



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

PIANO DELLA PERFORMANCE 2016 – 2018

SOMMARIO

Executive Summary	3
Premessa	4
1 IDENTITA' DELL'AZIENDA	6
1.1 Chi siamo.....	6
1.2 Il contesto in cui si opera	7
1.3 "Carta d'identità" del personale.....	8
1.4 Sintesi conto economico 2013 - 2015	11
1.5 Piano investimenti 2016 - 2018.....	12
1.6 La struttura organizzativa.....	13
2. GLI IMPEGNI STRATEGICI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE	20
2.1 Contesto di riferimento	20
2.2 L'albero della performance	21
2.3 Dimensione / Aree della performance e obiettivi di mandato della Direzione Generale	22
3. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	50
3.1 Gli ambiti di valutazione	50
3.2 Sistema aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze	51
3.3 Il Ciclo della Performance e il Regolamento di Budget.....	52
4. INDICATORI DI RISULTATO	54
Premessa	54
UTENTE	55
ESITI	57
PROCESSI INTERNI.....	60
INNOVAZIONE E SVILUPPO	65
SOSTENIBILITA'	66
ALLEGATI AL PIANO DELLA PERFORMANCE	67
1. REGOLAMENTO SISTEMA DI BUDGET	67
2. SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE INTEGRATA DELLA PERFORMANCE E DELLE COMPETENZE	67

Executive Summary

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione della performance organizzativa. Il presente piano ha validità 2016-2018 ed è redatto tenendo conto, oltre alla normativa nazionale in materia, anche di quanto introdotto dalla Delibera 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia-Romagna (OIV-SSR)¹.

Il documento si sviluppa secondo l'indice di cui alla delibera OIV-SSR sopra richiamata, ponendo particolare attenzione agli obiettivi strategici aziendali di mandato assegnati al Direttore Generale all'atto della nomina e trovando un suo naturale sviluppo e declinazione in obiettivi operativi a livello di budget annuale, in coerenza con la programmazione economico-finanziaria. Gli indicatori di risultato vengono rappresentati in riferimento agli obiettivi strategici aziendali, secondo le dimensioni di performance definite dallo schema allegato alla Delibera 3/2016 dell'OIV-SSR.

La prima parte del documento descrive il contesto esterno ed interno nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite e la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento.

La parte seguente riguarda gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale e si completa con la rappresentazione dell'albero delle performance che potrà essere annualmente aggiornata in ragione di modifiche di contesto o di nuovi obiettivi definiti a livello di programmazione regionale.

La terza parte del Piano descrive il ciclo e le fasi di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo.

In conclusione viene rappresentato un *panel* di indicatori con il target di risultato atteso che verrà utilizzato per la valutazione delle diverse dimensioni della performance.

¹ **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 e stato previsto con Legge Regionale 20 dicembre 2013 n. 26, art. 6 che sostituisce l'art. 49 della L.R. n. 43/2001 e ne individua compiti e funzioni: a) valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni; b) promozione e attestazione della trasparenza e dell'integrità; c) monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni; d) esercizio delle funzioni attribuite agli organismi di cui all'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. L'OIV è composto da un collegio di tre esperti esterni, nominati dalla Giunta regionale.

Premessa

Il Piano della Performance (PdP) è un documento programmatico di durata triennale introdotto ai sensi del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 che, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi e i conseguenti risultati attesi verso i quali l'Azienda orienta il proprio operato.

A tal fine appare utile, preliminarmente, richiamare il concetto di ***performance quale contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo di lavoro, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.***

Coerentemente con quanto previsto dall'articolo 10 comma 1 del D.Lgs. 150/2009, il Piano della Performance mette in relazione missione e mandato istituzionale, obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali con l'individuazione dei relativi indicatori e target, quale strumento programmatico di orientamento all'attività.

Nell'elaborazione del presente Piano sono state recepite anche le indicazioni e gli indirizzi forniti dall'OIV unico regionale per il SSR con le Delibere 1/2014, 2/2015 e 3/2016, dando avvio al ciclo di gestione della performance che prevede l'integrazione con altri strumenti aziendali di Pianificazione, Programmazione e Valutazione, nonché con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e con la programmazione economico-finanziaria.

Il Piano della Performance, in coerenza con tale impostazione si pone l'obiettivo di definire per il triennio 2016-2018:

- Le aree strategiche di intervento e gli obiettivi strategici ed operativi da perseguire.
- La metodologia per la declinazione ed attribuzione degli obiettivi ai diversi livelli di responsabilità aziendale.
- Le modalità di individuazione degli indicatori e dei target a questi collegati.
- La misurazione, la valutazione e la rendicontazione che annualmente permette la consuntivazione a livello organizzativo ed individuale della performance complessiva raggiunta.

Il Piano, quindi, va inteso come "cornice" di un processo articolato collegato agli atti di programmazione aziendale e al percorso di negoziazione di budget che definisce ed attribuisce gli obiettivi da perseguire e le modalità di misurazione delle performance e di rendicontazione dei risultati conseguiti.

La finalità dell'intero impianto è quello di consolidare nell'AUSL di Imola un sistema attraverso il quale sviluppare processi che assicurino:

- la misurazione e la valutazione della performance organizzativa a livello aziendale e a cascata delle varie articolazione di cui si compone;
- la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale;
- una costante azione di *accountability* nell'interesse dei cittadini e degli *stakeholder*, garantendo trasparenza ed accessibilità alle informazioni aziendali, per il miglioramento della qualità dei servizi erogati e l'innalzamento progressivo degli standard di qualità;
- l'ottimizzazione delle risorse impiegate per i servizi erogati, attraverso il progressivo miglioramento degli standard di prodotto.

Il PdP si propone anche di portare a sintesi e mettere a sistema il contenuto delle funzioni di misurazione e valutazione già operanti in Azienda e di definire il perimetro di questo sistema con il proposito di evitare incrementi e duplicazioni delle attività di pianificazione, monitoraggio, controllo e valutazione all'interno di un quadro coerente e sistematico.

1 IDENTITA' DELL'AZIENDA

1.1 Chi siamo

L'AUSL di Imola svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute che persegue gestendo e sviluppando una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione in ambito ospedaliero e distrettuale. Svolge le proprie funzioni assicurando l'universalità e l'equità d'accesso alle prestazioni di salute nel rispetto dei principi di salvaguardia della dignità della persona umana, del diritto alla salute, dell'appropriatezza ed efficacia delle cure, in stretto raccordo istituzionale con gli enti locali e in collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e il settore *no-profit*. Le azioni si sviluppano all'interno del sistema regionale delle aziende sanitarie, rapportandosi con soggetti, pubblici o privati, interessati ai settori dell'attività propria dell'Azienda e tenendo conto degli esiti della concertazione fra le Aziende Sanitarie appartenenti all'Area Metropolitana e all'Area Vasta Emilia Centro (AVEC).

Missione

L'AUSL di Imola è precipuamente impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali di assistenza rivolta ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e ai cittadini che liberamente scelgono i servizi offerti dalle sue strutture assistenziali e dai suoi professionisti. L'AUSL di Imola vuole:

- tutelare la salute dei propri assistiti mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio;
- offrire i servizi e le prestazioni di cura e assistenza con tempestività e continuità, tendendo continuativamente all'eccellenza;
- posizionarsi nelle reti integrate di servizi, in collaborazione con i centri di riferimento regionali per l'alta specialità.

L'AUSL di Imola realizza quanto sopra secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia e realizza il buon governo economico perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.

Visione

Le principali direzioni d'impegno che l'AUSL di Imola intende sviluppare, in collaborazione con gli altri attori della comunità, a beneficio dei propri assistiti, sono:

1. assicurare equità nella salute, abbattendo il divario attribuibile alle differenti possibilità di accesso alle cure ed ai servizi tra i diversi gruppi di popolazione presenti nel territorio aziendale;

2. migliorare la qualità della vita, tendendo a massimizzare il benessere degli assistiti, in particolare, prevenendone e ritardandone il deterioramento attraverso la diffusione di stili di vita salutari;
3. arricchire di salute la vita, mediante un efficace riduzione della malattia e della disabilità;
4. aggiungere anni alla vita, riducendo le morti evitabili.

1.2 Il contesto in cui si opera

L'Azienda comprende 10 Comuni: Imola, Castel San Pietro Terme, Castel del Rio, Fontanelice, Casalfiumanese, Medicina, Borgo Tossignano, Castel Guelfo, Mordano, Dozza.

Opera su una parte del territorio della provincia di Bologna, con una popolazione complessiva residente, al 31/12/2015, di 133.130 abitanti (Fonte: Flusso delle anagrafi comunali).

Si riporta in tabella la popolazione residente distribuita per Comune e genere, con la sottopopolazione di età maggiore ed uguale a 65 anni.

Comuni	POPOLAZIONE al 31/12/2015			
	M	F	TOT.	di cui >=65
Imola	33.586	36.211	69.797	17.115
Castel del Rio	596	650	1.246	370
Fontanelice	970	973	1.943	434
Borgo Tossignano	1.614	1.674	3.288	709
Casalfiumanese	1.720	1.718	3.438	775
Dozza	3.273	3.379	6.652	1.399
Castel Guelfo	2.198	2.257	4.455	838
Mordano	2.420	2.341	4.761	1.041
Castel S. Pietro T.	10.155	10.656	20.811	5.252
Medicina	8.218	8.521	16.739	3.659
Totale	64.750	68.380	133.130	31.592

FONTI: Anagrafi Comuni e CED N.Circondario Imolese.

Pop.residente legale da Mod. ISTAT P.2 (senza iscritti preliminari).

Nel contesto socio-culturale ed economico di riferimento l'AUSL di Imola occupa una posizione di preminenza sul locale mercato del lavoro e più in generale sul sistema produttivo del territorio. L'Azienda offre direttamente occupazione a oltre 1.700 persone, ai quali vanno aggiunti i medici a rapporto convenzionale. Complessivamente il personale impiegato, a vario titolo, nell'AUSL di Imola è pari al 5% circa della forza lavoro complessiva sul territorio. Il monte salari e compensi complessivo erogato al personale dipendente e convenzionato è pari a circa 100 milioni di euro/anno.

Sul versante delle relazioni istituzionali, l'AUSL di Imola riconosce il primato nelle funzioni di programmazione e controllo strategico della Conferenza Sociale e Sanitaria a cui compete l'elaborazione delle linee di programmazione sociale e sanitaria e la definizione delle priorità di intervento. L'Azienda ha un ruolo di partner privilegiato per la formulazione dei piani di

programmazione integrata con i Comuni, la Scuola e le altre istituzioni presenti sul territorio; beneficia della coesione sociale e delle politiche condivise dei dieci Comuni del Circondario, per sviluppare meglio i servizi sociali e sanitari. Riceve, altresì, grande collaborazione dall'universo delle associazioni di volontariato più rappresentative presenti sul territorio.

All'AUSL di Imola viene richiesta una grande attenzione e sensibilità alle problematiche particolari dei diversi contesti territoriali ed alla modulazione delle risposte dei servizi socio-sanitari sulla base delle esigenze dei cittadini, cogliendone le specificità locali senza creare svantaggiose ridondanze di servizi. Viene richiesto, inoltre, di essere alleato principale nello sviluppo del territorio, mettendo a disposizione competenze e risorse in grado di supportare ed accompagnare lo sviluppo, ad esempio di politiche per l'ambiente, della ricerca e didattica nel rapporto con l'Università, di modelli di integrazione sociale e sanitaria, ecc.

Le problematiche emergenti sul territorio richiedono un nuovo approccio delle istituzioni e dell'AUSL di Imola volto allo sviluppo di politiche integrate sanitarie e sociali nei confronti dei bambini, dei giovani, delle donne con particolare riguardo alla popolazione immigrata, sia di recente immigrazione che di seconda generazione; altre politiche di integrazione già presenti devono essere consolidate, in particolare, l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai pazienti psichiatrici, introducendo elementi innovativi che migliorino l'assistenza e permettano sinergie di intervento.

1.3 "Carta d'identità" del personale

Le risorse umane complessive impegnate nelle attività tipiche aziendali, a vario titolo contrattuale, nel 2015 (dato al 31/12) risultano 1.773, registrando rispetto al 2014 una riduzione di -1,6%.

Tipologia contrattuale	2013	2014	2015	Var % 2015 – 2014
Dipendente	1.789	1.774	1.750	-1,4%
Contratti libero-professionali, co.co.co.	30	27	23	-17,4%
TOTALE	1.819	1.801	1.773	-1,6%

Le tabelle che seguono rappresentano la suddivisione del personale per profilo professionale, genere, fascia d'età e tipologia contrattuale.

Categorie personale dipendente	2013	2014	2015	Var % 2015-2014
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	270	273	272	-0,4%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	53	55	59	7,3%
PERSONALE INFERMIERISTICO	756	753	744	-1,2%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	145	146	134	-8,2%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	217	218	223	2,3%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	196	188	176	-6,4%
ALTRO PERSONALE	152	141	142	0,7%
TOTALE	1.789	1.774	1.750	-1,4%

2015 - Personale dipendente	Sesso		classi di età					TOT.
	M	F	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	139	133	26	67	56	117	6	272
ALTRI DIRIGENTI SPTA	17	42		17	18	24		59
PERSONALE INFERMIERISTICO	89	655	116	198	330	100		744
PERSONALE TECNICO SANITARIO	37	97	19	27	57	31		134
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	29	194	4	44	110	65		223
PERSONALE AMMINISTRATIVO	19	157		11	105	60		176
ALTRO	76	66	2	16	84	39	1	142
Totale	406	1.344	167	380	760	436	7	1.750

2015 - Liberi professionisti	sesso		classi di età					totale
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI AMM.VI	1				1			1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1			1				1
MEDICI	4	8	4	4		3	1	12
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	1	1	1	1				2
PERSONALE INFERMIERISTICO								0
PERSONALE TECNICO	1					1		1
PERSONALE TECNICO SANITARIO		1	1					1
PSICOLOGI		5	1	3	1			5
Totale	8	15	7	9	2	4	1	23

Si riportano, inoltre, i dati 2015 relativi alle modalità di reclutamento e alle cause di cessazione, nonché il numero di part-time e di giornate di assenza per area contrattuale.

Modalità di reclutamento 2015	TOT.
TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE	12
ASSUNZIONE OBBLIGATORIA CATEGORIE PROTETTE	1
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBL. CONTINUITA' TEMPO DETERM.	4
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA	22
Totale	39
Cause di cessazione 2015	TOT.
DECESSO	1
INIDONEITA' PERMANENTE A PROFICUO LAVORO	5
RECESSO DEL DIPENDENTE	3
RECESSO PER PENSIONAMENTO ANZIANITA'/VECCHIAIA	57
RISOLUZIONE RAPPORTO PER RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'	2
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	4
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	12
Totale	84

Part-Time 2015	PT Ciclico		PT Misto		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	M	F	
PERSONALE INFERMERISTICO		1		1	1	53		17	73
PERSONALE TECNICO SANITARIO						5		2	7
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI						10		6	16
PERSONALE AMMINISTRATIVO					1	13		3	17
ALTRO					2	4	3	2	11
Totale	0	1	0	1	4	85	3	30	124

2015 - Giornate assenza personale dipendente	Permessi retribuiti	Dlgs 151/2001	L. 104	Malattia	Infortunio e/o malattia prof.le	Sciopero	Aspettative senza assegni	Altre cause	Aggiornamenti obbligatorio	Ferie usufruite	Media assenze mensile per dip.
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	293,47	2.153,23	540,39	1.119,00	306,28	29,00	3.937,00	895,90	1.469,47	9.141,50	6,04
ALTRI DIRIGENTI SPTA	83,86	338,00	117,00	320,00			463,00	1.035,00	305,39	1.811,15	6,43
PERSONALE AREA COMPARTO	2.198,17	10.765,23	8.260,41	18.765,00	1.884,71	11,00	4.025,00	2.859,24	4.877,93	49.808,00	5,95
Totale	2.575,50	13.256,46	8.917,80	20.204,00	2.190,99	40,00	8.425,00	4.790,14	6.652,79	60.760,65	5,98

1.4 Sintesi conto economico 2013 - 2015

(EURO/1000)

A)		VALORE DELLA PRODUZIONE	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
1)	Contributi in conto esercizio		236.611	234.259	233.406
2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti		-216	-3311	-808
3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti		2.489	2.011	960
4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e s ociosanitarie a rilevanza sanitaria		39.606	43.427	44.239
5)	Conc orsi, recuperi e rimborsi		1.710	1.107	1.148
6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		4.572	4.594	4.551
7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio		4.301	4.624	4.418
8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		46	33	8
9)	Altri ricavi e proventi		596	693	683
	TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE (A)		289.715	287.437	288.605
B)		COSTI DELLA PRODUZIONE	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
1)	Acquisti di beni		27.256	28.421	31.310
2)	Acquisti di servizi sanitari		136.781	136.746	137.521
3)	Acquisto di servizi non sanitari		18.243	17.197	16.137
4)	Manutenzione e riparazione		3.235	3.101	3.326
5)	Godimento di beni di terzi		1.334	1.383	1.437
6)	Costo del personale dipendente		84.442	83.889	84.233
7)	Oneri diversi di gestione		664	778	759
8)	Ammortamenti		7.698	7.282	6.281
9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti		1.032	686	246
10)	Variazione delle rimanenze		-141	796	260
11)	Accantonamenti		5.062	3.398	3.657
	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)		285.606	283.677	285.167
	DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE		4.109	3.760	3.438
C)	PROVENTI E ONERI FINANZIARI		-327	-426	-338
D)	RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		-	-	-
E)	PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI		2.300	2.759	2.999
	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE		6.082	6.093	6.099
	IMPOSTE		6.082	6.093	6.099
	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO		-	-	-

1.5 Piano investimenti 2016 - 2018

PIANO INVESTIMENTI AZIENDA USL DI IMOLA 2016-2018																
Investimenti in corso di realizzazione oppure con progettazione approvata/piano fornitura approvato posta a base di gara																
Tipologia	Codice intervento	descrizione intervento	tipologia	valore complessivo dell'investimento	data inizio lavori (mese anno)	investimento da realizzare nell'anno 2016	investimento da realizzare nell'anno 2017	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare negli anni successivi	totale investimento da realizzare	contributo conto/capitale	mutui	alienazioni	altre forme di finanziamento	totale finanziamenti dedicati	note
Lavori	2013/11	"Intervento di manutenzione straordinaria reparto di geriatria e lungo degenza Ospedale di Imola" Intervento AP 47 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)	OP	3.106.135	Marzo 2015	1.766.475				1.766.475	1.766.475				1.766.475	Sono compresi 231,800 € per arredi, 73,200 € per attrezzature sanitarie IVA inclusa
	2013/12	"Realizzazione della Casa della salute presso polo sanitario di Castel San Pietro Terme - 1° stralcio" Intervento AP 48 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)	OP	571.410	Dicembre 2014	91.458				91.458	91.458				91.458	
	2013/14	Ampliamento dell'Ospedale di Imola-Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative - intervento P3 Programma regionale investimenti in sanità	OP	7.000.000	luglio 2017		1.500.000	2.000.000	3.500.000	7.000.000	3.500.000		3.500.000		7.000.000	3.500.000 Finanziamento regionale + 3.500.000 Permuta Silvio Alvisi
Manutenzioni straordinarie	2016/1	Intervento di manutenzione straordinaria- Intervento S20 - Finanziamento con risorse regionali ex art 36 LR 38/2002	OP	450.726	aprile 2016	450.726				450.726	281.000		169.726		450.726	169.726 da risarcimento assicurativo (Lavori per :Manutenzione straordinaria Pad 5 Lolli a seguito danni causati da incendio e Sostituzione di n. 2 ascensori presso l'Ospedale di Imola (impianti n.18-19)
	2015/1	Adeguamento data-center dell'Azienda USL di Imola	IMP	400.000	giugno 2016	200.000	200.000			400.000		400.000			400.000	mutuo DGR 144/2013
tecnologie biomediche	2016/2	Ammodernamento, sostituzione e acquisizione tecnologie sanitarie ed informatiche - Intervento S21 - Finanziamento con risorse regionali ex art 36 LR 38/2002		460.000	aprile 2016	460.000				460.000	460.000				460.000	
	2016/4	Ammodernamento tecnologico apparecchiature biomediche		119.000	gennaio 2016	119.000				119.000		119.000			119.000	mutuo DGR 144/2013
tecnologie informatiche	2016/5	Ammodernamento tecnologico informatico SW urgente e indispensabili per adeguamenti e aggiornamenti necessari al funzionamento dei servizi sanitari e amministrativi e delle integrazioni con gli applicativi AVEC o di Area Metropolitana		200.000	gennaio 2016	200.000				200.000		200.000			200.000	
	2016/6	Nuovo Sistema Gestionale Risorse Umane (GRU)		142.060	gennaio 2016	35.515	106.545			142.060	142.060				142.060	
beni economici, altro	2016/7	Ammodernamento - beni economici -		42.971	gennaio 2016	42.971				42.971		42.971			42.971	mutuo DGR 144/2013
	2016/8	Arredi/beni economici urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi		209.442	gennaio 2016	209.442				209.442		209.442			209.442	
totale in corso di realizzazione				12.701.744		3.575.587	1.806.545	2.000.000	3.500.000	10.882.132	6.240.993	971.413	3.500.000	169.726	10.882.132	
Investimenti in corso di progettazione																
lavori	2016/9	Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola - intervento APb.20 - (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio - addendum)	OP	900.000		50.000	850.000			900.000	900.000				900.000	Adeguamento antincendio CSPT euro 500.000 e attrezzature sale operatorie euro 400.000
Manutenzioni straordinarie	2016/10	Manutenzione straordinaria Polo Sanitario Medicina	OP	113.700		113.700				113.700			113.700		113.700	Alienazione dell'immobile "Villa Calza", del 2009, sito nel Comune di Medicina fondi vincolati alla manutenzione del polo sanitario di Medicina
totale in corso di progettazione				1.013.700		163.700	850.000	-		1.013.700	900.000	-	113.700	-	1.013.700	
TOTALE PIANO INVESTIMENTI 2016-2018				13.715.444		3.739.287	2.656.545	2.000.000	3.500.000	11.895.832	7.140.993	971.413	3.613.700	169.726	11.895.832	

1.6 La struttura organizzativa

Nel corso degli ultimi anni l'AUSL di Imola ha portato progressivamente a compimento l'attuazione del Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013. Nel 2014 ha avviato il processo per la definizione del nuovo Piano Strategico e Attuativo Locale che ha visto il suo completamento nel 2015. Il nuovo disegno ristruttura l'organizzazione aziendale con un assetto dipartimentale maggiormente omogeneo e con dimensioni idonee a consentire l'efficienza allocativa del sistema in una logica di rete che consente l'attivazione di processi di sussidiarietà tra i diversi soggetti. Nell'ambito del nuovo assetto, particolare rilevanza assume l'attivazione di specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale, quali soluzioni organizzative che garantiscono l'unitarietà della programmazione su percorsi e aree di intervento che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse. Il nuovo impianto, pertanto, integra l'organizzazione dipartimentale di tipo verticale con una contestuale organizzazione orizzontale, su ambiti specifici, idonea a garantire una logica di lavoro intersettoriale e interdisciplinare.

Nel 2015 sono state sviluppate le sinergie derivanti dal nuovo assetto dipartimentale affiancate dallo sviluppo di interventi sotto il profilo dell'integrazione funzionale e dell'interazione nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza. I paragrafi che seguono ne illustrano le principali caratteristiche. In riferimento agli sviluppi che andranno a qualificare il prossimo triennio sulla base degli obiettivi di mandato della Direzione Generale e degli ultimi indirizzi regionali (DGR 901/2015), si rimanda al capitolo 2 "Gli impegni strategici e le dimensioni della performance".

La struttura dipartimentale

A livello dipartimentale l'integrazione rende possibile l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente delle risorse umane, tecnologiche, immobiliari e finanziarie a disposizione che, anche se appartenenti a segmenti organizzativi o soggetti diversi, assicurano la produzione ed il funzionamento ottimale dei servizi.

La *mission* dei dipartimenti è quindi incentrata sulla ottimizzazione di efficienza e flessibilità gestionale di alcune risorse critiche, sviluppando piattaforme polispecialistiche in grado di massimizzare il rendimento delle strutture di produzione tramite processi di servizio multidisciplinari e multiprofessionali.

In altri termini si tratta di ricomporre la frammentazione specialistica, abbandonando la prevalente logica proprietaria delle Unità Operative, favorendo la condivisione tra più unità operative di posti letto, sale operatorie, sale endoscopiche, risorse umane, tecnologie, percorsi clinici.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività con la finalità di assicurare una buona gestione amministrativa, economica e finanziaria, dando concreta attuazione alle politiche di governo clinico.

L'AUSL di Imola, con deliberazione n.192 del 23.12.2014, si è dotata di un nuovo assetto dipartimentale che comprende **tre dipartimenti ospedalieri** e **tre dipartimenti territoriali**:

- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)
- Dipartimento Medico-Oncologico (DiMO)
- Dipartimento Chirurgico (DiC)
- Dipartimento Cure Primarie (DCP)
- Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)

L'assetto dipartimentale si completa con il **Dipartimento Amministrativo e Tecnico** che comprende tutti i servizi di supporto in ordine alle principali funzioni amministrative (Contabilità e Finanza, Risorse Umane, Affari Legali, Supporto Amministrativo ai servizi sanitari) e tecnico-strutturali (Ingegneria biomedica, Tecnologie informatiche e di rete, Economato e logistica).

L'organizzazione strutturale dei Dipartimenti interagisce con le **aree funzionali**:

- Case della Salute in rapporto ai tre Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP);
- Cure Intermedie in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC) e alla Dipartimento Cure Primarie;
- Area ambulatoriale, Area Bassa intensità, post – acuzie, riabilitazione, Area Critica in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC);
- Blocco Endoscopico in rapporto al Dipartimento Medico-Oncologico e Dipartimento Chirurgico
- Blocco Operatorio in rapporto al Dipartimento Emergenza-Accettazione e Dipartimento Chirurgico.

Il nuovo assetto prevede, altresì, l'istituzione di **2 Programmi interaziendali**:

- Programma Reti Cliniche Maternità Infanzia
- Programma Reti Cliniche Ortopediche e Traumatologiche

Si aggiungono i **programmi dipartimentali/interdipartimentali**:

- Programma Pediatria di Comunità (afferenza al DCP)
- Programma Anziani (afferenza al Distretto)
- Programma Blocco Operatorio
- Programma Sicurezza Alimentare (afferenza al DSP).
- Programma Edilizia e Igiene Abitato in ambito locale e di Area Vasta (afferenza al DSP)
- Programma Psicologia Clinica e di Comunità (afferenza al Direttore Sanitario)
- Programma Alcoologia e raccordo tra Territorio e RTI (afferenza al DSM).

Il nuovo assetto aziendale si completa con la riorganizzazione delle **Direzioni Tecniche**, che assumono una organizzazione in forma complementare all'assetto dipartimentale, garantendo trasversalità e contributi specifici ai Dipartimenti:

- Direzione Infermieristica e Tecnica
- Direzione Farmacia
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Sono posizionate **in staff alla Direzione Strategica** le attività e funzioni relative alle aree di: Informazione e Comunicazione; Programmazione e Controllo direzionali; Formazione; Governo clinico e SPPA.

Dipartimento Emergenza-Accettazione. Per effetto del nuovo assetto dipartimentale 2015, il DEA è costituito dalle seguenti strutture: UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, UOC Anestesia-Rianimazione, SSD Semintensiva, UOC Cardiologia-UTIC; accoglie rispetto alla previgente organizzazione l'UOC Radiologia, la SSD Laboratorio, la SSD Trasfusionale.

Il Dipartimento ha progressivamente realizzato e consolidato nei recenti anni la modulazione del *setting* assistenziale per intensità di cura, in particolare, si è consolidata la possibilità di ricovero di pazienti seguiti da una determinata specialità in qualsiasi posto disponibile in Area Critica.

In relazione allo sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate, il Dipartimento Emergenza Accettazione sarà impegnato nell'attuazione dei rapporti di integrazione e sinergia organizzativa derivanti dall'istituzione della "Struttura Semplice interaziendale di Radiodiagnostica" presso l'Ospedale di Imola, nell'ambito della Unità operativa Complessa interaziendale di Radiodiagnostica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, avviata nel 2015, a direzione universitaria. Inoltre, attuerà tutte le azioni connesse all'integrazione delle strutture preposte all'erogazione dei servizi intermedi con particolare riferimento ai progetti di riorganizzazione in sede Metropolitana riguardanti il Laboratorio Unico Metropolitan (LUM) con l'allocazione di ambiti di produzione presso i Laboratori *Hub* dell'AUSL di Bologna, mantenendo in Azienda il Laboratorio di Imola (Spoke) con funzionamento H24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza. Presso il Laboratorio *Hub* dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna saranno invece allocati gli ambiti di produzione afferenti il settore della Microbiologia. Nell'ottica del consolidamento si richiama anche l'integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM).

Dipartimento Medico-Oncologico. Col nuovo assetto dipartimentale ha assunto la denominazione di Dipartimento Medico-Oncologico ed è costituito dalle seguenti Unità operative: UOC Oncologia, UOC Nefrologia, UOC Medicina 1, UOC Medicina 2, UOC Geriatria, UOC Lungodegenza, UOC Gastroenterologia, SSD Neurologia, SSD Minore Intensità clinica; accoglie rispetto al previgente impianto le seguenti strutture: UOC Pediatria, UOC Medicina Riabilitativa, UOC Genetica. Il Dipartimento ha progressivamente realizzato il percorso per la definizione delle aree di degenza per intensità di cura, sperimentando un nuovo strumento collegato alla cartella informatizzata per la definizione del carico assistenziale al fine di consentire una presa in carico

efficace ed efficiente degli assistiti. Nel corso dell'ultimo triennio il Dipartimento Medico ha progressivamente realizzato l'ampliamento in senso specialistico della degenza internistica, attraverso la qualificazione di posti letto dedicati a funzioni di ricovero ordinario nelle discipline di gastroenterologia e nefrologia, nonché nella definizione di 4 posti letto dedicati alla riabilitazione ospedaliera (estensiva/intensiva), funzionali al trattamento nell'ambito del "PDT Frattura femore". A consolidamento del percorso di innovazione organizzativa avviato, ispirato ai principi dell'intensità di cura e complessità assistenziale, il Dipartimento perseguirà ulteriori progetti di sviluppo organizzativo finalizzati a consolidare la differenziazione specialistica delle degenze internistiche al fine di completare la gamma dei percorsi diagnostico terapeutici disponibili in regime di ricovero.

Proseguirà inoltre l'impegno del Dipartimento nelle azioni finalizzate ad una sempre maggiore integrazione a livello metropolitano, in continuità con i progetti di organizzazione delle reti cliniche meta-aziendali e delle relazioni *Hub & Spoke*.

Dipartimento Chirurgico. E' costituito dalle seguenti unità organizzative: SSiA Chirurgia generale, SSD Breast Unit, UOC Day Surgery-Chirurgia generale, UOC Ortopedia, UOC Urologia, UOC ORL, UOC Oculistica, SSiD Polo Day Surgery polispecialistico Cspt; accoglie, rispetto al previgente assetto, le strutture: UOC Ginecologia-Ostetricia, la SS Centrale di Sterilizzazione, l'UOC di Anatomia Patologica; comprende inoltre il Programma Blocco Operatorio.

A partire dal 2014, il Dipartimento Chirurgico è stato caratterizzato dallo sviluppo dell'organizzazione della chirurgia generale per articolazioni specialistiche, secondo il modello delle reti cliniche integrate di ambito provinciale, istituendo le strutture di SSD Breast Unit, UOC Day Surgery di Cspt, nonché la Struttura Semplice interaziendale di Chirurgia Generale ricompresa nell'ambito della Unità operativa Complessa di Chirurgia Generale e dei Trapianti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna. E' stato altresì istituito il Polo di Day Surgery polispecialistico di Castel San Pietro Terme per tutte le discipline chirurgiche in collaborazione integrata con il Dipartimento Emergenza-Accettazione.

Con riferimento al modello delle reti cliniche, il Dipartimento ha strutturato la rete clinica con l'Istituto Ortopedico Rizzoli per l'implementazione, presso il Blocco Operatorio di Imola, di interventi specialistici di chirurgia della spalla e orto-pediatrica. Si conferma, inoltre, il rapporto di collaborazione mediante convenzione con l'UNIBO per la formazione dei medici specializzandi in Urologia e lo sviluppo di rapporti volti alla formazione in Chirurgia generale.

In continuità con gli sviluppi organizzativi avviati, il Dipartimento sarà impegnato al consolidamento delle riorganizzazioni implementate con particolare riferimento al rafforzamento delle reti cliniche integrate che consentono di valorizzare la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni

multidisciplinari complesse e di qualità. In tal senso si inquadra il progetto di sviluppo della Ginecologia secondo il modello della rete clinica integrata per la chirurgia mini invasiva.

Dipartimento Cure Primarie. E' costituito dalle seguenti strutture: UOC Cure Primarie, Ospedale di Comunità (OS.CO), SSD Consultorio Familiare, SSD Assistenza Area della Non Autosufficienza, Programma Pediatria di Comunità.

Nel corso dell'ultimo biennio il Dipartimento ha svolto un ruolo primario, in collaborazione con il Distretto, nello sviluppo della Casa della Salute di Castel San Pietro Terme e di Medicina e nell'attivazione dell'Ospedale di Comunità (OS.CO), ambiti che hanno visto l'implementazione di specifiche funzioni in collaborazione con i Dipartimenti territoriali (DSM e Sanità Pubblica).

In tale contesto proseguirà il contributo del Dipartimento che vedrà anche alla progettazione della Casa della Salute di Imola. Nel raccordo tra Ospedale e Territorio si evidenzia il significativo ruolo del Dipartimento nel potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata per il paziente complesso, per consentire maggiore fluidità nelle dimissioni protette, favorendo sinergia tra medico specialista e MMG all'atto della dimissione mediante il raccordo del Punto Unico di Accettazione (PUA).

Di particolare rilevanza è l'apporto del Dipartimento nel monitoraggio dell'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica convenzionata e territoriale e altrettanto rilevante l'apporto nella definizione e nel monitoraggio delle azioni connesse al Governo dei tempi di attesa, in collaborazione con il Distretto.

Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche. L'area della Salute Mentale è stata interessata, negli ultimi anni, dalla progressiva riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio come budget di cura/salute.

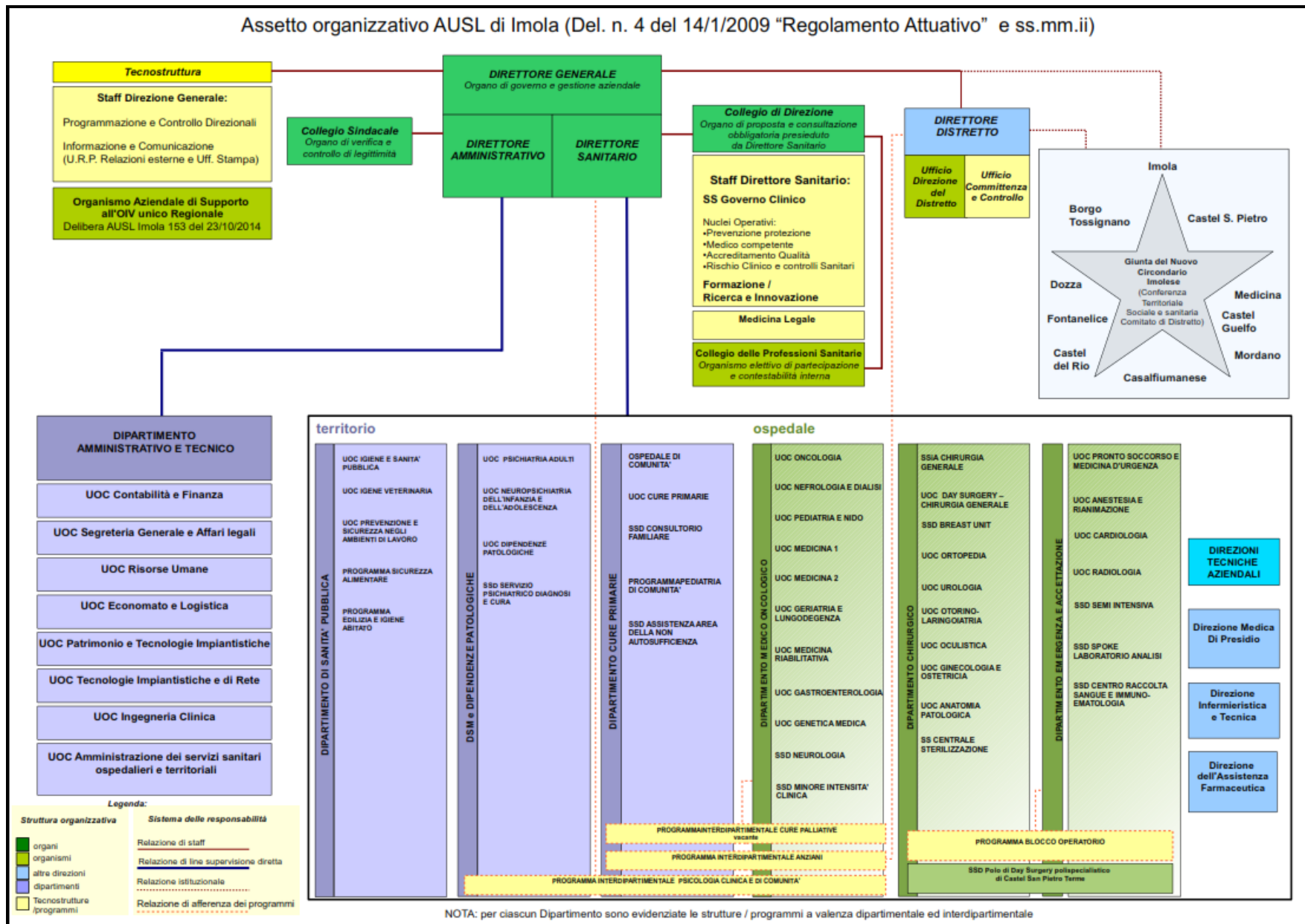
Nel 2015, l'area degenza è stata sottoposta ad un'importante revisione organizzativa che ha determinato la riduzione di 2 posti letto in SPDC e 4 posti letto in RTI e la contestuale riduzione di numero due unità di personale infermieristico. L'attività clinica e assistenziale per intensità di cura e in una logica di continuità assistenziale utilizza le aree per le diverse tipologie di ricoveri: l'area ospedaliera (SPDC) per le patologie in fase acuta e l'area territoriale (RTI) per proseguire/iniziare un percorso di stabilizzazione e riabilitazione prima della dimissione.

Proseguirà nel 2016 l'attività di definizione e realizzazione di integrazioni funzionali con ambiti di attività della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina con particolare riferimento all'attuazione del percorso clinico assistenziale integrato del paziente complesso con co-morbilità.

In ambito residenziale il Dipartimento ha collaborato nel Tavolo di confronto Azienda-USL-ASP-Enti Gestori per un percorso di ridefinizione della Residenzialità Socio-Sanitaria rivolta a disabili fisici e psichici, tra i quali i pazienti affetti da autismo.

Dipartimento Sanità Pubblica. Le funzioni rivolte all'Assistenza Collettiva in ambiente di vita e di Lavoro, unitamente alla specifica attività di prevenzione e controlli ufficiali programmati e non, riguardano anche: l'attività di vigilanza e controllo ufficiali con modalità integrate a livello dipartimentale rivolte al recupero di efficienza nell'impiego delle risorse; l'attività rivolta alla persona, mediante definizione dei livelli di integrazione funzionale e interdipartimentale, nell'ambito della Casa della Salute; l'attività di promozione della salute e del benessere sociale nell'ambito della collaborazione ai progetti regionali e/o locali, con livelli di integrazione con l'area territoriale ed ospedaliera. Infine, la realizzazione di integrazioni funzionali con la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme con particolare riferimento alla riorganizzazione delle sedute vaccinali (antidifterite, antinfluenzale). Si rileva, inoltre, il ruolo di coordinamento nell'elaborazione e attuazione del Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2015-2018 del Dipartimento di Sanità Pubblica. Nell'ambito del PLA stesso, peraltro, compete alle Unità operative del Dipartimento, la funzione di responsabilità in capo al Setting 1 Ambienti di Lavoro, al Setting 2 Comunità – Programmi di popolazione, al Setting 3 Comunità – Programmi età specifici.

Assetto organizzativo AUSL di Imola (Del. n. 4 del 14/1/2009 "Regolamento Attuativo" e ss.mm.ii)



2. GLI IMPEGNI STRATEGICI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE

2.1 Contesto di riferimento

Il 2016 si caratterizza per l'insediamento della nuova Direzione Aziendale. Gli obiettivi di mandato esplicitati dalla Regione nell'atto di nomina del Direttore Generale costituiscono gli obiettivi strategici e di sviluppo per il triennio corrispondente al presente Piano della Performance, sulla base dei quali si svilupperà, attraverso il documento di budget annuale, la programmazione operativa nel triennio.

L'attuale fase rappresenta, pertanto, un'opportunità per promuovere una nuova progettualità che, in continuità con quanto già realizzato, diventi una occasione per affrontare tematiche specifiche, in ragione anche di processi innovativi e di riorganizzazione che riguardano principalmente: il posizionamento strategico all'interno della rete ospedaliera metropolitana e dell' Area Vasta Centro del nosocomio imolese, il miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti tramite nuovi modelli gestionali emergenti (intensità di cura, sviluppo delle cure intermedie integrate, Case della Salute, ecc.), lo sviluppo dei servizi territoriali secondo una maggiore integrazione multiprofessionale dei percorsi assistenziali, la creazione e sviluppo di reti cliniche, la maggiore integrazione dei servizi amministrativi e logistici in Area vasta, l'applicazione di nuovi modelli gestionali ed organizzativi dei servizi tecnico e sanitari di supporto.

Il programma strategico, sopra richiamato, rappresenta una occasione di coinvolgimento e partecipazione dei professionisti, al fine di cogliere, oltre alle opportunità dei programmi già avviati, nuovi spazi di crescita per la sanità imolese in continuità con le azioni già intraprese, sia a livello strutturale, sia in ordine a precise azioni di rilancio indispensabili a mantenere una elevata qualità dei servizi e un rafforzamento del rapporto di fiducia con i cittadini e gli interlocutori del territorio. Tale nuova progettualità trova nel completamento e nell'implementazione del nuovo modello aziendale di valutazione della performance organizzativa e individuale una più accentuata definizione dei processi di sviluppo e di valorizzazione professionale delle competenze e di promozione del benessere organizzativo.

La Programmazione Strategica sopra richiamata dovrà, inoltre, essere strettamente collegata con la Programmazione economico-finanziaria definita annualmente sulla base delle linee di indirizzo dettate dalla Regione.

Di conseguenza gli obiettivi da assegnare a cascata alle strutture aziendali ed al personale sono la diretta declinazione degli indirizzi e delle priorità riportate nei documenti di pianificazione strategica, nel Bilancio di previsione, trovando la loro sintesi nel documento di *Budget* annualmente definito dalla Direzione aziendale.

2.2 L'albero della performance

L'albero della performance vuole rappresentare il collegamento tra mandato istituzionale – missione dell'Azienda, obiettivi strategici e piani operativi. Rappresenta, pertanto, una mappa logica che collega obiettivi e rispettiva dimensione, fornendo una rappresentazione articolata, sintetica ed integrata della performance aziendale.

Gli obiettivi dell'AUSL di Imola si inseriscono nell'ambito degli indirizzi ed orientamenti nazionali e regionali, derivano da indicazioni regionali per specifici ambiti e da scelte di livello locale condivise dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale. Gli obiettivi che l'Azienda è chiamata a perseguire sia a livello strategico che operativo discendo da:

- obiettivi strategici di mandato, pluriennali, definiti nella delibera di nomina del Direttore Generale;
- indirizzi annuali, definiti nella delibera di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie;
- linee guida al budget annuale.

L'AUSL di Imola, coerentemente alle indicazioni di cui alla delibera n.3/2014 dell'OIV-SSR, ha strutturato l'albero della Performance rappresentando le varie dimensioni della performance in relazione agli obiettivi strategici assegnati a livello di mandato all'atto dell'attribuzione dell'incarico alla Direzione Aziendale.

A "cascata" gli obiettivi strategici vengono declinati attraverso il percorso annuale di budget in obiettivi operativi e definiti gli standard di qualità, di efficienza ed economicità.

In tal modo, da una parte vengono esplicitati gli obiettivi/azioni che l'azienda intende promuovere per soddisfare i bisogni di riferimento e dall'altra vengono indicati i target e gli indicatori per misurare il livello di performance aziendale e di singola articolazione, in un'ottica di valutazione complessiva e di piena trasparenza.

L'albero della performance è articolato su due livelli: **Dimensioni** della performance ed **Aree** della performance, in riferimento alle quali vengono riportati gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, come mostra la tabella che segue.

Dimensioni della performance		Obiettivi di mandato del Direttore Generale DGR n. 2042/2015
1	Dimensione di performance dell'utente	
1.1	Area dell'accesso	1.3 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
		1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (esclusa parte farmaceutica)
1.2	Area dell'integrazione	1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale
		1.8 Integrazione socio sanitaria
1.3	Area degli esiti	
2	Dimensione di performance dei processi interni	
2.1	Area della produzione	1.1 Riordino Assistenza ospedaliera
		1.2 Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale-Territorio
		1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute
2.2	Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
		1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (solo parte farmaceutica)
2.3	Area dell'organizzazione	2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici delle Aziende
		2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
		2.6 Adempimenti nei flussi informativi
2.4	Area dell'anticorruzione e della Trasparenza	
3	Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo	
3.1	Area della ricerca e della didattica	
3.2	Area dello sviluppo organizzativo	2.7 Valorizzazione del capitale umano
4	Dimensione di performance della sostenibilità	
4.1	Area economico-finanziaria	2.1 Rispetto dell'equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa
		2.5 Governo delle risorse umane
4.2	Area degli investimenti	2.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

2.3 Dimensione / Aree della performance e obiettivi di mandato della Direzione Generale

Si riporta, di seguito, in ordine alle dimensioni e alle aree della performance, la programmazione aziendale delle azioni relative agli obiettivi strategici assegnati alla Direzione generale dell'AUSL di Imola.

1. Dimensione di performance dell'utente

1.1 Area dell'Accesso

Obiettivo di mandato 1.3 - Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero

In ordine al governo dei tempi di attesa, l'AUSL di Imola ha posto nel corso degli anni numerosi interventi con azioni di aumento dell'offerta laddove necessario e misure organizzative volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. La Regione Emilia Romagna con DGR 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" ha dettato precise disposizioni finalizzate al miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni offerte, al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa per la specialistica e al miglioramento del ciclo delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli e della corretta gestione delle agende di prenotazione. L'AUSL di Imola ha pertanto predisposto un Programma individuando le prestazioni specialistiche al fine di perseguire gli obiettivi dati dalla Regione. Le linee di intervento poste in essere e che l'Azienda intende perseguire nel triennio 016 – 2018, riguardano:

- Operazioni di efficientamento organizzativo interno;
- Acquisto da parte dell'Azienda di prestazioni da professionisti interni al di fuori del loro orario istituzionale;
- Incremento dei contratti di fornitura con il privato accreditato;
- Incremento di attività di alcuni specialisti ambulatoriali convenzionati.

E' stato, inoltre, predisposto il Piano straordinario che ha previsto azioni di sistema con valenza di natura più strutturale, tra cui i seguenti interventi:

- Appropriatezza prescrittiva mediante controlli sui quesiti diagnostici resi maggiormente fruibili tramite il sistema informativo gestionale di CUP2000;
- Separazione delle Agende tra il "primo accesso" e gli "accessi di controllo", anche in questo ambito con il supporto del sistema informativo gestionale CUP2000;
- Il Servizio di *Recall* automatico che 7 gg prima ricorda al cittadino l'appuntamento chiedendone contestualmente conferma o disdetta;
- L'apertura delle Agende senza soluzione di continuità.

Tutto il percorso e le azioni programmate saranno costantemente presidiate dal Responsabile Unitario dell'Accesso, a livello aziendale, e da un team operativo multidisciplinare di controllo con il compito di assicurare il monitoraggio delle misure previste nel Programma, individuando gli aggiustamenti progressivi, laddove necessario, sia per gestire criticità di singole prestazioni con azioni di natura urgente, sia per definire gli interventi di tipo strutturale.

Sono stati collocati sui Dipartimenti i contributi prestazionali che ciascun Centro di Responsabilità, per quanto di competenza, ha garantito rispetto agli obiettivi aziendali.

In sede di Budget 2016, lo sviluppo dell'impianto strutturale finalizzato al governo dei tempi di attesa, vede in particolare le seguenti linee di intervento:

- Programmare stabilmente l'offerta specialistica al fine di mantenerla costante nell'assetto prevedendo rimodulazioni tempestive di recupero di offerta, ove si presentino criticità di organico in corso d'anno;
- Sviluppare, relativamente alle prescrizioni ed alle prenotazioni dei "controlli", la prescrizione mediante ricetta dematerializzata da parte del medico specialista, senza rinvio del paziente al medico di medicina generale e prevedere la relativa prenotazione da parte della struttura (UO/Ambulatorio);
- Favorire l'attuazione della dematerializzazione delle prescrizioni e l'utilizzo dei sistemi informatici utili anche ai fini dei relativi monitoraggi;
- Perseguire e consolidare l'appropriatezza nella gestione delle Agende, con particolare riferimento alle Agende di "primo accesso", che dovranno essere strutturate per specialità superando eventuali frammentazioni;
- Sviluppare interventi di verifica dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari, secondo le condizioni di erogabilità definite a livello regionale;
- Presidiare e favorire il miglioramento delle liste di attesa per i ricoveri programmati.

Obiettivo di mandato 1.6 - Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico

Assistenza perinatale e Procreazione medicalmente assistita (PMA)

Le linee di sviluppo per il triennio 2016-2018 individuate per questa specifica area di attività comprendono i seguenti obiettivi:

- Proseguire i lavori per l'adesione al progetto regionale di implementazione della linea guida sull'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo e del documento sulla induzione del travaglio di parto, con l'obiettivo di tendere alle percentuali fissate dal DM 70/2015 e comunque ad una riduzione dei TC primari.
- Sviluppare a regime e consolidare il percorso di offerta di parto-analgesia anche non farmacologica. In questo ambito, l'Ospedale di Imola parteciperà al progetto "Ipoalgesia in travaglio di parto: integrazione della digitopressione nei punti nascita del SSR della Regione Emilia-Romagna" nell'ambito del Programma Sperimentale Medicine Non Convenzionali 2014-2016 della Regione Emilia-Romagna, proseguendo in questo modo le attività di innovazione e

formazione già sperimentate con i precedenti Programmi Sperimentali Regionali per le medicine non convenzionali.

- Incrementare l'attività dell'ambulatorio dedicato ai problemi di infertilità, gestito in collaborazione tra le UU.OO.CC. di Ginecologia e Urologia.

1.2 Area dell'integrazione

Obiettivo di mandato 1.4 - Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

Nel corso dell'ultimo biennio l'Azienda, a livello Distrettuale, ha profuso un particolare impegno nello sviluppo delle **Case della Salute** di Castel S. Pietro Terme e Medicina e nell'attivazione dell'**Ospedale di Comunità (OS.CO)**, ambiti che nel 2015 hanno visto l'implementazione di specifiche funzioni realizzate in collaborazione anche con i Dipartimenti territoriali: Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP).

In tale contesto proseguirà l'impegno sugli obiettivi delle Case della Salute di Cspt e Medicina in continuità ai percorsi avviati e alla progettazione di fattibilità della Casa della Salute di Imola.

Nel raccordo tra Ospedale e Territorio si richiama il significativo impegno, con riferimento al potenziamento dell'**Assistenza Domiciliare Integrata**, verso il paziente complesso al fine di consentire maggiore fluidità nelle dimissioni protette, favorendo sinergia tra medico specialista e MMG all'atto della dimissione, mediante il raccordo del Punto Unico di Accettazione (PUA).

In continuità e sviluppo con l'impianto di azioni avviato proseguirà l'attività del DCP negli interventi che vedono il coinvolgimento dei MMG, per i quali si evidenziano in particolare:

- Il progetto di presa in carico del paziente cronico complesso per i profili di Diabete, Scompenso e BPCO per il quale l'Azienda ha avviato una collaborazione con l'Università SDA Bocconi per l'Implementazione del *Modello di presa in carico del paziente cronico complesso*.
- La sistematizzazione dei percorsi per la gestione del paziente cronico complesso per BPCO, Scompenso, Diabete mediante un ambito composito di interventi che ricomprendono iniziative formative, autonomizzazione dei MMG per le prestazioni di ECG e Spirometria e strutturazione percorsi di relazione per le consulenze specialistiche;
- Utilizzo dei dati "Profilo di Nucleo", documento informativo regionale, al fine di supportare l'analisi dei dati e individuare interventi di miglioramento, quali: *follow up* del paziente diabetico, IM, BPCO e Scompenso.

Proseguirà, inoltre, nel 2016 l'attuazione del progetto di miglioramento della **continuità assistenziale nelle case-residenze per anziani (CRA)**, in collaborazione con il Distretto e il

Programma Anziani al fine di individuare sinergie nei percorsi integrati di dimissioni protette per anziani non autosufficienti.

A livello territoriale il Dipartimento di Cure Primarie proseguirà il proprio apporto nel governo dell'appropriatezza prescrittiva e nel monitoraggio di importanti aggregati di spesa quali l'Assistenza protesica e Integrativa, e l'Ossigeno terapia domiciliare.

L'area della **Salute Mentale (DSM)** è stata interessata, negli ultimi anni, dalla progressiva attuazione di nuovi assetti organizzativo-funzionali, dando corso alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio, attraverso l'avvio di percorsi qualificati come *budget di cura/salute*. La riorganizzazione posta in essere, i cui effetti seguiranno nel triennio 2016 - 2018 a consolidamento dell'impianto, si pone l'obiettivo di:

- Mantenere l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi attraverso una sempre maggiore integrazione progettuale e organizzativa sia all'interno del Dipartimento che con i soggetti esterni coinvolti.
- Garantire l'attività clinica e assistenziale mantenendo l'organizzazione per intensità di cura e continuità assistenziale, utilizzando le diverse aree per varie tipologie di ricoveri:
 - a) in area ospedaliera (SPDC) per le patologie in fase acuta;
 - b) in area territoriale (RTI) per proseguire/iniziare un percorso di stabilizzazione e riabilitazione prima della dimissione e sperimentare nuove modalità organizzative con la rimodulazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative nelle due aree (revisione dei piani delle attività) e l'integrazione delle risorse umane in un'ottica di appropriatezza e valorizzazione professionale e l'implementazione di percorsi specialistici in RTI.

Fra gli obiettivi qualificanti e caratterizzanti l'azione del DSM anche per il 2016 si richiama la progressiva implementazione del *budget di salute*, sia nell'area della psichiatria adulti che nell'area della Neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche, attraverso i quali il Dipartimento pone in essere percorsi riabilitativi individuali nelle aree corrispondenti sia ai principali determinanti sociali della salute che a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti: *apprendimento, espressività, formazione, lavoro, casa/habitat sociale, affettività/socialità*, tramite la combinazione e l'apporto delle risorse professionali, umane ed economiche necessarie, in collaborazione con l'ASP e il Privato sociale, per sostenere un processo che tende a ridare alla persona il proprio funzionamento sociale.

Nel 2016 l'attività del DSM si caratterizzerà nella definizione e realizzazione di integrazioni funzionali ed afferenze di ambiti di attività con la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e

Medicina con particolare riferimento all'attuazione del percorso clinico assistenziale integrato del paziente complesso con co-morbilità.

Nell'ambito dei programmi di sviluppo del Dipartimento si colloca, anche, la ri-progettazione organizzativa del Centro diurno per la Psichiatria adulti, in collaborazione con i competenti servizi aziendali sotto il profilo delle modalità tecniche e della sostenibilità economica.

La gestione integrata delle risorse tra psichiatria e disabilità nell'ambito della residenzialità è tema per il quale il Dipartimento ha collaborato nel Tavolo di confronto Azienda-USL-ASP-Enti Gestori per un percorso di ridefinizione della Residenzialità Socio-Sanitaria rivolta a disabili fisici e psichici, tra i quali i pazienti affetti da autismo. I lavori del Tavolo, nel quale sono confluite le attività del Gruppo tecnico del DSMDP, proseguirà nel triennio con il coordinamento del Responsabile dell'Ufficio di Piano e Direttore delle Attività Socio-sanitarie.

Si evidenzia, inoltre, l'impegno ai lavori attivi nei tavoli interaziendali a livello di Area Vasta/Area Metropolitana per DCA ed Emergenza Urgenza ed, in particolare, l'apporto al programma di rimodulazione dell'offerta dei servizi di SPDC a livello di Area Metropolitana in ordine ai relativi assetti e bacini di utenza.

Obiettivo di mandato 1.8 - Integrazione socio sanitaria

Per L'AUSL di Imola l'integrazione socio-sanitaria costituisce ambito di intervento di particolare rilevanza strategica su cui si incentrano le politiche del Distretto. Tramite una stretta collaborazione con gli Enti Locali si persegue l'obiettivo di rafforzare ed in certi casi riprogettare gli interventi al fine di migliorare la capacità di risposta verso la domanda sociosanitaria, che negli ultimi anni, anche in ragione delle mutate condizioni socio-economiche, richiede nuove e più articolate dinamiche di intervento.

In particolare, oltre allo sviluppo dei servizi agli anziani, ambito tradizionalmente di grande attenzione da parte dell'Azienda, anche le aree della disabilità (fisica e psichica), della maternità e dell'infanzia devono, secondo i programmi definiti a livello regionale, essere oggetto di confronto interno e riprogettazione, aprendo alla comunità locale con un ascolto particolare ai bisogni espressi dai pazienti, dalle famiglie e dalle associazioni di volontariato.

Trattandosi di ambiti di particolare difficoltà per le persone e le loro famiglie con bisogni che richiedono risposte sempre più specifiche ed efficaci, l'Azienda è chiamata a riservare specifica attenzione e approntare incisive politiche, anche in sinergia con gli Enti Locali, il privato sociale e le associazioni di volontariato, al fine di rispondere ai bisogni con interventi appropriati e di genere.

Se l'integrazione istituzionale vede la realizzazione di azioni di programmazione e controllo strategico la cui responsabilità è posta in capo al Nuovo Circondario Imolese legittimato alla individuazione delle priorità da perseguire tramite una stretta interdipendenza delle politiche sociali

con quelle sanitarie, educative, ambientali, urbanistiche, culturali, ecc., l'integrazione di tipo orizzontale e comunitaria vede il Distretto soggetto catalizzatore delle diverse strategie, in quanto ambito ottimale per lo sviluppo dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali e per qualificare l'offerta ai mutati bisogni della popolazione. E' in tale ambito che l'azienda intende operare per garantire l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente dei fattori organizzativi e delle risorse disponibili appartenenti a soggetti diversi, assicurando la produzione dei servizi ed il funzionamento delle reti tramite sistemi unificati ed equi per l'accesso (valutazione multidimensionale e multiprofessionale, Liste Uniche di accesso, ecc.), garantendo gli standard di servizio (accreditamento soggetti gestori), la visibilità e la trasparenza delle responsabilità (contestabilità), la qualificazione professionale, per assicurare il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multidimensionale, la cui complessità richiede una risposta altrettanto complessa, coordinata e strutturata (presa in carico congiunta, figura del *case-manager*, ecc.).

Per quanto riguarda gli interventi nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria un ruolo di particolare attenzione è da riservare alla gestione del Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA).

La gestione del FRNA, oltre a consolidare quanto già costruito negli anni in termini di residenzialità e semi-residenzialità, deve perseguire altre priorità quali il sostegno diretto ed indiretto della domiciliarità per potenziare i servizi e supportare le risorse della persona, della rete familiare, della comunità e mantenere quanto più possibile la persona non autosufficiente nel proprio contesto di vita. Promuovere lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale), la qualificazione delle assistenti familiari (con formazione e consulenza), i servizi di teleassistenza gestiti con il concorso del volontariato, i ricoveri temporanei di sollievo ed il sostegno alle reti formali ed informali di solidarietà sociale.

2. Dimensione di performance dei processi interni

2.1 Area della produzione

Obiettivo di mandato 1.1 - Riordino Assistenza Ospedaliera

Reti Cliniche Integrate

L'Azienda è impegnata sul fronte della riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera a dare attuazione alle disposizioni da ultimo dettate dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 2040 del 10/12/2015 ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto della Salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015".

Alla luce di quanto dettato dalla soprarichiamata DGR gli obiettivi prioritari che vedranno l'Azienda impegnata in interventi di riorganizzazione riguardano:

- Ripuntualizzare le discipline H&S, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, prevedendo che per queste sia il livello regionale a definire i bacini, le UOC, gli assetti di rete e le relazioni, riavviando un lavoro di confronto specifico con le Aziende ed i professionisti e procedendo altresì ad un adeguamento/manutenzione delle reti esistenti;
- Portare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie tenuto conto del saldo di mobilità), mantenendo una visione di carattere regionale:
 - Migliorare il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere.
 - Ricondere, quando appropriato, le attività erogate in day hospital, day surgery e ordinario programmato 0-1 giorno al regime ambulatoriale.
 - Rafforzare l'introduzione di modelli innovativi, anche completando il percorso di realizzazione degli ospedali di comunità.
 - Completare la definizione dei bacini di utenza e concentrazione delle UOC.
 - Attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi e degli esiti per le principali patologie in cui è comprovato che all'aumentare dei volumi le complicanze si riducono.

Le reti Hub & Spoke rappresentano organizzazioni a forte componente gerarchica, prevedendo notoriamente la concentrazione dei casi più complessi in centri di eccellenza (Hub) e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici sotto ordinati (Spoke). La deliberazione 2040/2015 in coerenza di quanto già dettato dal PSR individua le discipline/attività per le quali la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità deve basarsi sulla concentrazione in centri (Hub) in grado di sviluppare competenze adeguate e mantenere sistemi

tecnologici complessi e ad elevato impatto economico. I centri Hub devono essere connessi agli Spoke da un sistema di relazioni formalizzate. Fermo restando la competente programmazione regionale, l'Azienda e i professionisti saranno coinvolti nell'ambito dei gruppi multidisciplinari e multiprofessionali, con mandati specifici e diversificati per le singole discipline/aree di attività. L'obiettivo è quello di arrivare a definire il riassetto complessivo delle reti di rilievo regionale parallelamente alla ridefinizione del quadro più ampio delle rete ospedaliera regionale. Le discipline individuate e che ci vedranno coinvolti, sono le seguenti:

- Cardiologia interventistica e Cardiochirurgia
- Centro antiveleni
- Diagnostica di Laboratorio ad alta complessità
- Emergenza Territoriale
- Genetica Medica
- Malattie Rare
- Neuroscienze
- Oncologia
- Procreazione Medicalmente Assistita
- Riabilitazione
- Sistema Trasfusionale
- Sistema delle centrali operative 118
- Terapia dei Grandi Traumi
- Terapia delle Grandi Ustioni
- Terapia del Dolore
- Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica
- Trapianto di organi e tessuti
- Trattamenti sostitutivi artificiali dell'Insufficienza Renale.

Tenuto conto di quanto proposto dal DM 70/2015, la DGR 2040/2015 integra le discipline succitate con la rete delle medicine specialistiche e la rete pediatrica. Per le prime verrà prioritariamente avviato un lavoro di condivisione relativamente alle discipline considerate prioritarie, per la seconda ci si concentrerà in particolare sulle aree specialistiche.

Reti Ospedaliere Integrate

Le reti ospedaliere integrate riguardano l'organizzazione delle attività presenti negli ospedali di tutte le Aziende sanitarie che, attraverso l'integrazione con i servizi distrettuali e sociali, assicura ai cittadini il livello primario dell'assistenza in un determinato territorio, di norma provinciale (autosufficienza territoriale). La logica dell'autosufficienza prevede che, all'interno della rete dei

servizi, siano garantite a tutti i cittadini, in condizioni di equità, le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali, per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti H&S.

Si tratta di soluzioni organizzative non gerarchiche, orientate alla integrazione di competenze ed autonomie diverse, tramite l'uso di strumenti di integrazione orizzontale, basati sulla partecipazione collaborativa tra pari. Le reti cliniche riconfigurano la questione della prossimità e della qualità delle cure, migliorando le condizioni di accesso e di presa in carico; nondimeno la messa in condivisione delle risorse, la costituzione di équipes integrate, consentendo di sviluppare maggiore efficienza.

Su tale solco, al fine di valorizzare la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse e di qualità e favorire l'integrazione e la valorizzazione delle professionalità, l'Azienda proseguirà nello sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate, prioritariamente per quanto riguarda le azioni già avviate nel corso del 2014-2015 e che hanno visto la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per le funzioni di Chirurgia Generale e Radiodiagnostica.

Ad ulteriore impulso si inquadra, a partire dal 2016, lo sviluppo della Ginecologia e dell'Urologia, secondo il modello della Rete clinica integrata, con particolare riferimento alla chirurgia mini-invasiva e laparoscopia urologica.

Nell'ambito dei rapporti di collaborazione si richiama, inoltre, il consolidamento della rete clinica instaurata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli per l'implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e orto-pediatria, nonché la collaborazione con l'Università di Bologna per la formazione dei medici specializzandi in Urologia e in Chirurgia generale. Ulteriori sviluppi disciplinari sono attesi per altre funzioni chirurgiche (Oculistica – ORL) e mediche (Gastroenterologia, Pediatria, Pneumologia) a livello di Area Metropolitana.

Obiettivo di mandato 1.2 - Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale-Territorio

Distretto - Case della Salute

L'ambito delle Case della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina costituisce una delle Aree funzionali del nuovo assetto aziendale che accoglie funzioni e interventi dei tradizionali Dipartimenti territoriali: Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale-Dipendenze Patologiche.

Il modello organizzativo della Casa della Salute implementato nell'AUSL di Imola, in progressivo sviluppo, è finalizzato a costituire un luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale rivolto ai cittadini che accedono alle cure primarie, ove si concretizza l'accoglienza, trovando risposta alla loro domanda di salute attraverso l'accesso a servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico, la disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a minore impatto

tecnologico, l'accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello, nonché l'orientamento ai servizi nella logica della integrazione con i vari soggetti operanti nel territorio – Medici di Medicina generale, Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera scelta, ASP Circondario Imolese e Dipartimenti ospedalieri. Nell'ambito territoriale dell'Azienda Imolese sono attive due Case della Salute: nel Comune di Castel San Pietro Terme e nel Comune di Medicina.

Le attività che scaturiscono dal modello organizzativo sono rappresentate sotto forma di unità di budget specifiche i cui obiettivi afferiscono in correlazione integrata anche ai Dipartimenti territoriali coinvolti, avviando e realizzando l'attuazione dei seguenti obiettivi:

- La presa in carico multiprofessionale della cronicità (Diabete, BPCO, Scompenso) e la progressiva adozione degli strumenti quali la Carta del rischio cardiovascolare.
- Il percorso clinico-assistenziale integrato del paziente psichiatrico con co-morbilità.
- L'organizzazione a regime delle sedute vaccinali (antinfluenzale e antidiftotetica).
- La predisposizione della Procedura per il Percorso Accoglienza relativa alla programmazione e gestione delle prese in carico e delle dimissioni protette.
- L'attivazione di uno Sportello dedicato all'*Accoglienza* in collaborazione con il Consultorio familiare, la Psichiatria e l'Asp nel contesto del quale è stata attivata la porta di accesso rivolta alle donne vittime di violenza.
- L'implementazione dell'attività di erogazione dell'Assistenza integrativa e protesica presso Cspt.
- La predisposizione della Carta dei Servizi relativa alla Casa della Salute di Cspt.

Proseguirà nel triennio l'attività delle Case della Salute, attraverso i propri organismi direttivi, il Coordinatore Responsabile Dirigente Infermieristico, il Board Direttivo e il Comitato di Coordinamento, nel segno della continuità e del consolidamento dei programmi intrapresi e nel progressivo sviluppo delle proprie funzioni volte a realizzare Aree Integrate di intervento sulla base di bisogni di salute della popolazione. A tal fine si evidenziano in particolare i seguenti obiettivi:

- Ampliamento del novero delle collaborazioni con i Medici di Medicina Generale per la presa in carico multiprofessionale dei pazienti cronici per BPCO, Diabete, Scompenso e relativo *follow up* del paziente con infarto miocardio e consolidamento nell'adozione della Carta del rischio cardiovascolare.
- Sviluppo nella definizione del percorso integrato clinico assistenziale del paziente psichiatrico con co-morbilità.
- Consolidamento dell'attività di erogazione dell'Assistenza integrativa e protesica presso la Casa della Salute di Cspt e farmaceutica presso la Casa della Salute di Medicina.

- Distribuzione Diretta dei farmaci a pazienti cronici presi in carico per BPCO e asma presso la Casa della Salute di Cspt, nonché erogazione diretta, in collaborazione con la Direzione Farmaceutica ospedaliera, ai pazienti residenti a Cspt.
- Adozione della Carta dei Servizi presso la Casa della Salute di Cspt e di Medicina.

Ad ulteriore sviluppo si richiama il perseguimento di obiettivi volti al miglioramento dei processi di integrazione con i servizi sociali del territorio al fine di valorizzare il Distretto nella sua dimensione socio-sanitaria. Fra i progetti di sviluppo strutturale e funzionale, l'AUSL di Imola completerà lo Studio di fattibilità già avviato relativo all'istituzione della Casa della Salute di Imola.

Distretto – Ospedale di Comunità

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale nel regolamentare i flussi in entrata ed in uscita dall'ospedale ed è fondamentale per assicurare la continuità delle cure. Mentre l'ospedale si configura come il *setting* assistenziale per la gestione di problematiche ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale o necessitanti di risposte tecnologicamente ed organizzativamente articolate e complesse, da programmare secondo la logica dell'intensità delle cure, il territorio rappresenta invece il *setting* complementare più appropriato per la gestione della cronicità. Nell'ambito della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme si iscrive l'attivazione dell'Ospedale di Comunità (OS.CO), istituito con deliberazione n. 44 del 28.3.2014, basato su una modalità assistenziale di tipo intermedia, rivolta a determinati target di utenza, con la finalità di attuare cure in ambiente protetto, consolidare le condizioni di salute e garantire la prosecuzione del processo di recupero delle autonomie in un contesto non ospedaliero.

L'OS.CO si compone della Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI) e dell'Hospice territoriale. Nel corso del 2015, l'OS.CO, cui afferisce budget specifico nell'ambito del DCP, ha portato a regime la gestione infermieristica con progressiva riduzione della presenza medica ospedaliera pomeridiana. Si è dotato di specifica Procedura di Accettazione e Dimissione degli ospiti, nonché per la gestione documentale del processo clinico-assistenziale.

Nell'ambito dell'OS.CO, la Struttura Residenziale di Cure Intermedie è stata collocata nei locali ristrutturati della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme. Le azioni a seguire si pongono in continuità agli interventi avviati con particolare riferimento al consolidamento della gestione infermieristica a regime, l'adozione della Procedura di Accettazione/Dimissione e di una propria Carta dei Servizi.

Si richiama, inoltre, l'attuazione di modelli di integrazione con le Associazioni di volontariato e la messa in campo di un monitoraggio periodico tramite indicatori specifici con particolare riferimento al flusso informativo regionale SIRCO. Quale ulteriore sviluppo per favorire la continuità Ospedale-

Territorio, si pone l'obiettivo di strutturare percorsi di consulenza specialistica medico-geriatrica a domicilio del paziente con accessi programmati a rafforzamento della dimissione protetta.

In relazione alle funzioni correlate all'Hospice territoriale si evidenzia l'obiettivo teso a definire il percorso di cure palliative non oncologiche nell'ambito del più ampio sviluppo delle cure palliative che l'Azienda si pone in attuazione della normativa regionale in materia, al fine di garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete.

Obiettivo di mandato 1.5 - Attività di prevenzione e promozione della salute

Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione

Con DGR 771/2015 la Regione Emilia Romagna ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. Al fine di pianificare a livello locale le attività e raccordarle con gli altri strumenti di programmazione locale, l'Azienda porterà a compimento l'elaborazione del "Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2015-2018" (PLA) e avvierà i programmi di intervento conseguenti. L'obiettivo di fondo si inquadra nel crescente ruolo che la Sanità pubblica è chiamata a svolgere nel promuovere e facilitare l'incontro e la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione.

In tale ottica, il Piano (PLA) esplicita la struttura organizzativa locale (in termini di responsabili, coordinatori, gruppi di lavoro, ecc.) e i progetti di intervento specifici correlati ai 6 programmi/setting di intervento:

- 1) Ambienti di lavoro
- 2) Comunità – Programmi di popolazione
- 3) Comunità – Programmi età specifici
- 4) Comunità – Programmi per condizione
- 5) Scuola
- 6) Ambito sanitario

L'attuazione del PLA prevede il coinvolgimento di tutti Dipartimenti aziendali ed in particolar modo del Dipartimento di Sanità Pubblica che ne coordina l'attuazione complessiva.

Sono trasposti sul Budget annuale gli obiettivi discendenti dal Piano (PLA), secondo le competenze ed i coinvolgimenti specifici delle strutture e dei professionisti, con riferimento alle azioni contenute nei singoli progetti, ovvero con riferimento all'indicatore sentinella previsto per ciascuno di essi.

Nello specifico si attiveranno interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio legati all'età, per stili di vita o per condizioni patologiche, con riguardo alla prevenzione cardiovascolare, agli interventi di contrasto alla violenza e alla promozione del benessere nei primi anni di vita dei bambini ed in adolescenza.

2.2 Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Obiettivo di mandato 1.7 - Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Governo clinico e Gestione del rischio

Nell'area del governo clinico si inquadrano, nel segno della continuità, interventi con indicatori di processo e/o di esito volti al consolidamento dei percorsi diagnostico terapeutici avviati e perseguiti nel corso dell'ultimo quadriennio. Si richiamano in tal senso i *pdt colon retto*, *pdt tumore mammella*, *pdt frattura femore*, *pdt stroke*.

A progressivo consolidamento figurano le azioni connesse all'applicazione della Procedura "Gestione del rischio clinico" (*Incident Reporting*) che comprendono l'alimentazione periodica del data base regionale e le relazioni specifiche di analisi, il tutto con il supporto della Rete dei referenti per l'*Incident Reporting*, nonché il monitoraggio degli indicatori di controllo connessi alla Procedura aziendale SOS.NET nei Blocchi Operatori in relazione al rischio infettivo.

Fra gli ulteriori obiettivi specifici si richiamano in particolare:

- L'armonizzazione delle funzioni di rischio clinico e gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile (Deliberazione n. 165 del 18.11.2014) prevedendo modalità di interventi volti alla promozione e sensibilizzazione al miglioramento qualitativo e all'eshaustività della documentazione sanitaria.
- La revisione del Piano di Emergenza relativo al presidio S. Maria della Scaletta in collaborazione con i servizi tecnici di competenza.
- La revisione della Procedura aziendale Gestione clinica del farmaco con particolare riferimento alla ricognizione/riconciliazione del farmaco Ospedale-Territorio.
- La revisione organizzativa della CADM Commissione Aziendale Dispositivi Medici.
- Le azioni connesse al Progetto Benessere Organizzativo con particolare riferimento alla valutazione del Rischio Stress.
- L'attuazione degli interventi di sorveglianza dei videoterminalisti.

In relazione all'area **Ricerca e Innovazione**, si richiama il coordinamento dello staff Governo Clinico e gli interventi specifici volti al censimento dei progetti in essere e all'aggiornamento dell'Anagrafe regionale della Ricerca (AReR).

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

L'Azienda aderisce al Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri fin dal 2014, dotandosi degli strumenti e delle risorse per garantire l'avvio della sperimentazione.

In particolare è stato nominato il Responsabile dell'attuazione del programma; è stata integrata la composizione del Comitato Valutazione Sinistri, secondo le indicazioni di cui alla DGR 2079/2013;

sono state disciplinate, nel dettaglio fasi, competenze, modalità della gestione extragiudiziale dei sinistri, secondo le indicazioni regionali.

Nel corso del 2016 e degli anni a seguire, l'Azienda si impegna ad implementare le azioni rivolte alla piena attuazione del programma e degli indirizzi che la Regione di volta in volta emanerà, nonché a garantire la tempestiva alimentazione del sistema informativo regionale contenzioso legale.

Accreditamento

L'Azienda garantirà i percorsi di accreditamento a livello di Dipartimento secondo la programmazione concordata a livello regionale. Con riferimento alla programmazione 2016 è prevista la Visita ispettiva interna per il Dipartimento di Emergenza Accettazione e le Unità Operative afferenti.

Sviluppo Piano Equità Aziendale

Con deliberazione n. 191 del 23.12.2014, l'Azienda ha adottato il *Piano Equità Aziendale* finalizzato ad eliminare le barriere di accesso ai servizi per le categorie sociali svantaggiate, sviluppando la capacità di lettura dei bisogni di salute al fine di organizzare i servizi secondo principi di equità. Attraverso il sistema dell'accreditamento l'Azienda si propone di dare evidenza dell'impegno in equità e rendere visibile e misurabile il modo in cui l'Azienda sanitaria, i suoi Dipartimenti e Unità Operative attuano tali principi. Sono pertanto trasposti sul documento budget, tali obiettivi con particolare riferimento ai Dipartimenti e alle Unità Operative sui quali è prevista la visita ispettiva interna ai fini dell'Accreditamento.

Obiettivo di mandato 1.6 - Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito farmaceutico

Politica del farmaco e governo dell'appropriatezza prescrittiva

Le azioni rivolte alla politica del farmaco e al governo della spesa farmaceutica costituiscono un settore di particolare rilevanza strategica di intervento sia a livello aziendale che di sistema.

Gli indirizzi regionali contemplano un ampio raggio di interventi di appropriatezza d'uso e prescrizione sia in ambito ospedaliero che con riferimento alla farmaceutica convenzionata, con obiettivi specifici di intervento su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa, sottolineando l'importanza affinché tutte le parti e gli attori che intervengono e interagiscono in tale ambito, sia di area territoriale che ospedaliera, siano coinvolti costituendosi parte attiva nel perseguimento degli obiettivi.

Gli interventi aziendali in tal senso, avviati nel corso degli ultimi anni, hanno realizzato gradi di miglioramento tramite l'azione sinergica fra tutte le parti coinvolte, con il coordinamento della

Direzione farmaceutica ed il supporto del Dipartimento di Cure Primarie e delle Direzioni dipartimentali ospedaliere. In tale ambito si richiama, inoltre, l'intervenuta collaborazione con l'AUSL di Bologna per l'allestimento dei farmaci antitumorali per il DH Oncologico e di farmaci antineoplastici per l'Oculistica, da parte del Laboratorio di Farmacia Oncologica dell'Ospedale Bellaria. Costituirà impegno dell'Azienda, attraverso tutti i professionisti e i ruoli coinvolti, portare a consolidamento strutturale l'impianto di azioni poste in essere a presidio di tale significativo aggregato di consumo e spesa sanitaria.

Il sistema di azioni a governo della farmaceutica ospedaliera e convenzionata/territoriale, includono in particolare i seguenti interventi, declinati e personalizzati sui Dipartimenti:

- Percorsi formativi e informativi sia a livello di specialisti ospedalieri che a livello territoriale in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.
- Interventi specifici di programmazione di fabbisogni, monitoraggio e rendicontazione delle seguenti categorie di consumi ospedalieri: Biologici Immunosoppressori, Inibitori della proteasi, Oncologici, Oculistici, Antibiotici ad alto costo, attraverso il coinvolgimento diretti dei medici specialisti e il ruolo primario di coordinamento e impulso della Direzione Farmaceutica e Direzione Medica di Presidio.
- La promozione verso l'utilizzo dei farmaci biosimilari (Epoetine e Ormone della crescita).
- La messa a punto di un sistema di rendicontazione e monitoraggio delle prescrizioni di farmaceutica convenzionata a livello di Nucleo di Cure Primarie e di singolo MMG, presidiando in particolare i fenomeni di iperprescrizione intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale e rispetto all'andamento temporale.
- Il ruolo primario di impulso del Dipartimento Cure Primarie in raccordo con i Nuclei e i Medici di Medicina Generale verso l'attuazione di azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche: Inibitori di pompa protonica, Statine, Sartani, Ace Inibitori.
- L'aderenza al prontuario farmaceutico sia in regime di degenza, sia in consulenza interna, sia in seguito a visita ambulatoriale o di PS.
- L'incremento della prescrizione di medicinali a brevetto scaduto.
- La riduzione del tasso di consumo di antibiotici sistemici in ambito ospedaliero (classe ATC J01) – DDD per 100 gg di degenza ordinaria.
- La riduzione del tasso di consumo di fluorochinoloni sistemici in ambito territoriale (classe ATC J01MA) – DDD per 1000 abitanti die.
- Il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa per ossigeno domiciliare/residenziale in OLT.

- Il consolidamento delle attività di Distribuzione Diretta – fascia A ed ex Osp 2, nonché con riferimento ai pazienti presi in carico affetti da patologie croniche.

Sarà cura dei competenti servizi coinvolti, Direzione Farmaceutica e professionisti, attuare il puntuale monitoraggio in ordine alla prescrizione e consumo dei farmaci innovativi (Epatite C). Analogamente, sarà cura dei competenti servizi con il contributo della CADM e dei professionisti coinvolti, attivare tutte le misure idonee al monitoraggio sull'appropriatezza d'uso e il contenimento della spesa relativa ai Dispositivi Medici secondo gli indirizzi regionali.

2.3 Area dell'organizzazione

Obiettivo di mandato 2.2 - Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici delle Aziende

Programmi di Area Metropolitana – Area Vasta

In attuazione degli indirizzi regionali e delle politiche di integrazione di funzioni e servizi sovra aziendali, l'Azienda garantisce la propria partecipazione ai progetti in sede di Area Metropolitana e di Area Vasta. Le aree di intervento, secondo i diversi livelli di progettualità e operatività, riguardano in particolare l'ambito dei Servizi intermedi, dei Servizi amministrativi, della Logistica, della Medicina del Lavoro, della Salute Mentale e dei Servizi di Sanità pubblica.

Servizi intermedi

I progetti con più avanzata fase operativa riguardano il Laboratorio Analisi e il Centro Trasfusionale. A seguito dell'adesione al Laboratorio Unico Metropolitan (LUM), il 2016 vedrà l'attuazione a regime dell'allocazione di ambiti di produzione presso i Laboratori Hub dell'AUSL di Bologna mantenendo in Azienda il Laboratorio di Imola (Spoke) con funzionamento H24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza. Presso il Laboratorio Hub dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna saranno invece allocati gli ambiti di produzione afferenti il settore della Microbiologia. L'integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM) configura nel 2016 una fase di consolidata operatività.

Nel 2016 e negli anni a seguire proseguiranno i lavori volti al completamento della centralizzazione presso il Laboratorio centralizzato per l'avec – sezione di Citodiagnostica dell'UO di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara - della determinazione HPV, quale test primario nell'ambito dei percorsi di prevenzione del carcinoma cervicale. In tale contesto, il servizio di Anatomia Patologica sarà altresì impegnato nei lavori di armonizzazione dei programmi gestionali e nelle procedure dello *screening*, nonché ai lavori di disamina finalizzati alla unificazione di eventuali ulteriori linee produttive.

Si richiama, inoltre, il programma di sviluppo di sinergie organizzative/funzionali verso l'unificazione gestionale dell'attività di Genetica in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Bologna e l'unificazione dell'attività laboratoristica.

In ambito radiologico si richiamano i rapporti di collaborazione con l'AUSL di Bologna avviati con riferimento all'attività di valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica mediante teleconsulto/consulenza e all'attività di collaborazione per la lettura e refertazione delle mammografie in screening.

Proseguiranno i lavori di integrazione delle funzioni di Radiodiagnostica, nell'ambito dell'istituendo Dipartimento interaziendale di Radiologia, finalizzati in particolare a trasversalizzare le attività ad alto volume e a bassa complessità.

Ambito amministrativo e tecnico-logistico

Nelle aree amministrative vengono progressivamente perseguiti progetti volti all'integrazione delle funzioni amministrative centrali a prevalente carattere generale fra le Aziende dell'Area Metropolitana, che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che concorrono a determinare economie di processo e di scala.

In tale contesto, si richiama in particolare l'attività progettuale svolta nel 2016 da un apposito gruppo interaziendale volto all'analisi delle funzioni unificabili a livello metropolitano, in relazione anche alla attivazione e messa a regime di applicativi unici a livello regionale; alla definizione di comportamenti/procedure/modalità operative comuni nonché allo studio/progettazione delle conseguenti diverse architetture organizzative derivanti dall'integrazione delle funzioni sotto una direzione unica metropolitana. Si precisa che l'attività di tale gruppo di lavoro riguarda le attività delle U.O.C. Risorse Umane, Economato e Logistica, Contabilità e Finanza.

Analoga attività di analisi della strutturazione dei servizi presso le varie Aziende metropolitane e delle attività rispettivamente svolte è stata avviata nel 2016 anche nell'ambito dei servizi Tecnici ed Informatici presenti nelle varie Aziende.

In ambito tecnico-logistico, l'Azienda sarà impegnata, nel triennio in esame, nella partecipazione al progetto di Area Vasta volto al completamento della centralizzazione degli acquisti e della logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici.

Logistica

In ambito tecnico-logistico l'Azienda sarà impegnata nella partecipazione al progetto in essere in sede di Area Vasta volto al completamento della centralizzazione degli acquisti e della logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici.

Medicina del Lavoro

Fra i progetti di integrazione a maggiore impatto si richiama l'integrazione della Medicina del Lavoro riferita ai territori di Imola e Bologna Città affini per tipologie di insediamento industriale, la cui direzione è prevista in capo alla Medicina del Lavoro dell'AUSL di Imola.

Sanità Pubblica

Si intende dare ulteriore impulso all'attività relativa ai progetti volti alla promozione della salute, sviluppati dal Dipartimento di Sanità Pubblica della AUSL di Imola attivi e/o da promuovere a seguito di indirizzi regionali o in risposta al bisogno di salute della popolazione, in collaborazione con il livello distrettuale. Relativamente alla attività di vigilanza e controllo nel campo della sicurezza (alimentare e negli ambienti di vita e di lavoro), si rileva l'attività in ambito provinciale e di Area Vasta volta ad uniformare le modalità di controllo e la crescita professionale attraverso l'interscambio di competenze.

Salute Mentale

Nell'area della Salute Mentale, si richiama l'impegno dell'Azienda nel programma di rimodulazione dell'offerta dei servizi SPDC a livello di Area Metropolitana in ordine ai relativi assetti e bacini di utenza. In continuità con i progetti in essere, proseguirà la partecipazione dell'Azienda ai lavori interaziendali nelle aree: DCA – Disturbi Comportamento Alimentare; Emergenza Urgenza; Continuità assistenziale (Progetti di modernizzazione).

Obiettivo di mandato 2.3 - Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi

Gli obiettivi presenti in tale area sono finalizzati al miglioramento di processi gestionali e ad implementazioni delle tecnologie a supporto delle attività aziendali. Tale area è realizzata attraverso il coordinamento del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, in particolare dell'UOC Tecnologie Informatiche e di Rete, con la collaborazione dei Dipartimenti e/o delle Unità Operative coinvolte. I principali interventi previsti in tale area riguardano:

- L'implementazione del nuovo software di gestione documentale informatizzata (Babel), attualmente in uso presso l'AUSL di Bologna, al fine di avere uno strumento unitario e condiviso per rispondere alle richieste normative in tema di amministrazione digitale, procedere verso la dematerializzazione dei documenti e la conservazione degli stessi, incentivare l'uniformazione delle procedure operative ed eliminare procedure ridondanti (fax, posta interna cartacea, posta tradizionale ordinaria o raccomandata). L'implementazione riguarderà l'ambito del Protocollo, delle Determinazioni e delle Deliberazioni.

- La messa in opera degli aggiornamenti e delle integrazioni software necessari alla gestione della produzione e delle interazioni con riferimento ai progetti di integrazione in sede di Area Metropolitana e di Area Vasta quali: accentramento determinazioni HPV presso AOSP di Ferrara, avvio operativo del Laboratorio Unico Metropolitan (LUM), verso l'AUSL di Bologna per la produzione CoreLab, e verso l'AOSP di Bologna per la Microbiologia, nonché l'analisi dei progetti in fase di elaborazione, quale l'integrazione della Logistica di Magazzino per i beni sanitari in Area Vasta.
- L'adeguamento del Data Center aziendale.
- L'aggiornamento del software gestionale del Pronto Soccorso.
- L'attuazione degli indirizzi regionali in ordine all'aggiornamento dell'Anagrafe regionale assistiti.
- La dematerializzazione del ciclo passivo;
- L'implementazione del software gestionale regionale per la Gestione delle Risorse Umane (GRU).

Obiettivo di mandato 2.6 - Adempimenti nei flussi informativi

L'AUSL di Imola garantisce la raccolta dei dati e l'invio dei flussi informativi sia verso il livello nazionale, quale adempimenti correlati alla verifica della corretta erogazione dei LEA, sia verso il livello regionale, nel rispetto delle tempistiche definite.

Al fine di consolidare i sistemi informativi, l'AUSL di Imola si pone fra gli obiettivi del triennio l'attuazione di interventi volti al miglioramento della qualità dei dati nei flussi informativi, attraverso la messa in campo di sinergie organizzative e il potenziamento degli strumenti di *business intelligence*. In particolare, azioni specifiche a partire dal 2016 riguardano il miglioramento della qualità dei dati relativamente ai flussi regionali ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e SIRCO (Sistema Informativo regionale Ospedali di Comunità).

2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza

L'AUSL di Imola, in coerenza con quanto dettato dal legislatore nazionale con la Legge 190/2012 e il D.Lgs 33/2013, attribuisce importanza strategica ai valori di legalità e trasparenza dell'azione amministrativa. I valori di legalità e contrasto alla corruzione devono, infatti, costituire per un dipendente pubblico un modo d'essere ed un atteggiamento di adesione alla correttezza ed al rispetto delle regole: la legalità e la lotta alla corruzione nell'AUSL di Imola non viene vissuta, pertanto, come un solo aspetto limitato ad obiettivi annuali di performance, ma è un sistema di indirizzi, di cultura, di etica e di azioni che coinvolge tutta l'attività dell'Azienda.

Gli obiettivi che si intendono perseguire comprendono l'attuazione della recente evoluzione normativa che caratterizza il sistema di azione delle pubbliche amministrazioni di seguito descritta.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC)

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, di cui alla Legge 190/2012 ad oggetto "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", è lo strumento di prevenzione e contrasto a fenomeni di corruzione ed illegalità e più ampiamente di tutela della buona amministrazione, che recepisce gli aggiornamenti di cui alla Determinazione n. 12 del 28.10.2015 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

A tal fine, le misure previste dal PTPC verranno allocate e declinate fra gli obiettivi di performance organizzativa ed in particolare di performance individuale dei Direttori di Unità Operativa e della dirigenza aziendale. In correlazione alle finalità del PTPC si pone l'obiettivo dell'Azienda volto all'adozione di specifica Procedura operativa per la regolamentazione dell'accesso degli informatori scientifici in ambito ospedaliero e territoriale.

Piano della Trasparenza (PTTI)

Il Piano della Trasparenza, di cui al D.Lgs. 33/2013 ad oggetto "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", ha l'obiettivo di mettere a conoscenza dei cittadini e degli *stakeholder* l'attività prodotta e i risultati conseguiti dall'Azienda, recependo l'integrazione con il Piano Anticorruzione, ai sensi della citata Determinazione n. 12 del 28.10.2015 dell'ANAC.

Codice Comportamentale

Il Codice di comportamento (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*") detta la disciplina relativa ai doveri di diligenza, lealtà, imparzialità, onestà e buona condotta che tutti i dipendenti sono tenuti ad osservare in ossequio ai principi enunciati dall'articolo 54 della Costituzione.

A livello di Budget annuale verranno tradotte a livello operativo le indicazioni riportate nei PTPC e PTTI - consultabili sul sito internet dell'AUSL di Imola alla voce "Amministrazione trasparente" - declinando le azioni contenute nei Piani, in obiettivi di performance per le strutture aziendali e i dirigenti, tramite l'individuazione di precisi ambiti di responsabilità collegati alla valutazione organizzativa ed individuale.

Per le strutture e i corrispondenti dirigenti responsabili sono previsti obiettivi relativi:

- all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza secondo quanto definito in termini di processi ed attività nei Piani di riferimento;

- alla misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi e del rispetto dei tempi;
- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

Per quanto riguarda gli obiettivi collegati alla performance individuale vengono inseriti obiettivi:

- assegnati al personale dirigente con i relativi indicatori;
- individuali e/o di gruppo assegnati al personale formato che opera in settori esposti alla corruzione e in materia di trasparenza.

Nell'ambito dello sviluppo del sistema di azione è compresa l'attuazione progressiva del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC), di cui alle DGR n. 865/2013 e n. 150/2015 in relazione alle quali l'Azienda proseguirà nell'adozione delle Procedure specifiche atte a regolamentare i processi amministrativo-contabili aziendali, in coerenza con la programmazione regionale e le relative Linee Guida regionali. L'ambito regolamentare del PAC attraverso la capillare procedimentalizzazione dei percorsi amministrativo-contabili si correla altresì alle finalità del Piano Anticorruzione (PTPC) a tutela della qualità dell'azione amministrativa.

3. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

3.1 Area della ricerca e della didattica

Rispetto a tale area non sono stati declinati degli obiettivi di mandato puntuali da parte regionale. Si evidenzia comunque sul fronte della formazione professionale, in continuità con quanto consolidato negli anni, la programmazione aziendale con l'adozione del PAF, per il quale si riportano le principali linee di indirizzo per il triennio 2016-2018.

Integrazione nelle sue molteplici forme

- a) Tra Aziende Sanitarie: in particolare per potenziare lo sviluppo delle reti cliniche, anche valorizzate attraverso appositi rapporti convenzionali sanciti nel corso del tempo e sostenere l'accrescimento delle *clinical competence*.
- b) Tra la Medicina convenzionata e la Medicina specialistica condizione imprescindibile per la gestione della cronicità ed in particolare per alcuni PDTA (scompenso, BPCO, diabete).
- c) Tra le professioni, privilegiando lo strumento della formazione interna per costruire "relazioni" e aggregazione oltre che per costruire competenze e contenuti.

Piano regionale della prevenzione 2014-2018

Sviluppo ed implementazione dei progetti previsti nel piano (vedi obiettivo di mandato 1.5 - Attività di prevenzione e promozione della salute - Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione).

Accreditamento

Per mantenere costante l'attenzione alle metodologie di lavoro sottese dal modello e sostenere i Dipartimenti nelle visite di rinnovo dell'Accreditamento istituzionale.

4. Rischio clinico nella sua duplice valenza.

- a) verso gli assistiti per diffondere tra i professionisti le buone pratiche, per documentare in modo puntuale le cure erogate, per sostenere le attività ed i comportamenti tesi a sviluppare una cultura orientata alle cure sicure.
- b) verso gli operatori per garantire formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro ai sensi del D.Lgs 81; sostenere il benessere organizzativo e tutelare nel senso più ampio del termine l'operatore all'interno del contesto lavorativo aziendale.

L'adozione del Dossier Formativo in tutti i Dipartimenti Aziendali è entrata a regime e in via sperimentale su alcune posizioni è iniziata la sua sperimentazione a livello individuale in integrazione con il sistema di valutazione della performance.

Si mantiene stabile e proficua la collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna per quello che riguarda i quattro corsi di studio delle professioni sanitarie (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro). Ad ulteriore completamento e arricchimento dell'offerta formativa presente, nell'anno accademico 2015-2016, è stata attivata la Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni sanitarie della prevenzione. Nei limiti della propria missione istituzionale l'Azienda garantisce la collaborazione, per quanto riguarda l'attività di ricerca e innovazione, con altri soggetti del sistema, ai progetti di ricerca e di innovazione clinico-organizzativa programmati e finanziati dalla Regione Emilia-Romagna e dall'Università, al fine di garantire i necessari livelli di integrazione tra assistenza, formazione e innovazione scientifica.

3.2 Area dello sviluppo organizzativo

Obiettivo di mandato 2.7 - Valorizzazione del capitale umano

Le persone costituiscono la risorsa fondamentale per lo svolgimento delle attività ed il perseguimento della mission aziendale. La promozione della partecipazione, la valorizzazione del capitale umano, lo sviluppo delle competenze idonee a garantire il fare bene le cose giuste sono valori assoluti. La valorizzazione del "capitale umano" trova concretizzazione in alcuni percorsi organizzativi, sviluppati in Azienda negli ultimi anni, e che si intende consolidare quali la promozione dello sviluppo delle competenze e delle specificità di ognuno, l'assegnazione di precise responsabilità attraverso la definizione di contratti per la dirigenza e di obiettivi specifici per tutti i professionisti, la valutazione annuale della performance a livello organizzativo ed individuale dei professionisti.

L'Azienda, anche a seguito della sperimentazione avvenuta nell'ultimo triennio, si è dotata di un nuovo sistema di valutazione, organizzativa ed individuale, della Performance (delibera DG n. 2 del 15.1.2016) volto al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

I nuovi strumenti entreranno a pieno regime a partire dal 2016 e coinvolgeranno tutto il personale dirigente e del comparto titolare di posizione organizzativa, permettendo di riorientare i sistemi premianti in ordine ad una più specifica valutazione del contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi aziendali e permettere una più appropriata valutazione delle competenze professionali in un'ottica di sviluppo individuale.

Aspetto altrettanto importante che si intende sviluppare riguarda il benessere organizzativo e la qualità del lavoro. Le dimensioni del benessere organizzativo e l'attenzione agli aspetti di sviluppo

organizzativo sono elementi essenziali del governo di una realtà complessa come un'azienda sanitaria, dove la componente professionale è determinante.

Molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, la qualità dei servizi erogati e il clima organizzativo aziendale. Puntare sul miglioramento dei risultati necessita, quindi, di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento e nell'efficienza gestionale.

In questi ultimi anni l'AUSL di Imola ha approcciato il tema del benessere organizzativo su diverse aree di intervento: Comitato Unico di Garanzia (CUG); indagini per la Valutazione del Rischio Stress Lavoro Correlato e il Board Equità aziendale.

Nel recente periodo l'Azienda si è impegnata in un ulteriore e più ampio sviluppo del tema attraverso l'avvio di un progetto strutturato che, mantenendo e valorizzando le esperienze consolidate in azienda e armonizzando all'interno di un'unica struttura di governo le varie competenze aziendali, si pone l'obiettivo di rafforzare l'intero sistema della gestione delle Risorse Umane. Nell'ambito del potenziamento delle attività nei luoghi di lavoro (DGR n. 1239/2015), l'AUSL di Imola ha avviato l'attuazione del progetto "Laboratorio del Benessere Organizzativo" i cui obiettivi generali sono:

- Il Monitoraggio del clima organizzativo aziendale mediante gli strumenti della Valutazione del Rischio Stress Lavoro Correlato (VRSLC) e attraverso indagini di clima tra gli operatori;
- L'attuazione delle azioni correttive e della valutazione approfondita, mediante l'applicazione delle metodologie di Ricerca-Azione e di Sportello di ascolto;
- L'attivazione di azioni di miglioramento di aspetti critici rilevati a livello organizzativo e relazionale.

Con delibera n. 1239/2015 *Assegnazione e concessione di finanziamenti alle aziende USL regionali in attuazione della D.G.R. n. 1350/2010 per il potenziamento di attività di prevenzione nei luoghi di lavoro per l'anno 2015*, la Regione ha approvato un progetto presentato dall'Azienda e denominato "Laboratorio del benessere organizzativo" che nasce con l'intento di armonizzare le direttrici fondamentali tracciate dal D.Lgs 81/2008 e s.i. (art. 28) e dalla successiva emanazione del Ministero del Lavoro 18.11.2010 in merito alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato (SLC), oltre a quanto contenuto nel D.Lgs 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. Tale laboratorio si pone l'obiettivo di definire strumenti di analisi e metodologie d'intervento per il miglioramento del clima organizzativo in Azienda e nelle sue articolazioni, attraverso lo sviluppo di competenze professionali interne e la strutturazione di una funzione specifica in tale ambito gestionale.

4. Dimensione di performance della sostenibilità

4.1 Area economico-finanziaria

Obiettivo di mandato 2.1 - Rispetto dell'equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa

L'attuazione della programmazione operativa aziendale è formulata in coerenza e nell'ambito delle linee regionali di programmazione economico-finanziaria annualmente diramate.

Pur nel segno dello sviluppo dei programmi aziendali, gli obiettivi comprendono un ambito di interventi teso al governo dei costi, attraverso la combinazione di diversi approcci operativi che riguardano il versante delle azioni sugli acquisti, il governo delle risorse e l'appropriatezza prescrittiva e di consumo. Il perseguimento della sostenibilità economica si correla, quindi, ad un sistema di interventi diversificati e convergenti verso gli effetti attesi e riflessi nella programmazione aziendale. Le aree di intervento riguardano:

- Il consolidamento della struttura di produzione e lo sviluppo di settori di attività ospedaliera e di specialistica ambulatoriale.
- Il governo delle risorse umane che dovrà tener conto degli obiettivi e degli standard di tipo economico-finanziario e gestionale contenuti nella deliberazione regionale di programmazione annuale e negli obiettivi di integrazione dei servizi di supporto definiti a livello sovraziendale.
- La promozione del buon uso del farmaco.
- L'appropriatezza prescrittiva ed i relativi monitoraggi.
- Il governo dei processi di acquisto nell'ambito della programmazione regionale in materia (Agenzia Intercent-ER) e nell'ambito delle politiche di acquisto in Area Metropolitana/Area Vasta.
- La rimodulazione, ove possibile, delle prestazioni contrattuali per beni e servizi e/o mix di consumi di prodotti sanitari e non sanitari.

Gli effetti di contenimento attesi, riflessi nella programmazione economica aziendale, richiedono la più ampia partecipazione dei Dipartimenti/Unità Operative utilizzatori ed il ruolo di impulso e presidio dei gestori di Budget trasversali preposti alla Programmazione, Gestione e Monitoraggio dei fattori produttivi.

4.1 Area degli investimenti

Obiettivo di mandato 2.4 - Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

Per quanto riguarda la razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio, gli investimenti strutturali ed impiantistici sono stati orientati prioritariamente sugli ospedali e sulle Case della salute, come previsto dagli obiettivi regionali ed in particolare verranno effettuati i seguenti interventi previsti dal piano investimenti del triennio 2016/2018:

Investimenti su struttura ospedaliera

- Avvio del secondo stralcio dell'intervento di "manutenzione straordinaria per il reparto di geriatria e lungodegenza Ospedale di Imola" (Intervento AP 47 del Programma investimenti straordinari in Sanità, ex art. 20 Legge 67/88 – 2° stralcio - IV fase) L'intervento complessivo prevede: il riassetto di una superficie di 2.000 mq e la realizzazione in 2 stralci funzionali per un importo complessivo di € 3.106.135,39. La conclusione dei lavori è prevista entro il 2016.
- A seguito del completamento della progettazione preliminare e definitiva dell' "Ampliamento dell'Ospedale di Imola - Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative" (Intervento P.3 Risorse regionali ex art.36 L.R.38/2002) sono in corso di attuazione le verifiche archeologiche e belliche nell'area oggetto di intervento. L'Ampliamento dell'ospedale prevede un quadro economico di € 7.000.000,00: finanziati per € 3.500.000,00 con fondi regionali e per € 3.500.000,00 con la permuta dell'immobile del Silvio Alvisi. Si prevede l'avvio della gara entro il 2017.
- "Sostituzione di 2 ascensori presso l'Ospedale di Imola (impianti n.18-19)". Intervento S20 finanziato con Fondi Regionali del Programma Regionale Investimenti in Sanità, per un importo complessivo di € 191.000,00.
- "Lavori di adeguamento del Data Center aziendale" finanziati con mutuo per un importo complessivo di € 400.000,00. L'avvio dei lavori è previsto entro il 2016 ed il completamento entro il 2017.

Investimenti su case della salute

- Lavori di manutenzione straordinaria del cunicolo tecnologico nell'ambito dell'intervento di "Realizzazione della Casa della Salute presso il Polo Sanitario di Castel San Pietro Terme – 1° stralcio (intervento AP 48" Programma investimenti straordinari in Sanità, ex art. 20 Legge 67/88 – 2° stralcio - IV fase). Nel 2016 verranno eseguiti i lavori complementari ad esaurimento dell'importo complessivo previsto dal quadro economico di € 571.409,89.
- Lavori di adeguamento alla normativa antincendio della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme per un importo di € 500.000, da realizzare nel triennio, nell'ambito del complessivo

quadro economico di € 900.000 euro previsto per gli "Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola" - intervento APb.20 - (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio – addendum, in iter di approvazione da parte del Ministero).

- "Manutenzione straordinaria Pad.5 del presidio Lolli a seguito di danni causati da un incendio" per un importo complessivo dell'intervento di € 259.726,00, di cui € 90.000,00 fondi da Risorse Regionali e € 169.726,00 con fondi da risarcimento assicurativo. L'intervento si è reso necessario per mettere in sicurezza l'edificio e renderlo funzionale alle attività della Casa della salute di Imola in corso di progettazione.
- Sono previsti Interventi di manutenzione straordinaria per la Casa della salute di Medicina con fondi derivanti dall'alienazione di Villa Calza di Medicina per un costo complessivo di € 113.700.

Per quanto riguarda lo sviluppo dell'infrastruttura ITC si rimanda a quanto già rappresentato al precedente punto 2.3 "Area dell'organizzazione", Obiettivo di mandato 2.3: Sviluppo dell'infrastruttura ICT.

3. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

3.1 Gli ambiti di valutazione

Per quanto riguarda la misurazione e la valutazione della performance vengono individuati due ambiti di azione, concettualmente distinti ma operativamente integrati, per l'implementazione del ciclo di gestione delle performance. Gli ambiti in cui si articola il sistema di misurazione e valutazione delle performance, riguardano la Performance Organizzativa e la Performance Individuale.

La **Performance complessiva aziendale** risulta strettamente collegata alla programmazione triennale formalizzata mediante il presente Piano della performance ed alla rendicontazione annuale formalizzata nella Relazione della performance che rendicontra sul livello di raggiungimento di tali obiettivi. In questo ambito assumono importanza fondamentale gli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale e le linee di programmazione adottate dalla Regione o dal livello locale. Questo livello si traduce principalmente, attraverso il presente Piano della Performance, secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni a tutte le Aziende (in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità), così come rappresentati nel Capitolo 6 del presente Piano. Il sistema di misurazione e gestione della performance così delineato, permette, in modo sistemico e strutturato, di utilizzare indicatori effettivamente significativi e quindi necessariamente comuni ai vari livelli, assegnando particolare importanza a quelli sui quali è basata la valutazione del SSR e delle Aziende da parte del livello nazionale.

Gli impegni e le azioni specifiche che l'Azienda intende porre in essere, nel triennio, per il perseguimento degli obiettivi strategici sono rappresentati al precedente Capitolo 2 del presente Piano.

La valutazione della **Performance organizzativa ed individuale interna** è finalizzata ad apprezzare il contributo individuale al raggiungimento dei risultati della gestione.

Questo livello si traduce nell'AUSL di Imola in strumenti già attivi che vedono nel budget annuale, il documento con prospettiva interna teso ad indicare gli obiettivi da conseguire nel corso dell'anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione della programmazione annuale regionale. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale ed interna.

3.2 Sistema aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze

La misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale interna, a livello aziendale, trova il suo principale riferimento normativo nel regolamento "**Sistema aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze**", approvato con deliberazione del DG n.2 del 15.1.2016 e allegato al presente documento (**Allegato 1**).

La Valutazione della **Performance organizzativa** dell'Azienda nel suo complesso e delle sue articolazioni, strettamente collegata alla Pianificazione strategica aziendale, viene definita e declinata annualmente, sotto il profilo operativo, in sede di documento di Budget aziendale e concerne:

- a) la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- b) l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al governo dei costi e all'appropriatezza delle prestazioni;
- c) il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute;
- d) lo sviluppo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi;
- e) la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle prestazioni offerte anche attraverso l'implementazione di nuove tecnologie, competenze professionali e modelli organizzativi;
- f) l'attivazione di piani e programmi di sviluppo dei servizi e di miglioramento degli standard qualitativi e di sicurezza.

La valutazione della **Performance individuale**, integrata con quella organizzativa, è finalizzata ad apprezzare:

- a) il contributo individuale al raggiungimento dei risultati della gestione, di cui al precedente comma, da esplicitare e misurare attraverso la condivisione degli obiettivi dell'equipe o dell'Unità Operativa di appartenenza e il contributo su obiettivi individuali specifici, anche in ordine all'impegno, ai contributi forniti ed all'allineamento con le strategie e i programmi aziendali;
- b) le conoscenze, capacità/abilità agite tipicamente e prevalentemente riferibili ai cosiddetti comportamenti organizzativi;
- c) le competenze tecniche e professionali, ossia quelle che caratterizzano ciascuna professione, da mantenere e sviluppare costantemente.

3.3 Il Ciclo della Performance e il Regolamento di Budget

Il punto di partenza imprescindibile per delineare un sistema di valutazione della performance è la chiara definizione degli obiettivi che l'organizzazione intende perseguire in relazione al contesto di riferimento, da articolare in modo coerente secondo livelli successivi: livello aziendale, livello operativo di struttura e livello individuale. Al contempo, la condivisione di obiettivi, standard, risorse ed indicatori rappresenta presupposto e valore aggiunto a sostegno della performance complessiva dell'Azienda.

Il Ciclo della Performance, partendo dagli indirizzi strategici e sulla base degli obiettivi dettati dalla Regione nel documento annuale di indirizzo e finanziamento del SSR, si sviluppa attraverso la definizione ed attribuzione degli obiettivi alle articolazioni aziendali, secondo quanto disciplinato nel **"Regolamento Budget" (Allegato 2)** che, secondo un percorso consolidato e propedeutico alla negoziazione, definisce il percorso di attribuzione e verifica degli obiettivi a tutte le articolazioni aziendali in relazione ai risultati che l'Azienda intende perseguire.

Il lavoro sviluppato dall'AUSL di Imola nell'attivazione del ciclo di gestione della performance, sin dall'inizio, è stato orientato a diffondere nei dipendenti una cultura rivolta ai risultati al fine di produrre un tangibile miglioramento della performance.

L'intero processo del Ciclo della Performance, oltre a coinvolgere la Direzione aziendale, richiede un forte coinvolgimento della dirigenza e di tutto il personale. Risulta strategico, pertanto, nell'implementazione del presente piano coinvolgere tutta la struttura aziendale, proseguendo nella promozione e diffusione di una cultura organizzativa tesa a sviluppare azioni che assicurino elevati standard qualitativi e di efficienza/efficacia delle prestazioni erogate, tramite la valorizzazione delle competenze. In particolare per il personale dirigente, la misurazione e la valutazione della performance individuale dovrà riguardare, oltre ai risultati conseguiti dalla struttura di appartenenza, lo specifico contributo individuale alla performance organizzativa e le competenze manageriali e professionali espresse.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo economico-finanziario e di predisposizione del bilancio economico preventivo;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti;
- f) rendicontazione dei risultati alla Direzione.

In tale ambito l'AUSL di Imola ha strutturato un percorso di valutazione annuale dei risultati raggiunti che, partendo dalla individuazione e declinazione ai centri di responsabilità e al personale dirigente degli obiettivi da perseguire, permette a conclusione di esercizio una effettiva misurazione e valutazione della performance conseguita a livello organizzativo (dalle singole strutture operative) ed individuale (dal singolo operatore).

Pertanto, il sistema di valutazione della performance nell'AUSL di Imola prevede, ad inizio di ogni esercizio, l'assegnazione in base alle indicazioni fornite dal "documento budget" degli obiettivi annuali da perseguire con l'indicazione dei relativi indicatori di misurazione e i target di performance attesi e si conclude con la rendicontazione del grado di raggiungimento degli stessi obiettivi assegnati.

La verifica e valutazione dei dirigenti rappresenta il rispetto delle disposizioni normative e contrattuali vigenti e della contrattazione integrativa aziendale; contribuisce all'incontro tra le finalità, la cultura, la Vision, e l'assetto dell'organizzazione e i valori, i bisogni e le competenze del professionista, in una modalità di diagnosi organizzativa e confronto fra le parti nell'ambito del governo del personale.

L'intero processo è coordinato a livello aziendale dalla struttura di Staff della Direzione Generale di Programmazione e controllo (Ufficio Controllo di gestione e di coordinamento dei sistemi di valutazione) e vede il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali di governo e di *line*.

4. INDICATORI DI RISULTATO

Premessa

Con la Delibera 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia-Romagna (OIV-SSR), la Regione ha individuato un insieme di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende in riferimento alle Dimensioni/Aree, declinate al Capitolo 2 "Impegni strategici e dimensioni della performance", al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema. La scelta di tale insieme di indicatori è stata effettuata dall'OIV-SSR assieme ai Servizi della DG Sanità, Amministrazione del SSR e Sistema Informativo Sanità e politiche Sociali e il contributo di alcune aziende sanitarie, avendo come riferimento prioritario **SIVER – Sistema di valutazione del Servizio Sanitario Regionale**, al fine di garantire piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione. Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che risultano centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende.

Tramite SIVER l'insieme degli indicatori di risultato sarà oggetto di monitoraggio anche infrannuale. Di seguito vengono riportati gli indicatori di risultato con il trend atteso per ciascuno nel triennio 2016-2018, partendo dai valori relativi al 2014 e 2015 estratti da SIVER. Il trend viene espresso in modo quantitativo/qualitativo in modo da individuare l'evoluzione attesa come effetto delle azioni aziendali, permettendo a consuntivo (nella Relazione della performance) un confronto tra risultati attesi e quanto conseguito.

Ogni singolo indicatore, in base al risultato rilevato nel 2015, è stato classificato in SIVER e nella tabella che segue (colonna codice indicatore), tramite una scala colori la cui legenda viene di seguito rappresentata.

Legenda

	Pessimo
	Scarso
	Medio
	Buono
	Ottimo
	Indicatori di osservazione - Risk Adjustment -

UTENTE

Accesso e Domanda

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
212	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	140,33	143,11	141,08	da 145 a 160 (< 145)		<=Anno 2015		Mantenimento
319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,46	88,32	97,17	da 90 a 95 (> 95)		>=Anno 2015		Mantenimento
320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	94,65	87,77	97,77	da 90 a 95 (> 95)		>= 95		
244	% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	78,92	71,84	68,93	da 40 a 50 (> 50)		>=Anno 2015		Mantenimento
288	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,76	11,18	12,13	da 7 a 15 (< 7)		<= 7		
	% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	57,25	58,6	68,82					Indicatore di osservazione
	% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	58,6	58,93	64,54					Indicatore di osservazione
	Tasso di accessi in PS (*1000 abitanti)	399,48	405,65	380,84					Indicatore di osservazione

Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
205	Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	191,95	205,55	188,83	da 100 a 141 (< 100)		<= 180	Valore range regionale: da 100 a 141	
206	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	316,03	374,43	418,24	da 306 a 409 (< 309)		<= 309		
207	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,84	4,51	4,31	da 1,8 a 3 (> 3)		>=Anno 2015		Mantenimento
236	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	21,17	-	26,05	da 25 a 30 (< 25)		<=Anno 2015		Mantenimento
240	Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	59,37	68,3	63,55	da 65 a 85 (> 85)			Valore range regionale: da 65 a 85	
246	% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	17,84	21,84	17,41	da 25 a 27 (< 25)		<=Anno 2015		Mantenimento
280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni (*1000 abitanti)	220,71	206,49	198,13	da 200 a 250 (> 250)		>= 250		

ESITI

Gli indicatori di Esito selezionati sono quelli contenuti nel Decreto Ministeriale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 Aprile 2016 relativo alla definizione dei piani di rientro per le Aziende Ospedaliere.

Risk Adjustment

Negli studi osservazionali la valutazione comparativa degli esiti deve tenere conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni studiate, dovute a caratteristiche quali età, genere, gravità della patologia in studio, presenza di comorbidità croniche, etc. Questi fattori possono agire come confondenti dell'associazione tra esito ed esposizione, pertanto per gli indicatori selezionati è stato effettuato un aggiustamento statistico attraverso l'utilizzo di metodi di risk adjustment. Questi permettono di confrontare l'indicatore tra le diverse strutture "al netto" del possibile effetto confondente della disomogenea distribuzione delle caratteristiche dei pazienti.

Confronto

La procedura di risk adjustment è stata applicata dal livello regionale sul singolo stabilimento di ricovero; pertanto a livello Aziendale e Regionale vengono riportati esclusivamente i dati non aggiustati (e dunque non associati a soglie di valutazione). Per ciascun indicatore è stata calcolata la numerosità minima per struttura per poter applicare il modello di risk adjustment ed ottenere un valore statisticamente significativo per l'effetto atteso. L'esito aggiustato è riportato nel campo Note.

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
271	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (*)	58,73	72,41	77,62		>Anno 2015	>Anno 2016	>Anno 2017	Risk Adjustment = 67,05
389	Mortalità a 30 giorni per IMA	8,11	6,94	9,2		<= Anno 2015			Risk Adjustment = 6,19
390	% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	11,89	9,72	42,67		>Anno 2015	>Anno 2016	>Anno 2017	Risk Adjustment = 10,67
391	Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	15,56	10,24	12,13		<Anno 2015	<Anno 2016	<Anno 2017	Risk Adjustment = 16,33
393	Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	7,19	10,42	11,6		<= Anno 2015			Risk Adjustment = 8,19
395	Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	10,88	9,41	9,48		<Anno 2015	<Anno 2016	<Anno 2017	Risk Adjustment = 9,99
398	% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	7,58	19,72	6,42		<Anno 2015	<Anno 2016	<Anno 2017	Risk Adjustment = 8,03
400	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco (*)	0	-	4,35		= Anno 2015			Indicatore di osservazione
401	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon (*)	4,44	-	3,76		<= Anno2015			Indicatore di osservazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
402	% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,8	-	0,83			<= Anno2015		Risk Adjustment = 0,8
403	% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0,7	-	0,97			<= Anno 2015		Risk Adjustment = 0,72
441	% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	91,28	89,9	70,38			>= Anno 2015		Risk Adjustment = 91,85
494	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,3	20,44	18,65			<Anno 2015		Risk Adjustment = 19,09
396	% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui (*)	0	80,92	77,21					Indicatore di osservazione
397	% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 150 casi annui	-	-	79,08					Indicatore di osservazione (non rilevato)
404	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2,5	3	2					Indicatore di osservazione

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
102	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,31	3,98	3,18	da 2 a 3 (< 2)	<= 4		Valore range regionale: da 2 a 3	
301	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,26	0,76	-0,47	da -1,2 a -0,55 (< -1,2)	<= 0,1		Valore range regionale: da -1,2 a -0,55	
302	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,17	-0,3	-0,72	da -1,2 a -0,55 (< -1,2)	<= 0,1		Valore range regionale: da -1,2 a -0,55	
303	Degenza media pre-operatoria	1,25	1,27	0,8	da -0,85 a 1 (< -0,85)	<= 1,15		Valore range regionale: da -0,85 a 1	
409	Volume di accessi in PS	54.023	55.129	1.857.137					Indicatore di osservazione
411	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	8.766	9.025	339.417					Indicatore di osservazione
412	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.589	4.896	262.852					Indicatore di osservazione
413	Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.139	2.090	76.952					Indicatore di osservazione
414	Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	1.476	1.445	88.286					Indicatore di osservazione

Produzione-Territorio

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
211	Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	21,37	20,66	20,18	da 10,82 a 14 (> 14)	>= Anno 2015			Mantenimento
225	Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	5,98	6,18	7,06	da 5 a 6 (> 6)	>= Anno 2015			Mantenimento
415	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	161.354	150.582	6.755.149					Indicatore di osservazione
416	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	142.967	137.840	6.144.837					Indicatore di osservazione
417	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.197.654	1.280.349	46.172.919					Indicatore di osservazione

Produzione-Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
160	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	43,7	42,7	48,6	da 50 a 60 (> 60)	Valore range regionale: da 50 a 60			
161	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	18,5	20,4	33,8	da 30 a 35 (> 35)	Valore range regionale: da 20 a 25	Valore range regionale: da 25 a 30	Valore range regionale: da 30 a 35	
164	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	65,12	65,01	75,3	da 60 a 70 (> 70)	>= 70			Fonte dati: schede inviate all'ONS (Osservatorio Nazionale Screening) per la fascia di età 50-69 anni.
170	% di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate	53,54	46,03	50,29	da 50 a 60 (> 60)	>= 60			
172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	55,22	52,19	51,86	da 75 a 90 (> 90)	Valore range regionale: da 75 a 90			
177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,12	94,83	92,91	da 95 a 98 (> 98)	>= 98			
185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,71	9,08	10,07	da 8 a 9 (> 9)	> = 2015			Mantenimento
408	Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	93,05	-	98,73	da 90 a 95 (> 95)	>= 95			

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
125	% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	51,24	47,38	49,84	da 55 a 60 (> 60)	Valore range regionale: da 55 a 60	>= 60		
210	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	7,53	6,5	6,6	da 5,1 a 7,5 (< 5,1)	Valore range regionale: da 5,1 a 7,5	<= 5,1		
213	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,41	2,94	2,97	da 4 a 7 (< 4)	<= Anno 2015			Mantenimento
214	Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	130,43	118,18	122,71	da 75 a 90 (< 75)	Valore range regionale: da 105 a 120	Valore range regionale: da 90 a 105	Valore range regionale: da 75 a 90	
216	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,17	0,19	0,22	da 0,1 a 0,21 (< 0,1)	<= 0,1			
101	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,07	10,73	10,03					Indicatore di osservazione
133	Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	3,31	1,07	4,1					Indicatore di osservazione
135	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,62	3,42	2,54					Indicatore di osservazione
421	% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	9,09	4,94	35,8					Indicatore di osservazione

Organizzazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
385	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	9,6	-	7,5	da 6 a 8 (> 8)		>= Anno 2015		Mantenimento

Anticorruzione-Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,52	100	96,91	da 85 a 95 (> 95)		>= Anno 2015		Mantenimento
406	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	41,68	39,86	43,17			>= Anno 2015		Indicatore di osservazione
407	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	26,26	31,07	31,31			>= Anno 2015		Indicatore di osservazione

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Sviluppo Organizzativo

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE
386	% di adesione all'indagine di clima interno	53,41	-	26,52	da 25 a 30 (> 30)	=> Anno 2015			Mantenimento

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017	Risultato atteso 2018	NOTE	
138	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG (*)	237,29	213,93	228,89	da 120 a 260 (< 120)	<Anno 2015				
247	Costo pro capite totale	1.843,7	1.829,26	1.823,12		<Anno 2015			€ 1.843,7 valore 2014 € 1.829,26 valore 2013	
248	Costo pro capite assistenza ospedaliera	711,56	700,43	710,4		<Anno 2015			€ 711,56 valore 2014 € 700,43 valore 2013	
249	Costo pro capite assistenza distrettuale	1.074,59	1.065,83	1.058,59		<Anno 2015			€ 1.074,59 valore 2014 € 1.065,83 valore 2013	
267	Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	52,24	57,65	54,13		<Anno 2015			€ 52,24 valore 2014 € 57,65 valore 2013	
364	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	90,23	90,3	94,57	da 80 a 95 (> 95)	>= 95				
449	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	165,07	164,43	157,54	da 155 a 165 (< 155)	Valore range regionale: da 155 a 165	<= 155			
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-17	-	-					Indicatore di osservazione	
365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	78,62	77,32	79,84					Indicatore di osservazione	

(*) I dati afferenti alla disciplina di Chirurgia Generale non comprendono l'attività di chirurgia interaziendale svolta in collaborazione con l'AOSPU di Bologna. Tale casistica, infatti, è stata completamente assegnata all'AOSPU di Bologna, pertanto i dati rappresentati risultano parziali (Flusso SDO).

ALLEGATI AL PIANO DELLA PERFORMANCE

1. REGOLAMENTO SISTEMA DI BUDGET

2. SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE INTEGRATA DELLA PERFORMANCE E DELLE
COMPETENZE