p>B 1) AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE</p>	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.5 DGR 167/2015</p> <p>Attività di prevenzione e promozione della salute</p>	<p><u>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantire il coordinamento e il monitoraggio di tutto il percorso di attuazione del Piano di Attuazione Locale del PRP 2015-2018 - Estensione dell'offerta volta a migliorare il tasso di adesione ai programmi vaccinali - Garantire la corretta ed efficace attuazione dei programmi di screening - Garantire l'attività di vigilanza e controllo in coerenza con la DGR 200/2013 e con gli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia - Presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma con definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) secondo le indicazioni regionali - Attuazione di quanto previsto dal Piano Regionale Integrato (PRI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento standard obiettivi Piano di Attuazione Locale per almeno il 95% degli indicatori sentinella • Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA: miglioramento vs 2017 • Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA: miglioramento vs 2017 • % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate: Mantenimento >=77% • % di persone che hanno partecipato allo screening colon-rettale rispetto alle persone invitate: miglioramento risultati 2017 • % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA: mantenimento >10% • % cantieri ispezionati: miglioramento con tendenziale allineamento a media RER • evidenza di attivazione di un ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP • Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti: mantenimento >=95% • % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare: mantenimento >50% • % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica: mantenimento >=37%

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
<p>B) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI</p>	<p>B 2) AREA DI PERFORMANCE DELLA QUALITA' SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO</p>	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 1.7 DGR 167/2015</p> <p>Qualità sicurezza e gestione del rischio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto - Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019 - Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017 - assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4 e linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 - Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento; - Adozione braccialetto identificativo - evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia - effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica - Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD 	<ul style="list-style-type: none"> • % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici: allineamento standard LEA • Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA: allineamento standard LEA • Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA: mantenimento vs 2017 • Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA: allineamento standard LEA • Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - GRIGLIA LEA: allineamento standard LEA • Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti: in diminuzione vs 2017 • Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici: mantenimento valori in linea o inferiori all'andamento regionale • Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici: mantenimento valori in linea o inferiori all'andamento • % di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno: tendenziale incremento nel triennio

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
B) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	B 3) AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 2.2 DGR 167/2015</p> <p>Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici</p>	<p><u>Acquisti e Logistica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Riorganizzazione del percorso degli acquisti e della logistica dei beni come da indicazioni della Direzione Amministrativa con nota prot. n. 0045181/P del 21.02.2018 <p><u>PAC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili <p><u>Gestione amministrativo-contabile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC <p><u>Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adozione del registro delle attività di trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Completamento riorganizzazione percorso acquisti e logistica entro 2018 • superamento eventuali criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC • Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC: =100%
	B 3) AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 2.3 DGR 167/2015</p> <p>Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità</p>	<p>Le aree in cui prioritariamente dovranno essere sviluppati i progetti saranno: Cartella Sole/FSE; GAAC; GRU; Prescrizioni dematerializzate; Software unico dei Comitati Etici; Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP); Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi; Software unico per sistema trasfusionale; Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale); Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione piano di sviluppo: >=80%

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
	<p>B 3) AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE</p>	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 2.6 DGR 167/2015</p> <p>Adempimenti dei flussi informativi</p>	<p>Garantire la partecipazione ai progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interconnessione dei flussi informativi (per raggiungere l'assoluta affidabilità dei sistemi di riconoscimento dei soggetti che hanno ricevuto le prestazioni al fine di soddisfare il progetto di interconnessione sviluppato dal Ministero della Sanità) - Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata (adempimenti LEA C.14,C.15 e invio nei tempi dei flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA) - Sviluppo di nuovi segmenti di attività ospedaliera (mappatura flussi informativi e avvio della progettazione del nuovo flusso ASA per migrare dal flusso tradizionale a quello dematerializzato) - Rilevazione tempi di attesa (implementazione del sistema SIGLA 2.0) 	<p><u>Indicatori interconnessione dei flussi informativi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • N. codici fiscali, STP, ENI,TEAM non riconosciuti da SOGEI - Target: <1% • Adesione alle azioni richieste da NSIS - Target:100% • Rispetto scadenze invio flussi (n.scadenze rispettate per flusso) – Target:95% • Rispetto scadenze adeguamento flussi – Target: 100% • Incidenza variazione dei dati (media annuale) – Target: <20% • Completezza dei dati nel mese di competenza – Target: >85% <p><u>Indicatori Strumenti di analisi Spesa Farmaceutica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei tempi nell'invio delle relazione mensili (n.relazioni inviate entro i tempi). Target: 90% • Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10% • Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10% • Presenza prodotti nei flussi vs flusso traccia. Target 100% <p><u>Indicatori Strumenti di analisi FRNA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Invio flussi/dati entro i tempi. Target: 100% <p><u>Indicatori Sviluppo attività ospedaliera</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi). Target: 80% • Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31.12.2018. Target:90% <p><u>Indicatori Tempi di Attesa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore: Target: 95%

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
<p>B) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI</p>	<p>B 4) AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA</p>	<p>Rispetto dei piani sulla trasparenza e anticorruzione</p>	<p><u>Trasparenza e anticorruzione</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi del quadro normativo di riferimento, così come risulta mutato in seguito alle modifiche legislative apportate in materia dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 "Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 22, ai sensi della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" - Definizione del funzionigramma in materia di prevenzione della corruzione al fine di giungere ad una chiara configurazione dei compiti e delle responsabilità dei soggetti interni all'amministrazione, anche alla luce del nuovo assetto organizzativo dell'Ausl Romagna e per una più proficua collaborazione e condivisione degli obiettivi della prevenzione - Programmazione di misure preventive, con la specificazione di modalità, responsabile e tempistica di adozione nonché previsione di indicatori di monitoraggio che consentano al RPCT, con l'ausilio dei Referenti Aziendali, di verificarne l'attuazione - Garantire l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'Azienda - Garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla Legge regionale 9/2017 per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale 	<ul style="list-style-type: none"> • % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza: mantenimento >=95% • % di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali: mantenimento >=95% • Avvenuta adozione codice comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018 • % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU) ; target:>= 15% (target 2019:>=90%)

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
C) DIMENSIONE DI PERFORMANCE INNOVAZIONE E SVILUPPO	C 1) AREA DELLA RICERCA E DIDATTICA	Rafforzare la capacità di produrre e gestire l'attività di Ricerca	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento delle attività del Board Aziendale Ricerca e Innovazione a supporto del Collegio di Direzione per la valutazione dell'impatto di carattere organizzativo-gestionale che le iniziative/progetti di ricerca e innovazione hanno sull'operatività dei servizi. - Attività di tracciabilità dell'attività di ricerca e del fondo Aziendale per la Ricerca ed il Miglioramento Continuo. - Consolidamento dell'attività dell'Ufficio Ricerca e Innovazione per dare operatività alle attività del Board, come struttura di supporto per le ricerche approvate dal Comitato Etico svolte presso le diverse UU.OO. aziendali e come struttura di interfaccia tra Azienda, Comitato etico della Romagna, Regione Emilia-Romagna, IRCCS/IRST di Meldola, Enti pubblici e privati promotori di ricerca. - Sostegno allo sviluppo della cultura della Ricerca e Innovazione, tra le attività ordinarie, sistematiche e continuative dell'Azienda USL della Romagna, anche nell'ambito del Progetto CURA, sostenendo sperimentazioni cliniche allargate, valutazioni e monitoraggio della diffusione e dell'appropriatezza d'uso di una tecnologia e di un programma di intervento, progetti di ricerca organizzativa dei servizi territoriali o di continuità assistenziale ospedale-territorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatori di tracciabilità dei progetti di ricerca aziendali tramite l'implementazione del nuovo sistema informativo regionale. (standard regionale) • Monitoraggio di almeno 5 progetti di ricerca aziendali/anno. • Rendicontazione del Fondo Aziendale Ricerca e Innovazione. (Evidenza documentale)
C) DIMENSIONE DI PERFORMANCE INNOVAZIONE E SVILUPPO	C 2) AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 2.7 DGR 167/2015</p> <p>Valorizzazione del capitale umano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo del percorso di avvicinamento dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale al "modello a tendere" condiviso con l'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e con un pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU) - Proposte di attività di aggiornamento e formative trasversali, di respiro aziendale, per sostenere le azioni di cambiamento necessarie a promuovere l'omogeneizzazione e la riorganizzazione dei processi e dei ruoli 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione proposta nuova scheda (competenze) comparto • Progettazione eventi formativi finalizzati al contesto lavorativo e verifica sul campo dell'efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
D) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	D 1) AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	OBIETTIVO DI MANDATO 2.1 DGR 167/2015 Rispetto dell'equilibrio economico finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<p>Il pareggio di bilancio è obiettivo di mandato della Direzione Aziendale. A tal fine si dovrà garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria - Presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato - Governo dei processi di acquisto con adesione a convenzioni attivate dall'Agenzia Intercent-ER e della centrale di committenza Consip - Attuazione misure di razionalizzazione, ottimizzazione e miglioramento appropriatezza nell'uso delle risorse - Attivazione di gruppi di lavoro per l'omogeneizzazione delle procedure per l'uso uniforme dei dispositivi medici - Promuovere la piena adesione all'esito delle gare per l'acquisizione dei dispositivi medici 	<ul style="list-style-type: none"> • Costo pro capite totale • Costo pro capite assistenza ospedaliera • Costo pro capite assistenza distrettuale • Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro • Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico • Spesa farmaceutica territoriale pro-capite • Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti • % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza
	D 1) AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	OBIETTIVO DI MANDATO 2.5 DGR 167/2015 Governo delle risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione dei Piani di Assunzione annuali e al Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (PTFP) coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, dal D.M. 70/2015 e con le linee guida che verranno emanate in tema di PTFP (con particolare sostegno alle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza) - Applicazione degli Accordi siglati nel corso del 2016 e del 2017 tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario e all'applicazione del DLGS n. 75/2017 in materia di stabilizzazione del personale precario per il triennio 2018-2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza della realizzazione, con rispetto dei vincoli normativi e delle risorse, del Piano di Assunzione e del PTFP • Effettiva esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.
D) DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	D 1) AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	Politiche energetiche e mobilità sostenibile	<p>Governare il sistema di gestione dell'energia nelle sue componenti essenziali</p> <p>Analisi degli interventi migliorativi principali di riqualificazione energetica</p> <p>Proseguire nella promozione dello sviluppo della distribuzione energetica ad alta efficienza e da fonti rinnovabili su tutto il territorio Aziendale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo energetico/m²: progressiva riduzione nel triennio

Dimensione della performance	Area di Performance	Obiettivi strategici	Azioni e interventi	Indicatori e Target
	D 2) AREA DEGLI INVESTIMENTI	<p>OBIETTIVO DI MANDATO 2.4 DGR 167/2015</p> <p>Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientare prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici sugli ospedali che, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, assumeranno il ruolo definito dal modello hub e spoke ed, a livello territoriale, sulle Case della Salute - Effettuare investimenti in tecnologie biomediche e garantire la dislocazione ed appropriato utilizzo delle apparecchiature al fine di favorire l'accessibilità alle prestazioni sanitarie ed il contenimento dei tempi di attesa - Adottare criteri di razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e delle tecnologie finalizzati al superamento della completa autosufficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed individuando un punto di equilibrio tra la necessaria prossimità delle cure relativamente all'assistenza di base e specialistica e l'accessibilità del cittadino alle prestazioni ospedaliere per acuzie. - Avviare la predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum (ex art.20 L.67/88) sottoscritto il 2 novembre 2016 - Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015) - Azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici delle Aziende sanitarie definiti strategici dalla normativa in materia di prevenzione sismica 	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione piano investimenti con progettazione esecutiva approvata: >=80% • Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie. Target: 100% • Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica. Target: 100%

5. Misurazione e valutazione della performance

La misurazione e valutazione della Performance rappresenta il processo di verifica del Ciclo di Gestione della Performance il quale si sviluppa, in estrema sintesi, nelle seguenti fasi:

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

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, nello specifico, si articola su 2 livelli:

- **la Performance complessiva aziendale**

che si sviluppa attraverso una programmazione triennale (Piano della Performance) ed una rendicontazione annuale (Relazione sulla Performance) secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende della Regione in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio.

- **la Performance organizzativa ed individuale interna**

che si traduce in una serie di strumenti quali: il budget annuale, il sistema di reporting e di valutazione interno aziendale e il sistema premiante. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale e interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni a attuare nel corso di un anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuale regionali.

5.1. PERFORMANCE COMPLESSIVA AZIENDALE

Il sistema di programmazione e valutazione della performance complessiva aziendale previsto dall'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR) è articolato in dimensioni e relative aree della performance, come di seguito specificate:

- **Dimensione di performance dell'utente**
 - Area di performance dell'accesso
 - Area di performance dell'integrazione
 - Area di performance degli esiti
- **Dimensione di performance dei processi interni**

- Area di performance della produzione
- Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
- Area di performance dell'organizzazione
- Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza
- **Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo**
 - Area di performance della ricerca e della didattica
 - Area di performance dello sviluppo organizzativo
- **Dimensione di performance della sostenibilità**
 - Area di performance economico-finanziaria
 - Area di performance degli investimenti

All'interno di ciascuna area è possibile individuare ed inserire gli obiettivi di mandato delle Direzioni Generali o altri obiettivi operativi ricavabili dagli atti di programmazione nazionale, regionale e locale, oltre a qualsiasi altra azione di particolare rilievo definita a livello interno.

Il sistema di valutazione è stato costruito a livello regionale attraverso la definizione di specifici indicatori di risultato collegati alle suddette Dimensioni/Aree della performance e garantire così confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema⁷.

Tali indicatori di valutazione della performance, comuni a tutte le Aziende UsI della regione, possono comunque essere integrati con ulteriori indicatori specifici aziendali per meglio descrivere ed analizzare i risultati conseguiti.

5.2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ED INDIVIDUALE INTERNA

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance prosegue poi in ambito organizzativo ed individuale.

La **valutazione organizzativa** è finalizzata a verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi descritti nel master budget, che derivano dal Piano della Performance nonché dalle Direttive e dal rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti a livello Regionale. Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali con cadenza annuale. L'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione assicura alle strutture interessate un flusso informativo sull'andamento degli obiettivi. Una descrizione approfondita dell'intero processo è riportata nel regolamento di budget.

La **valutazione della performance individuale**, invece, è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. La Regione Emilia-Romagna ha istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR) che, tra gli altri, ha il compito di valutare la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali adottati dalle Aziende. Per indirizzare ed uniformare lo sviluppo dei sistemi di valutazione da parte delle Aziende, l'OIV-SSR ha elaborato un modello di riferimento rispetto al quale l'Azienda USL della

⁷ Per i dettagli relativi agli indicatori di valutazione della performance si rimanda al capitolo 6.

Romagna ha predisposto un percorso di avvicinamento che sarà completato nei tempi previsti.

La valutazione della performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale. L'esito della valutazione è determinato da diverse dimensioni, differenziate a seconda del livello di responsabilità assunto nell'organizzazione, e misura competenze, comportamenti e obiettivi. La valutazione è sintetizzata attraverso una scheda individuale nella quale sono indicati i parametri di valutazione e la relativa scala di valutazione. Gli elementi annualmente valutati fanno riferimento sia al raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo, sia alle competenze. Il giudizio complessivo della scheda è utilizzato come base per le valutazioni di I istanza a supporto delle verifiche periodiche da parte dei Collegi Tecnici e per l'individuazione degli interventi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze per le quali si sono registrati i gap più rilevanti, nonché per tutte le diverse finalità previste dalla normativa vigente.

I principi generali e le modalità applicative del processo valutativo sono specificate nel documento "Guida alla valutazione aziendale del personale".

Gli effetti economici della valutazione sulla componente variabile dello stipendio sono determinati dal giudizio espresso sul raggiungimento dei risultati:

- **per il Personale dirigente:** la valutazione espressa sul raggiungimento degli obiettivi, riportata nel primo item della scheda, determina, sulla base di quanto definito negli accordi sottoscritti tra Azienda e organizzazioni sindacali, la quota di stipendio di risultato riconosciuta.
- **per il Personale del comparto:** la valutazione relativa ai risultati per l'area del comparto è elaborata sulla base della rendicontazione prodotta dai diversi livelli organizzativi coinvolti, ai quali è rinviata la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi che coinvolgono il comparto. La rendicontazione complessiva è affidata, rispettivamente, alla direzione infermieristica per la componente sanitaria ed alla direzione amministrativa per la componente tecnica ed amministrativa.

L'intero processo di valutazione, nonché le risultanze, sono verificati dall'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), attivato conseguentemente all'istituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR). L'OAS, avendo a riferimento le linee guida e di indirizzo dell'OIV-SSR, assicura la definizione e manutenzione della metodologia, degli indicatori e degli strumenti di valutazione, e valida, a conclusione del percorso, il processo di valutazione annuale e l'attribuzione dei premi al personale, rappresentando gli esiti all'OIV unico per il SSR.

6. Indicatori di risultato

La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV-SSR) - al fine rendere uniformi su tutto il territorio Regionale sia le linee programmatiche sia il loro monitoraggio, a partire da maggio 2016 ha attivato e reso disponibile un Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (SivER) incentrato su un cruscotto di indicatori sviluppato in corrispondenza delle indicazioni nazionali (Griglia LEA, Piani di Rientro, DM 70) e delle linee di programmazione annuali definite a livello regionale.

Il set di circa 80 indicatori individuato originariamente per monitorare le performance delle Aziende Sanitarie nel triennio 2016-2018, anche alla luce delle novità emerse a livello nazionale (ovvero l'individuazione di un ulteriore set di indicatori del Nuova Sistema di Garanzia) e della definizione di nuove priorità in diversi ambiti dell'assistenza sanitaria a livello regionale, nel corso del 2018 ha subito un processo di revisione. In particolare sono stati introdotti specifici indicatori volti a monitorare gli ambiti:

- Pronto soccorso;
- Assistenza domiciliare;
- Ospedali di comunità;
- Interruzioni volontarie di gravidanza;
- Assistenza socio-sanitaria.

Per altri settori già ampiamente rappresentati, come ad esempio la prevenzione, la Regione ha deciso di inserire ulteriori indicatori su vaccinazioni (MPR, HPV, antinfluenzale per operatori sanitari e meningococco), sicurezza sul lavoro e di inserire ex-novo indicatori sull'attività della sicurezza veterinaria.

Nelle schede a seguire, relative ai risultati conseguiti dall'Azienda Usl della Romagna nel biennio 2016-2017, si possono osservare per ciascun indicatore raggruppato per area della performance:

- Il risultato analitico conseguito nel corso del 2016
- Il risultato analitico conseguito nel corso del 2017
- Il risultato complessivo analitico regionale del 2017
- Il grado di performance raggiunto dall'Azienda Usl della Romagna⁸
- i trend attesi nel triennio 2018-2020.

⁸ Rilevazione effettuata in data 04.07.2018 su InSiDER – Piano Performance Aziendale 2018-2020, consultabile - previa autenticazione - sul portale della Regione Emilia-Romagna. La valutazione della performance delle Aziende, oltre al valore numerico, viene rappresentata per un'immediata comprensione attraverso il seguente codice colore:

- Pessimo
- Scarso
- Medio
- Buono
- Ottimo
- Non aggiustato
- Osservazione
- Dato non disp.

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0212 - Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	134,93	132,24	134,48		Mantenimento valori 2017
IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	95,29	91,92	97,05		Mantenimento >= 90%
IND0137 - % abbandoni dal Pronto Soccorso	5,69	5,65	4,98		Miglioramento progressivo
IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	97,25	95,16	98,31		Mantenimento >= 90%
IND0228 - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,06	11,58	10,22		Mantenimento < = 12gg
IND0106 - Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	15	16	16		Mantenimento <= 15
IND0105 - % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	56,04	56,33	67,87		Miglioramento progressivo
IND0107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	63,21	62,58	60,96		Mantenimento >= 60%
IND0410 - Tasso std di accessi in PS	382,1	388,58	381,94		Trend in riduzione nel triennio
IND0698 - Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	76,9	86,35	77,18		Miglioramento progressivo
IND0699 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	86,75	90	81,04		Mantenimento >= 90%
IND0700 - Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	79,33	76,92	70,61		Miglioramento progressivo

Integrazione

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0673 - % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	9,01	1,16	3,21		Mantenimento valori 2017
IND0311 - % IVG medica sul totale IVG	21,56	20,78	29,92		Miglioramento progressivo
IND0542 - % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	43,09	40,77	31,48		Miglioramento progressivo

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0207 - % di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3,39	3,6	4,14		Mantenimento valori 2017
IND0236 - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	22,45	20,59	22,36		Mantenimento valori 2017
IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti >= 75 anni	155,73	173,22	194,03		Trend nel triennio in progressivo incremento
IND0683 - Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	91,98	114,68	126,63		Trend in riduzione nel triennio
IND0686 - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA	484,24	488,93	415,31		Trend in riduzione nel triennio

Esiti

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0389 - Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	8,48	9,07	9,06		Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0390 - Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	50,67	52,36	43,18		
IND0391 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	11,78	12,62	12,68		
IND0275 - Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	2,09	2,27	1,57		
IND0276 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	2,28	2,35	1,96		Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0392 - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	0,69	1,79	1,53		
IND0393 - Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	11,12	10,4	10,66		
IND0394 - Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	0,78	1,14	1,6		
IND0395 - BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	7,74	10,57	9,99		
IND0271 - Colectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	80,89	87,02	80,73		>= 80%
IND0396 - Colectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	91,28	95,44	82,06		Mantenimento valori 2017

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0397 - Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	73,23	74,54	81,55		Raggiungimento 100% dei casi
IND0398 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	6,87	6,87	6,11		Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0399 - Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,54	0,17	0,78		
IND0400 - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	2,87	3,33	4,74		
IND0401 - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,98	4,46	4,35		
IND0494 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario	16,93	16,94	18,01		Mantenimento valori 2017
IND0402 - Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,69	0,7	0,9		Mantenimento valori 2017
IND0403 - Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1	0,93	0,98		Mantenimento valori 2017
IND0441 -Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	75,27	78,18	72,8		Mantenimento valori 2017
IND0404 -Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	2	2		Mantenimento valori 2017

Il periodo di rilevazione di alcuni indicatori di esito è basato su un arco temporale pluriennale stante la bassa numerosità della casistica. Nel dettaglio: gli indicatori **IND0275, IND0276, IND0392, IND0401, IND0402, IND0403** sono monitorati sul confronto fra il biennio 2016/2017 vs 2015/2016 e gli indicatori **IND0394, IND0399, IND0400** sono monitorati sul confronto fra il triennio 2015/2017 vs 2014/2016.

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,35	0	0		< 3
IND0301 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,24	-0,19	-0,34		Miglioramento
IND0302 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,61	-0,51	-0,52		Mantenimento valori 2017
IND0303 - Degenza media pre-operatoria	0,55	0,53	0,73		Mantenimento <= 0,5
IND0409 - Volume di accessi in PS	495.993	506.096	1.891.003		Trend in riduzione degli accessi con codici colore bianco

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0411 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	82.839	88.873	359.943		Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi
IND0412 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	73.660	72.256	256.848		Progressivo incremento
IND0413 - Volume di ricoveri in DH per DRG medici	16.705	10.644	38.898		Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi
IND0414 - Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	18.364	17.664	84.951		Progressivo incremento

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0310 - % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	47,47	49,54	49,98		Mantenimento valori 2017
IND0661 - % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	63,65	64,65	57,57		Mantenimento valori 2017
IND0662 - % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	32,06	31,99	25,47		Mantenimento valori 2017
IND0317 - % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	7,11	7,41	5,45		Mantenimento valori 2017
IND0224 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	18,24	18,6	20,08		Progressivo incremento
IND0225 - Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	65,75	69,83	78,62		Mantenimento >=60
IND0211 - Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	18,59	18,93	20,57		Progressivo incremento
IND0415 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	1.750.024	1.749.763	6.839.955		Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0416 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	1.544.447	1.561.260	6.519.422		Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi
IND0417 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	9.709.784	10.186.468	46.157.827		Atteso in diminuzione per azioni di miglioramento appropriatezza prescrittiva
IND0499 - Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,38	0,38	0,36		Incremento
IND0669 - Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	-	75,76	75		Incremento
IND0670 - Durata media di degenza in OSCO	21,54	20,06	18,94		Mantenimento <= 20 giorni
IND0678 - Volume di accessi in ADI: alta intensità	42.534	39.499	427.050		Incremento
IND0679 - Volume di accessi in ADI: media intensità	170.221	178.050	741.659		Incremento
IND0680 - Volume di accessi in ADI: bassa intensità	361.856	413.405	1.672.625		Incremento
IND0681 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	372.806	653.301	5.964.392		Progressivo incremento

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0160 - % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	51,2	52,7	49,1		Mantenimento >=50
IND0161 - % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	40	40,3	35,1		Mantenimento >=37
IND0164 - % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	74,9	79,02	75,65		Mantenimento >=77
IND0167 - % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	57,52	57,93	63,54		Progressivo incremento
IND0170 - % di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate	52,84	48,56	49,03		Miglioramento
IND0171 - Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	83,33	88,42	91,11		Allineamento a standard LEA

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0172 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	51,16	50,79	53,25		Allineamento a standard LEA
IND0173 - Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	66,35	64,67	71,01		Progressivo incremento
IND0174 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	19,84	25,65	29,57		Progressivo incremento
IND0175 - Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	83,79	88,85	91,64		Progressivo incremento
IND0177 - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	90,55	92,53	94,03		Allineamento a standard LEA
IND0185 - % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,09	9,87	9,79		Mantenimento >=10
IND0187 - % cantieri ispezionati	17,22	16,92	19,25		Progressivo incremento
IND0408 - Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	97,16	96,6	100		Mantenimento >=95
IND0674 - Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	-	87,99	88,28		Progressivo incremento
IND0677 - Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	74,3	71,11	83,09		Progressivo incremento

Il periodo di rilevazione degli **IND0160** e **IND0161** è basato su un arco temporale pluriennale (2015/2017 vs 2014/2016).

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
IND0101 - Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,01	10,05	10,06		In diminuzione
IND0621 - Sepsis post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	7,74	7,43	5,89		Trend di mantenimento/ riduzione
IND0622 - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3,28	2,72	3,18		
IND0333 - % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	21,53	22,04	21,04		
IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	908,39	817,75	777,31		Progressiva diminuzione
IND0421 - % di colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	48,34	53,6	43,54		Tendenziale incremento
IND0125 - % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	42,35	41,16	49,65		Allineamento a standard LEA
IND0213 - Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	3,35	3,18	2,17		Mantenimento

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
IND0214 - Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	136,63	48,96	33,49		Allineamento a standard LEA
IND0216 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,25	0,24	0,21		Allineamento a standard LEA
IND0210 - Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,58	6,82	6,86		Allineamento a standard LEA
IND0505 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	12,16	10,71	13,68		Mantenimento
IND0506 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	5,56	6,46	4,9		Progressiva riduzione

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
IND0405 - % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,37	99,71	98,75		Mantenimento >=95
IND0682 - % di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	86,6	97,54	85,59		Mantenimento >=95

SOSTENIBILITA'

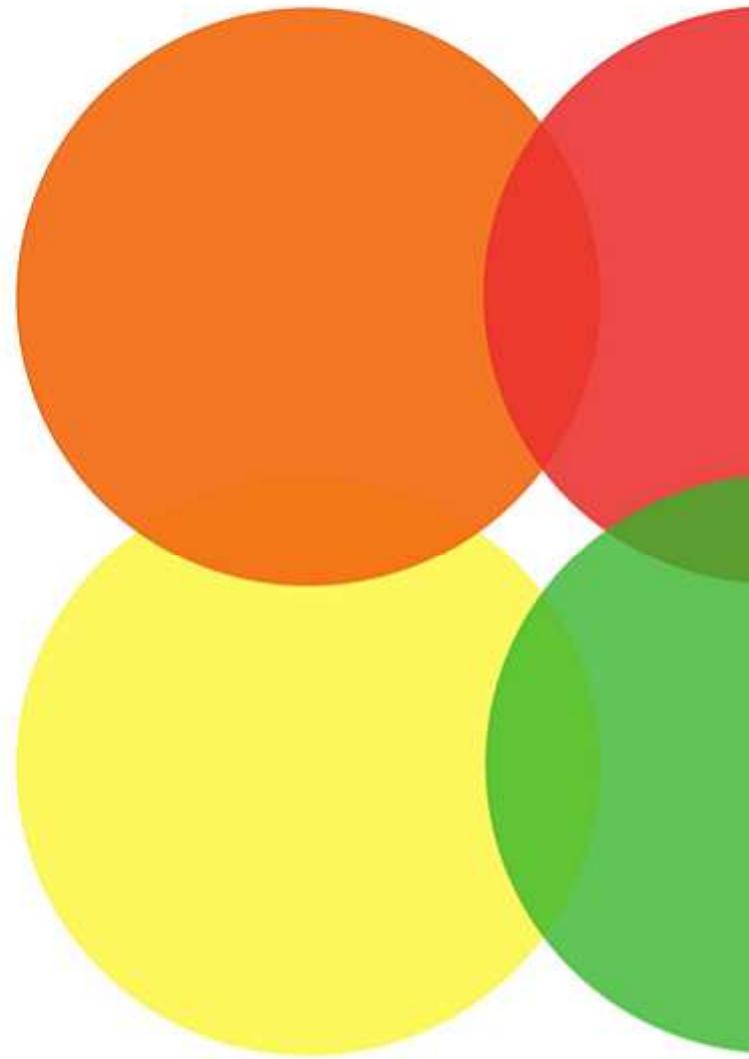
Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
ND0614 - Costo pro capite totale	1.764,13	1.759,84	1.749,7		Progressiva riduzione
IND0267 - Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	48,56	49,1	52,97		Mantenimento
IND0616 - Costo pro capite assistenza distrettuale	1.045,24	1.045,86	1.044,21		Mantenimento
IND0615 - Costo pro capite assistenza ospedaliera	668,56	662,86	652,52		Mantenimento

I dati dei costi pro-capite per l'erogazione dell'assistenza⁹ si riferiscono agli anni 2015 e 2016 (ultime rilevazioni disponibili in SivER)

⁹ I costi pro-capite rappresentano un indicatore sintetico di misurazione delle risorse effettivamente impiegate dalle Aziende USL per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione residente e vengono calcolati rapportando il costo per livello (e sub-livello) di assistenza alla popolazione pesata di riferimento determinata con i medesimi criteri definiti per il finanziamento del livello stesso.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
IND0364 - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	91,5	91,41	97,48		Mantenimento
IND0365 - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	79,16	83,49	83,65		Mantenimento
IND0449 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	160,48	159	164,77		Mantenimento
IND0220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	6,83	1,79	-		Mantenimento



Insieme, *sulle vie della cura*