

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

PIANO DELLA PERFORMANCE 2015 – 2017

SOMMARIO

PREMESSA	3
1 IDENTITA' DELL'AZIENDA	5
1.1 Chi siamo.....	5
1.2 Il contesto in cui si opera	6
1.3 Amministrazione in cifre	7
1.3.1 Il personale	7
1.3.2 I dati economici e di attività	9
1.4 Come operiamo.....	9
1.4.1 La struttura organizzativa	9
1.4.2 L'organizzazione per intensità di cura.....	10
1.4.3 La struttura dipartimentale.....	11
2. IL CICLO DELLA PERFORMANCE	15
2.1 Mandato Istituzionale.....	15
2.2 Obiettivi aziendali e dimensione della performance	15
2.3 Collegamento con la programmazione strategica ed economico-finanziaria	16
2.4 Attori e tempi del processo di misurazione e valutazione della performance.....	17
2.5 L'albero della performance	20
2.6 Obiettivi aziendali e Master Budget	21
3. LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	35
3.1 Gli strumenti di valutazione	35
3.2 sviluppo del sistema di valutazione della performance individuale	37
4 MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE	40
4.1 La rendicontazione sociale – il bilancio di missione	40
4.2 Il sistema premiante	41
4.3 Procedure di riesame di seconda istanza della valutazione.....	41
5 COLLEGAMENTO CON TRASPARENZA ED INTEGRITA'	43
ALLEGATI TECNICI	44
1. REGOLAMENTO BUDGET	44
2. LINEE GUIDA NEGOZIAZIONE DI BUDGET	44
3. REGOLAMENTO AZIENDALE MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	44

PREMESSA

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale introdotto e disciplinato dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 attraverso il quale, coerentemente con i contenuti e il ciclo della programmazione strategica e di bilancio, vengono individuati e definiti gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa ed individuale a livello aziendale (art. 10, co. 1, lettera a).

Appare utile, preliminarmente, richiamare il concetto stesso 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 ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.***

Il presente *Piano della Performance*, in coerenza con tale impostazione e con gli atti di programmazione regionale ed aziendale, si pone l'obiettivo di definire per il triennio 2015-2017:

- gli obiettivi a livello aziendale da perseguire,
- la metodologia per la declinazione ed attribuzione degli stessi ai vari livelli di responsabilità aziendale,
- le modalità di individuazione degli indicatori e dei target a questi collegati,
- la successiva misurazione, valutazione e rendicontazione che, con periodicità annuale, permetta la consuntivazione a livello organizzativo ed individuale della performance complessiva raggiunta.

Il *Piano della Performance*, quindi, va inteso come "cornice" di un processo articolato che, strettamente collegato con gli atti di programmazione aziendale e al percorso di negoziazione di budget, deve portare alla definizione ed attribuzione degli obiettivi da perseguire ed alla successiva misurazione delle performance, nel rispetto degli standard di qualità delle prestazioni erogate, all'interno di un contesto organizzativo complesso e di relazione con i cittadini con i quali l'Azienda stringe e rinnova costantemente un patto in relazione ai servizi offerti, alle modalità di erogazione delle prestazioni e ai comportamenti organizzativi da garantire.

La finalità dell'intero impianto, pertanto, è 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.

L'AUSL di Imola in questo non parte da zero, avendo già consolidato da diversi anni un sistema di budget molto articolato, supportato da sistemi informativi ben presidiati e completati da meccanismi puntuali di valutazione dei risultati; il sistema, a partire dal 2013, ha visto un ulteriore sviluppo a livello di valutazione delle *performance* individuale annuale della dirigenza che, a regime nel 2016, garantirà all'Azienda il pieno e completo ciclo di misurazione della performance.

Il presente Piano 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 duplicazione delle attività di pianificazione, monitoraggio, controllo e valutazione già esistenti, inserendoli in 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 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 31/12/2014, di 133.108 abitanti (Fonte: Flusso delle anagrafi comunali).

La tabella che segue riporta la popolazione residente distribuita per Comune e genere, ed evidenzia la sottopopolazione con età maggiore ed uguale a 65 anni. Si tenga conto che i dati riportati sono preliminari ed in attesa di validazione ISTAT.



Comuni	POPOLAZIONE al 31/12/2014			
	M	F	TOT.	di cui >=65
Imola	33.460	36.178	69.638	17.051
Castel del Rio	579	637	1.216	366
Fontanelice	991	993	1.984	427
Borgo Tossignano	1.623	1.690	3.313	699
Casalfiumanese	1.733	1.715	3.448	754
Dozza	3.241	3.364	6.605	1.360
Castel Guelfo	2.226	2.263	4.489	818
Mordano	2.408	2.339	4.747	1.012
Castel S. Pietro T.	10.122	10.699	20.821	5.221
Medicina	8.266	8.581	16.847	3.645
Totale	64.649	68.459	133.108	31.353

Nel contesto socio-culturale ed economico di riferimento, l'AUSL di Imola occupa una posizione di preminenza, sia sul locale mercato del lavoro, sia, 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 del territorio. Il monte salari e compensi complessivo erogato al personale dipendente e convenzionato è pari a circa 100 milioni di euro/anno.

Si deve, inoltre, considerare l'effetto volano economico ed occupazionale indotto sul territorio: al dato riguardante i dipendenti dell'AUSL di Imola va aggiunto l'indotto generato sulle imprese del territorio, in ordine alla rilevante mole di risorse economiche gestite (oltre 200 milioni di euro/anno di sola spesa corrente) e alla crescente quota di attività, sanitarie e non, esternalizzate.

Sul versante delle relazioni istituzionali, l'AUSL di Imola, riconosce il primato nelle funzioni di programmazione e controllo strategiche del Nuovo Circondario Imolese, organo 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, ma senza creare svantaggiose ridondanze di servizi. Viene richiesto, inoltre, di essere l'alleata principale nello sviluppo del territorio, mettendo a disposizione competenze e risorse in grado di supportare ed accompagnare lo sviluppo, ad esempio, delle politiche per l'ambiente, della capacità di ricerca e didattica 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 Amministrazione in cifre

In questo paragrafo si illustrano alcuni dati significativi in ordine al profilo dell'Amministrazione con particolare riguardo alle risorse umane. In riferimento ai dati economici si rimanda al Bilancio di Missione pubblicato nel sito internet aziendale e quanto riportato nell'Allegato 2 al presente documento.

1.3.1 Il personale

Le risorse umane complessive impegnate nelle attività tipiche aziendali, a vario titolo contrattuale, nel 2014 (dato al 31/12) risultano 1.801, registrando rispetto al 2013 una riduzione dell'1% in valori assoluti, ma una sostanziale equivalenza in valore uomo/anno.

Tipologia contrattuale	2012	2013	2014	Var % 2014 – 2013
Dipendente	1.789	1.789	1.774	-0,8%
Contratti libero-professionali, co.co.co.	28	30	27	-11,1%
TOTALE	1.817	1.819	1.801	-1,0%

Nelle tabelle che seguono si rappresenta la suddivisione del personale per profilo professionale, genere, fascia d'età, tipologia contrattuale, oltre ai principali tassi di monitoraggio di carattere gestionale.

Categorie personale dipendente	2012	2013	2014	Var % 2014-2013
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	270	270	273	1,1%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	54	53	55	3,8%
PERSONALE INFERMIERISTICO	750	756	753	-0,4%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	146	145	146	0,7%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	212	217	218	0,5%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	201	196	188	-4,1%
ALTRO PERSONALE	156	152	141	-7,2%
TOTALE	1.789	1.789	1.774	-0,8%

2014 - Personale dipendente	Sesso		classi di età					TOT.
	M	F	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	142	131	29	64	58	116	6	273
ALTRI DIRIGENTI SPTA	16	39	2	15	19	19		55
PERSONALE INFERMIERISTICO	89	660	118	228	310	93		749
PERSONALE TECNICO SANITARIO	38	107	26	32	62	25		145
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	24	194	7	47	114	50		218
PERSONALE AMMINISTRATIVO	21	167	2	17	117	51	1	188
ALTRO	74	72	2	26	77	41		146
Totale	404	1.370	186	429	757	395	7	1.774

2014 - Liberi professionisti	sesso		classi di età					totale
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI AMM.VI	1				1			1
MEDICI	5	8	8		1	3	1	13
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	1	2	1	1	1			3
PERSONALE INFERMIERISTICO		1	1					1
PERSONALE TECNICO	2		1		1			2
PERSONALE TECNICO SANITARIO		1	1					1
PSICOLOGI	1	5	3	2	1			6
Totale	10	17	15	3	5	3	1	27

Di seguito i dati su: modalità di reclutamento e cause di cessazione, relative al 2014, il numero di part-time e le giornate di assenza per area contrattuale.

Modalità di reclutamento	TOT.
TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE	11
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBL. CONTINUITA' TEMPO DETERM.	10
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA	19
Totale	40
Cause di cessazione	TOT.
DECESSO	3
INIDONEITA' PERMANENTE A PROFICUO LAVORO	7
RECESSO DEL DIPENDENTE	6
RECESSO PER PENSIONAMENTO ANTICIPATO	39
RISOLUZIONE RAPPORTO PER RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'	1
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	4
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	13
Totale	73

Part-Time 2014	PT Ciclico		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	
PERSONALE INFERMIERISTICO			1	57		25	83
PERSONALE TECNICO SANITARIO				5		3	8
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI			1	10		7	18
PERSONALE AMMINISTRATIVO		1		17		4	22
ALTRO				5	4	2	11
Totale	0	1	2	94	4	41	142

2014 - Giornate assenza personale dipendente	Permessi retribuiti	Dlgs 151/2001	L. 104	Malattia	Infortunio e/o malattia prof.le	Sciopero	Aspettativ e senza assegni	Altre cause	Aggiornamento obbligatorio	Ferie usufruite	Media assenze mensile per dip.
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	329,42	2.125,88	489,00	1.797,00	151,01	11,00	2.481,00	737,54	1.681,34	8.837,00	5,78
ALTRI DIRIGENTI SPTA	58,52	455,00	77,00	377,00	31,00	1,00	365,00	730,00	353,96	1.724,50	6,43
PERSONALE AREA COMPARTO	2.246,66	11.165,98	8.851,72	18.262,00	2.485,70	142,00	4.883,00	2.890,55	4.912,07	49.401,50	6,00
Totale	2.634,60	13.746,86	9.417,72	20.436,00	2.667,71	154,00	7.729,00	4.358,09	6.947,37	59.963,00	5,98

1.3.2 I dati economici e di attività

Come già anticipato, in attesa della chiusura del Bilancio di esercizio 2014 prevista entro il 30 aprile 2015, per i dati economici si rimanda al Bilancio di Missione pubblicato nel sito internet aziendale e quanto riportato nell'Allegato 2 al presente documento.

1.4 COME OPERIAMO

1.4.1 La struttura organizzativa

In attuazione della L.R. 29/04, l'AUSL di Imola ha definito il proprio assetto organizzativo con l'obiettivo principale di rafforzare il proprio sistema di *governance*. Il percorso di stesura e adozione dell'Atto Aziendale e del conseguente "Regolamento di organizzazione" ha consentito di dare attuazione ad un obbligo normativo, ma anche di rafforzare strutturalmente e culturalmente l'Azienda, al fine di rispondere in maniera incisiva ed appropriata alla domanda di salute in

relazione ad un mutato contesto sociale. I principi ispiratori alla base dell'organizzazione e del funzionamento sono:

- a) elevata flessibilità finalizzata al superamento di un'organizzazione di tipo gerarchico con l'adozione di uno schema operativo tendenzialmente orizzontale ed integrato con relazioni dirette tra vertice strategico e settori operativi e con il coinvolgimento della dirigenza e di tutte le risorse professionali dell'azienda;
- b) orientamento della Direzione Generale ad esercitare le proprie funzioni di governo attraverso l'utilizzo dello strumento della delega nel quadro di un ampio decentramento e dello sviluppo di un processo di responsabilizzazione della dirigenza aziendale;
- c) alto grado di responsabilizzazione ed autonomia gestionale che, nell'ambito di una struttura organizzativa volta a garantire sinergie, maggiore integrazione e coordinamento, superi la logica di funzionamento per competenze specifiche e sia improntata a modelli organizzativi per processi a garanzia della integrazione delle competenze gestionali e tecnico-professionali;
- d) coinvolgimento dei diversi livelli operativi rivolto al miglioramento della comunicazione sia interna che esterna, al fine di una maggiore condivisione del processo decisionale.

1.4.2 L'organizzazione per intensità di cura

I nuovi bisogni di cura e assistenza della società che cambia, sempre più articolati e complessi, spesso sostenuti e amplificati da più condizioni sovrapposte, non consentono più interventi settoriali, ma richiedono risposte ad alto grado di integrazione.

In questo contesto, di crescente complessità epidemiologica, tecnologica e professionale, le risposte clinico-assistenziali raramente hanno luogo in un *setting* di cure esclusivo o presso un unico soggetto erogatore: occorre sempre più spesso strutturare percorsi che intersecano l'intera rete dei servizi, sovente anche travalicando i confini aziendali.

Per favorire l'offerta di percorsi di cura integrati occorre implementare nuovi modelli organizzativo-gestionali: a fronte di una domanda sempre più articolata in senso multidisciplinare e multiprofessionale, l'AUSL di Imola ritiene indispensabile perseguire a tutti i livelli (al proprio interno e nella relazione con altri partner) strategie di integrazione delle componenti hardware e software del proprio sistema di cure (struttura, tecnologie, risorse umane, conoscenze, competenze, percorsi di cura e assistenza, ecc.).

Alla transizione del quadro epidemiologico occorre fare corrispondere una transizione organizzativa, in modo tale da rendere possibile, in tutti i *setting* di cure, la predisposizione di risposte più aderenti ai bisogni della popolazione. L'integrazione non costituisce semplicemente una scelta organizzativa, ma anche l'attuazione di una nuova concezione della relazione tra servizi e cittadino: in un contesto di crescente complessità, l'integrazione tra le diverse componenti del sistema è indispensabile per garantire la pratica attuazione dei principi dell'universalismo e

dell'equità d'accesso alle cure. Il principio dell'integrazione assume valore strategico, inoltre, sotto numerosi profili, in quanto:

- favorisce lo sviluppo di processi innovativi nella organizzazione e nella gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali, di competenze di *team building* e *team working*, prefigurando una più elevata qualità ed efficacia dei servizi;
- permette di perseguire logiche di sistema, antepoendo le finalità generali alle spinte autarchiche ed autoreferenziali;
- permette di coinvolgere, nel rispetto delle relative competenze, tutti i soggetti che necessariamente e a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per la tutela della salute.

Un tale approccio, nel modello dipartimentale, 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 soprattutto incentrata sulla ottimizzazione dell'efficienza e della flessibilità gestionale di alcune risorse critiche, attraverso lo sviluppo di piattaforme polispecialistiche in grado di massimizzare il rendimento delle strutture di produzione e favorire 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 dei posti letto, delle sale operatorie, delle sale endoscopiche, delle risorse umane, delle tecnologie, dei percorsi clinici, fra più unità operative. La logica dell'integrazione è alla base dell'organizzazione per intensità delle cure, che prevede un ospedale non più strutturato come da tradizione in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica per la sua cura, ma organizzato in aree, chiamate "piattaforme logistiche di ricovero", che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale, con l'obiettivo di coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza, mettendo ancora di più al centro il paziente e il livello del suo bisogno di assistenza.

1.4.3 La struttura dipartimentale

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

Con deliberazione n.192 del 23.12.2014 l'Azienda si è data un nuovo assetto dipartimentale, che vede allo stato attuale 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)

DIPARTIMENTO EMERGENZA-ACCETTAZIONE. Comprende le seguenti unità operative: UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, UOC Anestesia Rianimazione, SSD Semintensiva, UOC Cardiologia-UTIC, UOC Radiologia, SSD Laboratorio, SSD Trasfusionale. La collocazione delle UU.OO. *Radiologia, Laboratorio e Trasfusionale* (di pertinenza dell'ex Dipartimento dei Servizi) nel DEA trova il suo razionale nel contestuale sviluppo del Laboratorio Unico Metropolitan (LUM) e nella logica di centralizzazione dei servizi intermedi e delle funzioni di supporto su scala metropolitana o di area vasta (es. concentrazione delle attività analitiche di laboratorio presso l'Ospedale Maggiore di Bologna; concentrazione della lavorazione del sangue presso il Centro trasfusionale dell'AUSL di Bologna; mantenimento della diffusione dell'esecuzione delle procedure radiologiche più semplici, rendendo disponibili le prestazioni e competenze più complesse all'interno di percorsi diagnostici a valenza sovra aziendale), a seguito della quale si manterranno a livello locale principalmente le funzioni di urgenza/emergenza, sviluppando le prestazioni e le competenze più complesse all'interno di percorsi assistenziali interaziendali.

DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO. E' costituito dalle seguenti unità operative: UOC Oncologia, UOC Nefrologia, UOC Pediatria, UOC Medicina 1, UOC Medicina 2, UOC Geriatria e Lungodegenza, UOC Medicina Riabilitativa, SSD Neurologia, SSD Minore intensità clinica, UOC Genetica. In previsione dell'attivazione presso l'Ospedale di Imola di PL codice 056 (Recupero e riabilitazione intensiva), l'UOC *Medicina riabilitativa* trova nuova collocazione all'interno del Dipartimento Medico-Oncologico, mantenendo tuttavia la propria connotazione territoriale attraverso la realizzazione di obiettivi trasversali con il DCP.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO. Si compone delle unità operative: UOC Ortopedia, UOC Urologia, UOC ORL, UOC Oculistica, UOC Ostetricia e Ginecologia, UOC Gastroenterologia, UOC Day Surgery-Chirurgia Generale, UOC Anatomia Patologica, SSiA Chirurgia Generale, SSD Breast Unit, SSiD Polo DS Polispecialistico CSPT, SS Centrale di sterilizzazione e il Programma Blocco Operatorio. Tra le funzioni di supporto, l'*Anatomia Patologica* viene collocata all'interno del Dipartimento Chirurgico in quanto, nella logica di centralizzazione a livello provinciale del servizio, dovrà essere assicurata presso gli stabilimenti ospedalieri l'attività estemporanea.

DIPARTIMENTI TERRITORIALI (DCP, DSP, DSM-DP). Le esigenze di assicurare maggiore integrazione per elevare gli standard qualitativi e di efficienza risultano indispensabili anche a livello territoriale. I dipartimenti territoriali devono necessariamente integrarsi all'interno delle Case della Salute. I tre dipartimenti continuano ad assicurare le proprie attività caratteristiche (es. attività in convenzione, SPDC, vigilanza, etc.), cedendo sovranità per quelle attività che

costituiscono i processi caratteristici della Casa della Salute, gradualmente e consensualmente allo sviluppo di queste ultime. Le attività caratteristiche dei Dipartimenti territoriali potranno a loro volta prestarsi a logiche di integrazione in reti sovra-aziendali.

PROGRAMMI INTERAZIENDALI. Accanto ai dipartimenti, il nuovo assetto organizzativo prevede l'attivazione di specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale.

Il Programma è inteso come complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, relativi ad aree problematiche target, di interesse particolare, che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse.

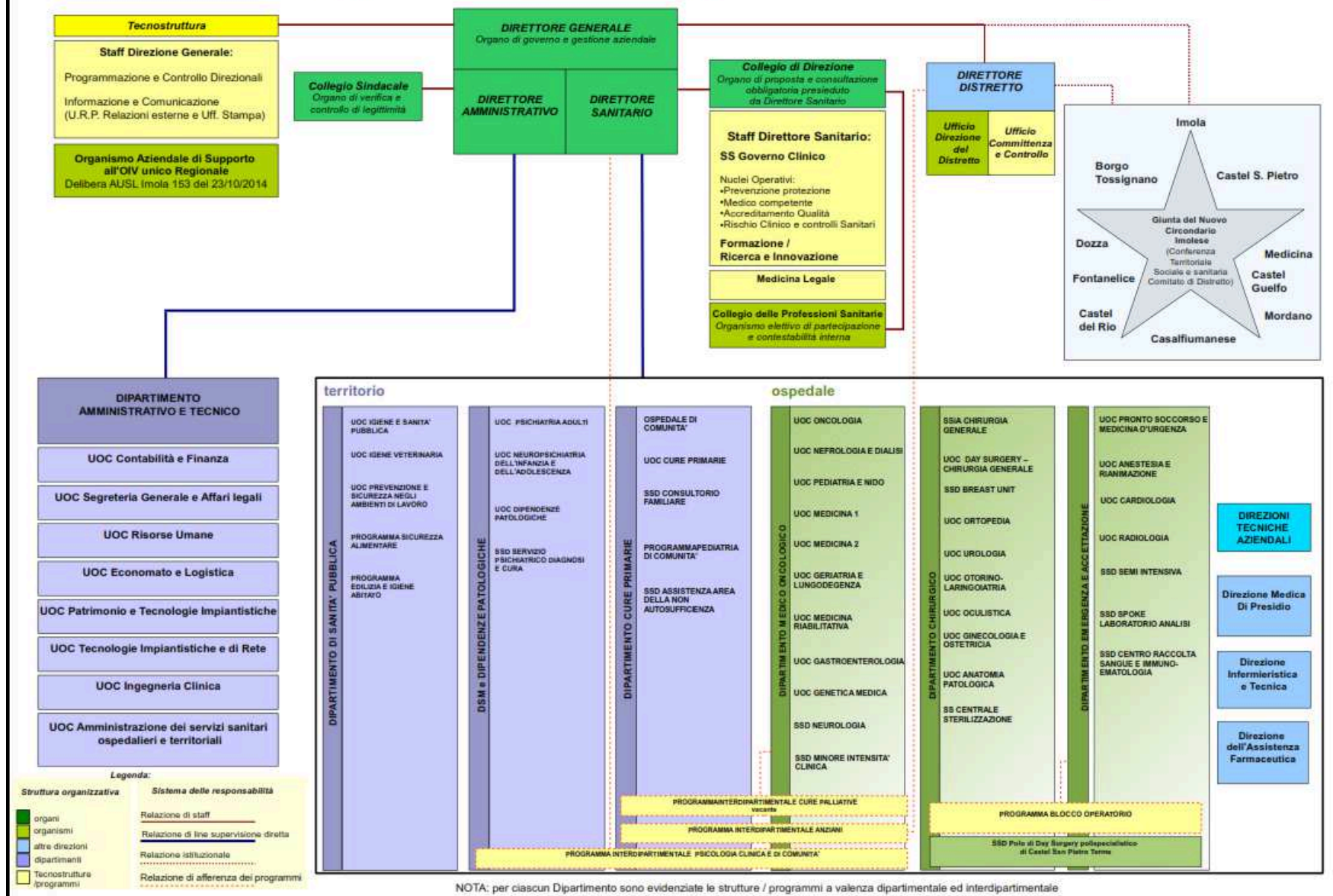
Il Programma può rappresentare una funzione aziendale o interaziendale (insieme di servizi sanitari e sociali integrati, anche appartenenti a differenti istituzioni), con lo scopo di assicurare continuità delle cure a uno specifico target di popolazione particolarmente fragile (es. popolazione pediatrica, anziani, etc.) che si configura come il punto di partenza e il punto di arrivo della traiettoria di cura. Obiettivo dell'organizzazione per Programmi è sviluppare la cultura della cooperazione orizzontale migliorando le competenze dei professionisti nella pianificazione e valutazione delle proprie azioni di intervento secondo gli specifici bisogni della popolazione target. Questa visione richiede un cambiamento rispetto al modo di intendere l'organizzazione verticale attuale verso un'organizzazione orizzontale e a matrice, unica condizione che consente di lavorare in rete, secondo i principi della condivisione, della collaborazione e in base ad una logica intersettoriale e interdisciplinare.

La struttura organizzativa si completa con il **DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO** (tecnostruttura di supporto all'attività sanitaria) e le **DIREZIONI TECNICHE**: Direzione Farmacia; Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; Direzione Infermieristica e Tecnica.

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.

Per eventuali approfondimenti si rimanda all'Atto Aziendale, agli atti di organizzazione e da ultimo alla deliberazione del DG n.192 del 23.12.2014 con la quale si è provveduto a rivedere l'organizzazione dei Dipartimenti.

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



2. IL CICLO DELLA PERFORMANCE

2.1 MANDATO ISTITUZIONALE

Migliorare la *performance* delle Amministrazioni Pubbliche è l'obiettivo comune e centrale delle diverse iniziative di cambiamento in atto nel settore pubblico del nostro Paese.

La necessità di rispondere adeguatamente alle esigenze crescenti dei cittadini, in termini di qualità delle politiche e dei servizi erogati, in tempi di significative riduzioni di risorse finanziarie disponibili con ripercussioni sulla sostenibilità del Servizio Sanitario nel suo complesso, obbliga gli Enti del SSN a potenziare l'*asset* dei dati e delle informazioni quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, per consolidare e migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione stessa e per rendere accessibile e più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli *stakeholder* e ai cittadini. Il Piano della *Performance*, come detto in premessa, è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance*, processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, monitoraggio, misurazione e valutazione.

Il documento a valenza triennale (2015-2017) definisce, in coerenza con gli indirizzi regionali e le scelte strategiche aziendali ed in considerazione delle risorse assegnate, gli obiettivi di missione dell'AUSL e delle sue articolazioni organizzative, nonché gli indicatori per misurare l'andamento delle attività o dei processi, al fine di procedere alla loro rendicontazione.

Attraverso l'adozione del presente documento che, come sopra evidenziato, si inserisce in un contesto organizzativo con una cultura della *performance* consolidata e legata all'espletamento della missione organizzativa e al raggiungimento dei suoi obiettivi, l'AUSL di Imola si propone di accrescere le conoscenze circa il proprio operato, per migliorare i processi decisionali e orientare e responsabilizzare tutti i componenti dell'organizzazione, secondo una accezione di *accountability*.

Il Ciclo, partendo dagli indirizzi strategici e sulla base degli obiettivi dettati dalla Regione nel documento di indirizzo e finanziamento del SSR, si sviluppa attraverso la definizione ed attribuzione degli obiettivi alle varie articolazioni aziendali. Tali obiettivi trovano, tra l'altro, successiva e specifica declinazione nel documento annuale di linee guida per la negoziazione del budget (Allegato 2) che, secondo un percorso consolidato e propedeutico alla negoziazione, porta alla determinazione degli obiettivi attribuibili a tutte le articolazioni aziendali, in relazione ai risultati che l'Azienda intende perseguire.

2.2 OBIETTIVI AZIENDALI E DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE

L'AUSL di Imola definisce i propri obiettivi strategici alla luce del Piano aziendale strategico locale e delle linee regionali di programmazione annuale. Attraverso la Pianificazione strategica l'Azienda

provvede alla definizione degli obiettivi di medio termine e allo sviluppo delle azioni che mirano al loro perseguimento. Si tratta di una metodologia volta a razionalizzare le decisioni aziendali e costituisce un processo fondamentale per raggiungere con successo le finalità istituzionali e rendere i processi gestionali più coordinati e razionali. Tramite la pianificazione strategica le funzioni aziendali vengono coinvolte nel conseguimento di obiettivi generali predeterminati e i diversi livelli aziendali vengono responsabilizzati al perseguimento degli stessi. Tale pianificazione consente, inoltre, di controllare e guidare nel tempo le attività dell'AUSL, fornendo agli attori interni uno strumento di navigazione: una mappa su come operare nel futuro per raggiungere le destinazioni auspiccate.

Tutti i più moderni approcci alla pianificazione strategica evidenziano la necessità di costruire una strategia proattiva che, a partire dall'analisi del contesto, invece di limitarsi ad adattarsi ai cambiamenti sopraggiunti, tenda per quanto possibile ad anticiparli ed a promuovere attivamente lo sviluppo di quelli più favorevoli.

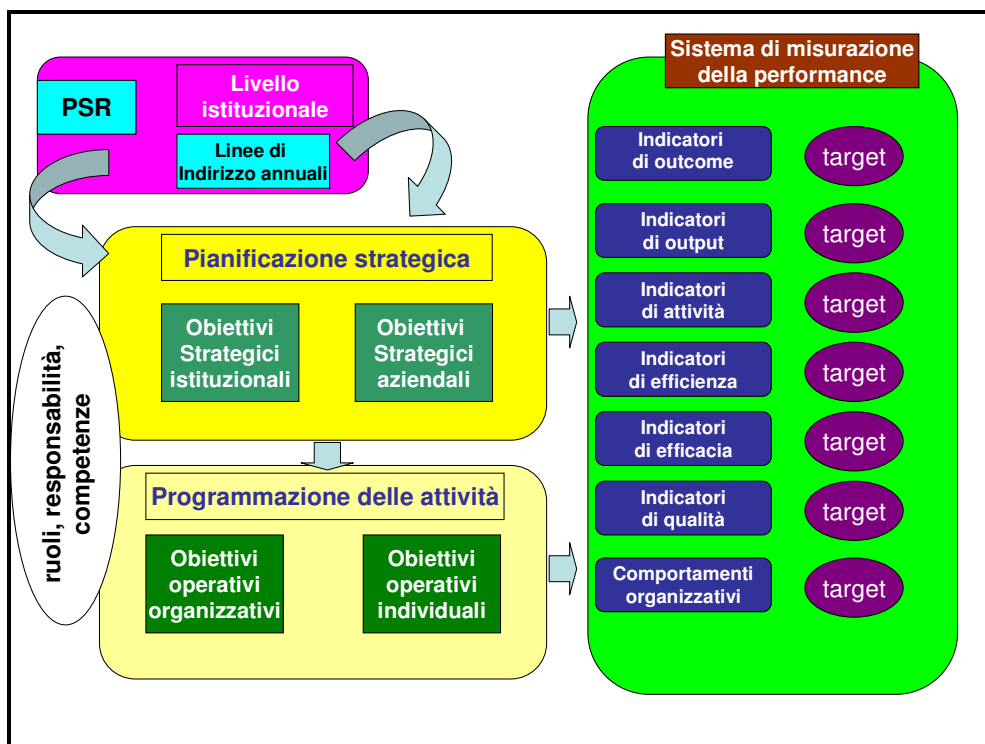
La pianificazione strategica definisce, sulla base di priorità e obiettivi, gli interventi da attuare; ad essa spetta il compito di intercettare i nuovi bisogni che emergono dai mutamenti sociali, economici e culturali della popolazione e di indicare interventi e risposte adeguate.

La pianificazione strategica rappresenta, inoltre, per tutti gli attori aziendali un efficace strumento di controllo dell'attività aziendale, perché permette di verificare gli scostamenti dei risultati reali da quelli previsti, rendendo possibile la rendicontazione e l'attuazione di eventuali interventi o azioni correttive.

2.3 COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA ED ECONOMICO-FINANZIARIA

Al fine di garantire la massima coerenza tra Programmazione Strategica, Programmazione economico-finanziaria e gestione aziendale, il Ciclo di gestione della *performance* è strutturato in modo tale che la definizione degli obiettivi da assegnare alle strutture aziendali ed al personale dirigenziale sia direttamente correlata all'emanazione degli indirizzi e delle priorità discendenti dai documenti di pianificazione strategica, trovando la sua articolazione attraverso il sistema di *Budgeting*. Il *Budget*, oltre ad essere uno strumento di programmazione, costituisce un atto di incontro tra la direzione strategica e la componente gestionale professionale e tecnica che, nel quadro di differenti livelli di responsabilità rappresentati nell'Atto Aziendale e nel Regolamento Attuativo, orienta i comportamenti delle persone verso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti, esplicando il suo valore intrinseco che risiede nella capacità di generare coerenza dell'azione gestionale complessiva, potenziando l'unitarietà delle dinamiche aziendali.

La pianificazione degli obiettivi strategici, prima fase del Ciclo di gestione della *performance*, rappresenta, perciò, il punto di riferimento per l'assegnazione degli obiettivi quali/quantitativi ai Dipartimenti, alle UU.OO. e al personale dirigenziale con responsabilità di struttura. Tali obiettivi, concorreranno ai fini della valutazione organizzativa ed individuale secondo quanto previsto dal vigente sistema aziendale di valutazione.



2.4 ATTORI E TEMPI DEL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il punto di partenza imprescindibile al fine di 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, indicatori rappresenta il presupposto e costituisce il valore aggiunto a sostegno della performance complessiva dell'Azienda.

Il lavoro sviluppato nell'AUSL di Imola nell'attivazione del ciclo di gestione della performance, sin dall'inizio si è orientato a diffondere nei dipendenti una cultura sempre più rivolta ai risultati, con l'obiettivo di produrre un tangibile miglioramento della performance.

L'intero processo del ciclo della Performance, oltre a vedere coinvolta la Direzione aziendale, richiede un altrettanto forte impegno e coinvolgimento della dirigenza e di tutto il personale. Risulta strategico, pertanto, nell'implementazione del presente piano coinvolgere tutta la struttura

aziendale, proseguendo a promuovere una cultura organizzativa tesa a sviluppare atteggiamenti rivolti ad assicurare elevati standard qualitativi e di efficienza/efficacia delle prestazioni erogate, attraverso la valorizzazione delle competenze specialmente dei dirigenti.

Per il personale dirigente, la misurazione e la valutazione della performance individuale dovrà riguardare, oltre i 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.

FASE	RESPONSABILITA'/ATTORI	VALIDITA'	SCADENZA
Documento di definizione obiettivi strategici istituzionali e aziendali	Direzione Generale, Collegio di Direzione	annuale	entro gennaio di ogni anno
Piano della Performance	Direzione Generale	triennale	entro febbraio di ogni anno
Negoziante di budget annuale e assegnazione obiettivi di performance organizzativa	Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori Dipartimento, Direttori UU.OO., Controllo di Gestione	annuale	entro marzo/aprile
attribuzione obiettivi annuali individuali	Dirigenti responsabili e Collaboratori	annuale	entro marzo/aprile
Monitoraggio	Controllo di Gestione, OAS, Dirigenti responsabili UO	report trimestrali	30 giugno / 30 settembre
Rendicontazione finale	Controllo di Gestione, OAS, Dirigenti	annuale	30 aprile anno successivo
Valutazione finale performance dirigenti aziendali di vertice	Direttore Generale	annuale	31 maggio anno successivo
Valutazione finale performance dirigenti e altro personale aziendale	Direttori/Responsabili UO e personale	annuale	31 maggio anno successivo
Relazione della performance	Direzione Generale/OVA	annuale	30 giugno anno successivo

ATTORI del sistema globale di gestione della *performance*:

FASE	RESPONSABILITA'/ATTORI	ATTI
Definizione linee di indirizzo del Ciclo di gestione della <i>Performance</i>	Direzione Generale	Piano della Performance
Definizione obiettivi	Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Collegio di Direzione, Controllo di Gestione	Programmazione annuale operativa e di Negoziazione di Budget
Negoziazione di budget annuale e assegnazione obiettivi di performance organizzativa	Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori Dipartimento, Direttori UU.OO., Controllo di Gestione	Documento annuale di budget UU.OO.
Attribuzione obiettivi annuali individuali	Dirigenti responsabili e Collaboratori	Scheda di valutazione individuale della Performance
Monitoraggio e rendicontazione	Controllo di Gestione, OAS	Report trimestrali e finali
Valutazione finale performance dirigenti aziendali di vertice	Direttore Generale	Scheda di valutazione individuale della Performance
Valutazione finale performance dipendenti	Dirigenti responsabili e Collaboratori	Scheda di valutazione individuale della Performance
Attribuzione e liquidazione compensi incentivanti	U.O. Personale	Contrattazione integrativa aziendale
Verifica, garanzia delle metodologie predisposte	OIV	Validazione Relazione sulla Performance presentata dalla Direzione Generale
Relazione sulla Performance	Direzione Generale	Relazione della Performance ex art. 10, comma 1, lett.b, d.lgs.150/09

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Il processo di traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi di struttura si sviluppa secondo quanto definito dal **Regolamento Budget – Allegato 1**, con la definizione ed approvazione, entro il mese di gennaio dell'anno di riferimento, da parte della Direzione Generale, previa condivisione in seno al Collegio di Direzione, del documento annuale di **Programmazione annuale operativa e di Negoziazione di Budget (Linee Guida) – Allegato 2**, attraverso il quale vengono declinati gli obiettivi strategici aziendali per l'anno di riferimento.

Il percorso di budget si sviluppa secondo le fasi indicate nel regolamento sopra richiamato, nel corso del quale si consolidano gli obiettivi operativi di struttura derivanti dagli obiettivi strategici, individuandone i risultati specifici attesi in capo ai diversi Centri di Responsabilità aziendali.

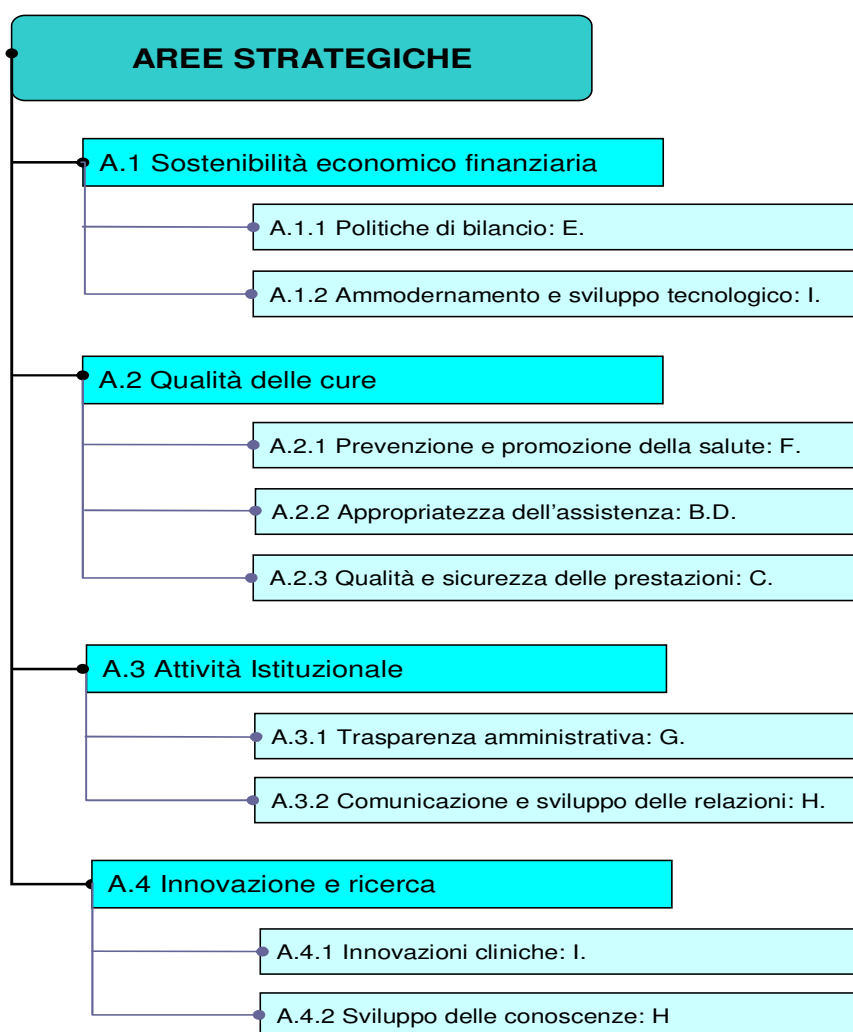
Entro il mese di marzo si dovrà poi concludere la negoziazione di budget a livello di Dipartimento e di singole OO.UU. e a cascata attribuire ad ogni dirigente gli obiettivi individuali per l'anno.

PERFORMANCE INDIVIDUALE

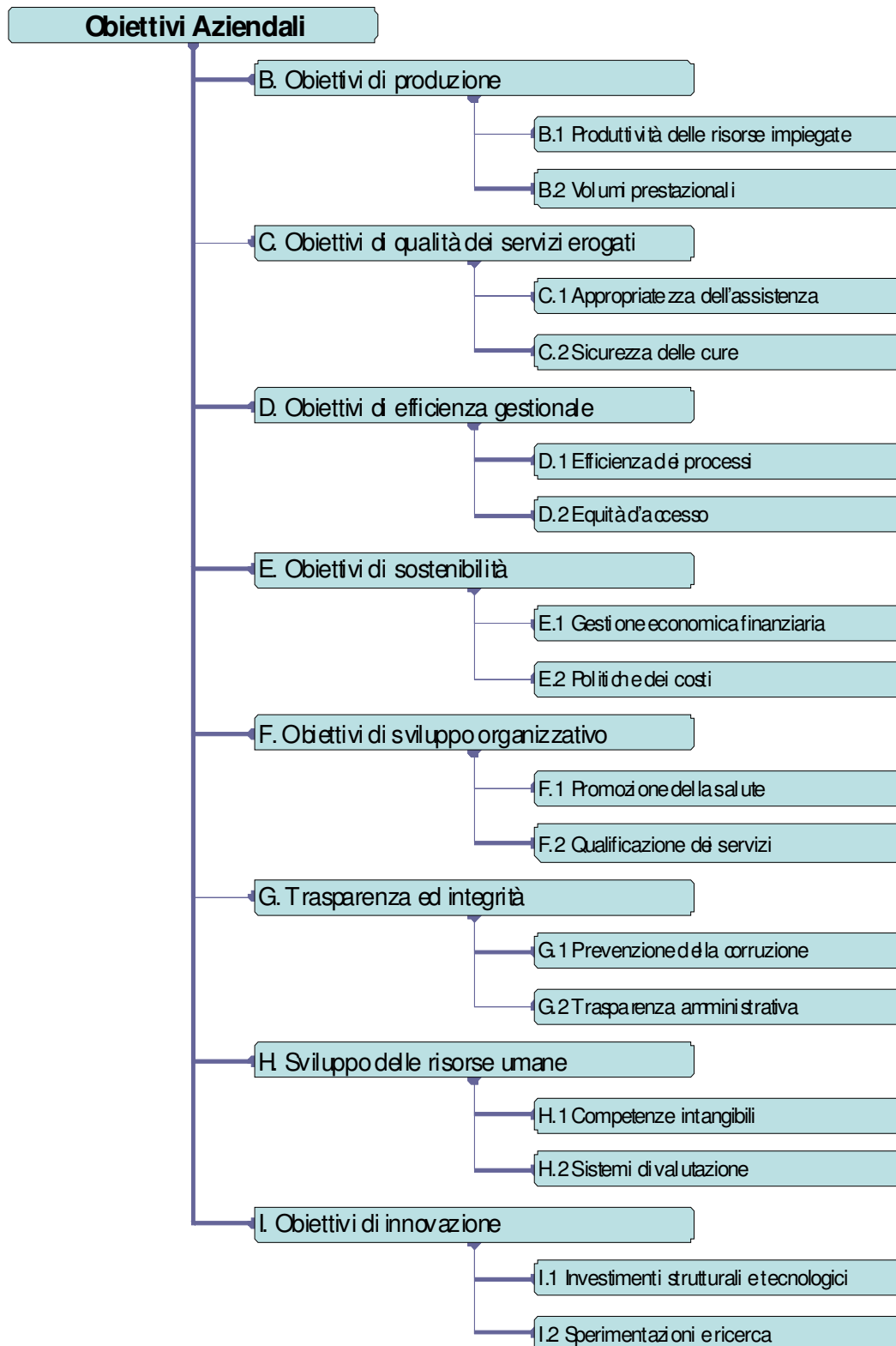
La *performance* individuale si riferisce al contributo dato dal singolo dipendente al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e di specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti (art. 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009).

L'AUSL di Imola, a partire dal 2013, si è dotata di un nuovo strumento per la valutazione della *performance* individuale, collegata alla performance di struttura, secondo quanto indicato nel vigente regolamento "**Sistema di misurazione e valutazione della Performance**" approvato con deliberazione del DG n.26 del 6 marzo 2013, **Allegato 3**.

2.5 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE



2.6 OBIETTIVI AZIENDALI E MASTER BUDGET



B - OBIETTIVI DI PRODUZIONE																					
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG		
B.1 - Produttività delle risorse impiegate																					
B1	Riorganizzazione attività ambulatoriale ORL con assorbimento dell'offerta territoriale	mantenimento attività specialistica amb territoriale anno 2014	■																		
B1	Riorganizzazione Day Service Medico e Gastroenterologico	secondo la programmazione definita			■																
B1	Implementazione attività di erogazione Assistenza Integrativa e Protesica presso Cspt	entro Settembre 2015								■											
B1	Attuazione sinergie funzionali infradipartimentali a seguito di diversi collocamenti a riposo di Personale previsti nel 2015	Esternalizzazione mensa a gestione diretta e riqualificazione personale							■												
B1		Esternalizzazione Sala Macchine UOTIR a gestione diretta e riqualificazione personale							■												
B1		Ipotesi di esternalizzazione dei servizi tecnici UOPTI (escluso settore elettricisti) e relativa riqualificazione personale								■											
B1		Riorganizzazione area segreteria Padiglione 9								■											
B1		Riorganizzazione funzioni nell'ambito dell'UO Risorse Umane								■											
B1		Riorganizzazioni aree ambulatoriali per le funzioni amministrative in collaborazione con il DIT								■		■									
B.2 - Volumi prestazionali																					
B2	N.ro casi, N.ro prestazioni, Degenza media, parametri di produzione secondo le specificità dei singoli Dipartimenti e UO	=</> 2014	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■		■						
B2	Consolidamento percorsi socio sanitari budget di salute nell'area psichiatria adulti e Neuropsichiatria infantile	>=2014						■													

C - OBIETTIVI DI QUALITA' DEI SERVIZI EROGATI																			
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG
C.1 - Appropriatezza dell'assistenza																			
C1	% Aderenza al prontuario provinciale escluse motivate - consumi interni - (solo monitoraggio)	100%	■	■	■		■												
C1	% Aderenza al prontuario provinciale - consumi territorio (ricetta rossa)	80%	■	■	■		■												
C1	PDT sul tumore del colon retto: % pz inviati alla chirurgia entro 25 gg dalla colonscopia	>= anno 2014			■														
C1	PDT tumore mammella: % di inizio terapia citotossica neoadiuvante entro 45 gg dalla diagnosi biptica	>= anno 2014			■														
C1	PDT tumore mammella: % interventi programmanti con Tempo di attesa entro 30 gg (Fonte dati RER)	>= anno 2014	■																
C1	PDT Neoplasia mammella: esecuzione e refertazione prestazioni di I livello triplice esame entro 15 gg dalla mammografia	=>90%		■															
C1	PDT frattura femore - % di pazienti con frattura femore operati entro 48 ore	>= anno 2014	■	■															
C1	PDT sul tumore del colon retto: % interventi programmanti con Tempo di attesa entro 30 gg (Fonte dati RER)	>= anno 2014	■																
C1	PDT sul tumore del colon retto: applicazione del protocollo di follow up degli adenomi del colon retto come stabilito dall'ultima edizione del pdt	100% su un campione estratto a random per ogni semestre	■																
C1	PDT Stroke: presa in carico precoce del pz con ictus da parte del fisioterapista - entro 72 ore	>=95%			■						■								
C1	Definizione percorso di utilizzo del Polo Endoscopico in integrazione con il Dipartimento Chirurgico	Protocollo condiviso di modalità di utilizzo del Polo Endoscopico	■		■														
C1	Presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica: completamento del progetto	implementazione a regime dell'ambulatorio presso termine entro dicembre 2015	■			■					■								
C1	Sviluppo Cure Intermedie: Potenziamento del percorso di segnalazione e attivazione PUA in integrazione con il Dipartimento Cure Primarie per la dimissione protetta	n.ro segnalazioni PUA >= anno 2014			■	■													
C1		Consolidamento rete cure palliative oncologiche			■	■								■					
C1	Sviluppo Cure Intermedie: Definizione del percorso cure palliative in collaborazione con il ,Distretto e con il DCP	Sviluppo rete cure palliative residenziali e a domicilio non oncologiche			■	■								■					
C1		Sviluppo palliazione pediatrica			■	■								■					

C - OBIETTIVI DI QUALITA' DEI SERVIZI EROGATI																				
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG	
C.1 - Appropriatezza dell'assistenza																				
C1	Governo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo, attraverso gli strumenti del governo clinico - in collaborazione con Direzione Farmaceutica e Direzione Medica (Epatite C - Oncologici - Immunosoppressori -)	monitoraggio clinico sulle categorie farmacologiche critiche individuate			■							■	■			■				
C1		Attuazione riorganizzazione allestimento terapia farmaci antiblastici in integrazione con l'Ausi di Bo			■							■	■							
C1	Governo e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva delle richieste interne di laboratorio in ambito infettivologico e per altre prestazioni critiche, a cura della SSD Laboratorio Analisi, in collaborazione con la Direzione Medica	Definizione e divulgazione di linee guida		■									■							■
C1	Analisi delle esigenze di imaging e dell'appropriatezza delle richieste interne per i casi complessi - in collaborazione con Dir Medica, Dip Medico-Oncologico e Chirurgico	Analisi entro settembre 2015	■	■	■								■							
C1	SRCI: Attuazione trasferimento logistico presso nuovo reparto	entro dicembre 2015				■														
C1	Monitoraggio attività MMG e PLS: predisposizione ed invio trimestrale reportistiche ai professionisti per spesa farmaceutica	n. 4 report				■						■								■
C1	Monitoraggio attività MMG e PLS: predisposizione ed invio trimestrale di reportistica definita per SDO e Mobilità passiva	n. 4 report				■														■
C1	Profili di Nucleo 2013: attivazione confronti clinici con MMG su indicatori specifici dei profili di Nucleo	aree di analisi: follow-up del pz diabetico, IM, BPCO e Scompenso				■														■
C1	Sviluppo Cure Intermedie: Potenziamento del percorso di attivazione di assistenza domiciliare in integrazione con il medico specialista per il pz complesso in dimissione (in collaborazione il Dipartimento Medico/Oncologico)	ADI >2014				■														
C1	Sviluppo della gestione integrata tra Psichiatria e Disabilità volto all'ottimale utilizzo delle risorse per la residenzialità anche mediante gli strumenti dell'UVM. Disamina variazione	100% mediante UVM			■		■								■					
C1	PDTA: implementazione dei ruoli case/care management nei percorsi secondo la pianificazione del DIT	realizzazione della programmazione entro dicembre 2015	■	■	■	■					■									
C1	Collaborazione con il Governo Clinico alla disamina degli indicatori derivanti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)	Proposte di miglioramento degli esiti	■	■	■	■	■	■	■		■		■	■	■					
C1	Dipartimento Salute Mentale e UUOO afferenti	superamento visita ispettiva interna					■													
C1	Dipartimento Medico e UUOO afferenti	superamento visita ispettiva interna			■															
C1	UOC SSIA di Chirurgia Generale, SSD Breast Unit, UOC Day Surgery - Chirurgia generale, SSID Day Surgery Polispecialistico, UOC Urologia	superamento visita ispettiva interna	■																	

C - OBIETTIVI DI QUALITA' DEI SERVIZI EROGATI																					
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG		
C.2 - Sicurezza delle cure																					
C2	Adesione alle modalità corrette dell'igiene delle mani, mediante valutazione aderenza check-list dell'OMS - N.ro valutazioni conformi sul totale delle valutazioni effettuate nel dipartimento	>= 75%	■	■	■	■				■	■		■								
C2	Monitoraggio delle lesioni difficili - Tasso di incidenza e prevalenza	n. 2 report		■	■	■					■										
C2	Sorveglianza applicazione procedura sulle contenzioni applicate - Analisi report di monitoraggio secondo procedure e proposta azioni di miglioramento	Relazione annuale	■	■	■	■	■				■										
C2	Procedura DocWeb "Gestione del rischio clinico" (Incident Reporting)	Relazione clinica: entro 30 gg dalla richiesta di risarcimento e conseguenti azioni di gestione del rischio	■	■	■	■	■				■										
C2		Alimentazione trimestrale data base	■	■	■	■	■				■										
C2	Completezza documentale del processo clinico-assistenziale nella cartella sanitaria	almeno n. 1 controllo annuale				■															
C2	Attivazione Gruppo di lavoro per la verifica e valutazione della corretta ed esaustiva compilazione delle cartelle cliniche	entro marzo 2015											■		■						
C2	Gestione Autoassicurazione RCT: miglioramento qualitativo ed esaustiva compilazione della documentazione sanitaria	costituzione gruppo di lavoro: entro aprile 2015							■		■		■		■						
C2		Definizione piano di attività di verifica: entro maggio 2015							■		■		■		■						
C2		Incontri di Analisi a livello di UO sugli esiti della verifica				■	■	■	■		■	■		■		■					
C2		Partecipazione eventi formativi		■	■	■	■	■	■		■	■		■		■			■		
C2	Analisi della documentazione sanitaria a livello di Unità Operative unitamente ai flussi relativi a Reclami, Incident Reporting e Sinistri. Incontri di analisi e approfondimento per le Unità Operative del Dipartimento Chirurgico e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione	almeno N. 2 incontri Verbalizzati per Unità Operativa	■	■							■		■		■						
C2	Contrasto all'antibiotico resistenza	Partecipazione eventi formativi		■	■			■				■	■		■						
C2	Monitoraggio indicatori di controllo connessi alla procedura aziendale SOS NET nei blocchi operatori, in collaborazione con Dir Medica	monitoraggi trimestrali	■								■		■		■						
C2	Procedura per la prevenzione della violenza contro gli operatori.	Procedura entro dicembre 2015	■	■	■	■	■				■				■						

D - OBIETTIVI DI EFFICIENZA GESTIONALE																			
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG
D.1 - Efficienza dei processi																			
D1	Indice di dipendenza della popolazione dalla struttura (DHW)	=>2014	■	■	■		■												
D1	Presa in carico dell'assegnazione di dispositivi per entero e colonstomie da parte del personale dei Poliambulatori C	avvio riorganizzazione entro maggio 2015	■								■								
D1	Efficienza Blocco Operatorio in collaborazione con il DEA con particolare riferimento ai criteri di accesso per gli interventi in urgenza e in elezione	attuazione del progetto 2014	■	■															
D1		rendicontazione degli esiti	■	■															
D1	Attivazione figura Bed management	entro Giugno 2015		■							■								
D1	Collaborazione alla definizione del percorso clinico assistenziale integrato pz cronico	Avvio ambulatorio entro giugno e presa in carico multiprofessionale di almeno 20 pz								■									
D1		Sperimentazione applicativo Arianna per la gestione ambulatoriale/percorsi del paziente preso in carico				■			■	■	■								
D1	Collaborazione alla definizione del percorso clinico assistenziale integrato pz psichiatrico con co-morbilità	Elaborazione del percorso entro dicembre 2015					■			■									
D1	Elaborazione Procedura di programmazione ricoveri, accettazione e dimissione dei pazienti	entro settembre 2015				■													
D1	Analisi intervento di riduzione dei p.l. in RTI e SPDC in termini di occupazione media e mobilità attiva e passiva	entro giugno 2015					■												
D1	Completamento implementazione sistema informatico dipartimentale	entro Settembre 2015						■	■										
D1	Attuazione percorso Attuativo Certificabilità ai sensi della DGR n. 865 del 24.6.2013.	Attuazione degli adempimenti previsti dal Piano aziendale subordinatamente all'emanazione delle LG regionali							■							■			
D1	Rispetto della programmazione delle ore eccedenti secondo i vari istituti contrattuali (Piano programmazione della Direzione Medica e dell'UO Risorse Umane)	rispetto del piano 2015	■	■	■		■												
D1	Elaborazione delle relazioni di verifica infrannuale anno 2015 (compreso rilevazione incident reporting)	entro settembre 2015	■	■	■	■	■	■			■								
D1	Elaborazione delle relazioni di monitoraggio annuale	entro marzo 2016	■	■	■	■	■	■			■								

D - OBIETTIVI DI EFFICIENZA GESTIONALE																			
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG
D.2 - Equità d'accesso																			
D2	Governo dei tempi di attesa	Separazione agende tra 1^ visita/accesso e controllo	■	■	■	■			■					■					
D2		Continuità apertura agende di prenotazione	■	■	■	■				■					■				
D2	Evidenza delle azioni correlate al Piano Equità Aziendale nell'ambito del sistema dell'Accreditamento	Revisione del manuale della qualità (capp 1,2,3,8,9,10) delle UUOO soggette a verifica ispettiva interna di accreditamento	■		■		■								■			■	
D2	Realizzazione evidenze di revisione documentale orientate all'equità di accesso e di comunicazione delle prestazioni Health Literacy	Revisione delle carte dei servizi delle UUOO soggette a verifica ispettiva interna di accreditamento	■		■		■								■			■	
E - OBIETTIVI DI SOSTENIBILITA'																			
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG
E.1 - Gestione economica finanziaria																			
E1	Equilibrio di bilancio	secondo la programmazione aziendale							■										
E1	Budget trasversale: governo e monitoraggio costi service di laboratorio	rispetto della programmazione aziendale							■										
E1	Budget trasversale: governo e monitoraggio costi servizi tecnici	rispetto della programmazione aziendale							■										
E1	Budget trasversale: governo e monitoraggio costi utenze e teleriscaldamento	rispetto della programmazione aziendale							■										
E1	Budget trasversale: governo e monitoraggio costi per beni sanitari ed economici	rispetto della programmazione aziendale							■										
E1	Budget trasversale: governo e monitoraggio costi e fabbisogno personale	rispetto della programmazione aziendale							■		■		■						
E1	Attuazione adempimenti normativi e/o programmi regionali	Attuazione Split Payment							■										
E1	Budget trasversale: compartecipazione al governo monitoraggio costi e fabbisogno personale	secondo la programmazione aziendale							■			■	■						
E1	Governo monitoraggio azioni e costi relativi all'acquisto di beni sanitari	secondo la programmazione aziendale										■							
E1	Budget trasversale: compartecipazione al governo monitoraggio costi e fabbisogno personale	rispetto della programmazione aziendale									■								

E - OBIETTIVI DI SOSTENIBILITA'																			
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG
E.2 - Politiche dei costi																			
E2	Costi per beni sanitari (escluso distribuzione diretta) o secondo le specificità dei singoli Dipartimenti e UO	=<2014	■	■	■	■	■	■			■								
E2	Governo controllo appropriatezza prescrittiva e costi del servizio di ossigeno terapia domiciliare e fornitura di ausili per la respirazione	costi <2014 secondo programmazione aziendale				■													
E2	Governo monitoraggio e interventi volti al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata e territoriale	costi <2014 secondo programmazione aziendale				■						■		■					■
E2	Attività di supporto all'attuazione delle azioni aziendali connesse al governo delle liste di attesa	secondo la programmazione aziendale							■										
E2	Governo monitoraggio azioni e costi relativi all'acquisto di prestazioni in rete	secondo la programmazione aziendale											■						
E2	Governo e la monitoraggio di azioni e costi relativi al contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera sulle categorie individuate: Biologici Immunosoppressori, Inibitori della proteasi ,Oncologici, Oculistici	secondo la programmazione aziendale	■		■								■						
E2	Supporto al governo monitoraggio azioni e costi relativi al contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera sulle categorie individuate: Biologici Immunosoppressori, Inibitori della proteasi ,Oncologici, Oculistici	secondo la programmazione aziendale			■							■	■						
E2	Supporto al monitoraggio azioni e costi relativi al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata Azioni di miglioramento appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche : PPI, Statine, Sartani e ACE inibitori.	secondo la programmazione aziendale				■						■							
E2	Governo controllo consumi, appropriatezza prescrittiva e costi dei beni per assistenza integrativa	secondo la programmazione aziendale				■						■							
E2	Budget trasversale: supporto al governo e alle azioni di monitoraggio appropriatezza prescrittiva e costi connessi al service per la fornitura di ossigeno domiciliare	secondo la programmazione aziendale				■					■								
E2	Incremento prescrizione di medicinali a brevetto scaduto (ricetta rossa sul totale delle prescrizioni)	+ 10% rispetto al 2014	■	■	■		■					■							
E2	Politica del farmaco: governo appropriatezza prescrittiva e costi farmaci ad alto costo sulle categorie individuate: Biologici Immunosoppressori, Inibitori della proteasi, Oncologici, Oculistici	riduzione spesa ospedaliera secondo la programmazione aziendale			■							■	■						
E2	Accordo MMG - Recepimento obiettivi RER sulla farmaceutica convenzionata: Incremento prescrizione di medicinali a brevetto scaduto	+10 punti % rispetto al 2014				■						■							■
E2	Accordo MMG - Azioni di miglioramento appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche : PPI, Statine, Sartani e ACE inibitori	riduzione DDD rispetto al 2014				■						■							■
E2	Riduzione del tasso di consumo di fluorochinoloni sistemici in ambito ospedaliero (classe ATC J01MA) - DDD per 100/GGdeg	<2014	■		■							■							

F - OBIETTIVI DI SVILUPPO ORGANIZZATIVO																					
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG		
F.1 - Promozione della salute																					
F1	Collaborazione dell'UOC Oculistica con il DCP allo sviluppo dello screening nell'ambito del percorso Diabete per le valutazioni di 2° livello	programmazione agende dedicate (subordinatamente alla verifica della risorsa disponibile)	■			■															
F1	Collaborazione dell'UO ORL allo sviluppo multiprofessionale del percorso per le patologie apnee-ostruttive volte alla gestione dei follow-up - in collaborazione con DCP, Distretto e DIMO	secondo la programmazione definita	■		■	■								■							
F1	Integrazione funzionale con la Casa della salute	Organizzazione a regime delle sedute vaccinali mediante l'implementazione del software OnVac: entro Giugno 2015						■		■	■										
F1		Rappresentazione del Progetto di Comunità in forma integrata con la Casa della Salute: prevenzione incidenti domestici						■		■											
F1	Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e relativo provvedimento di pianificazione regionale (in corso di emanazione)	Attivazione Tavolo di programmazione operativa con il coinvolgimento degli attori interessati: entro giugno	■	■	■		■	■		■											
F1	Completamento reclutamento pz rischio malattie cardiovascolari	reclutamento 50% della coorte dei pz selezionata (n. 45 pz)								■											
F1	Organizzazione a regime delle sedute vaccinali di antidifterite, antitetanica e antinfluenzale, in collaborazione con l'UOC Igiene Pubblica	Organizzazione a regime delle sedute vaccinali mediante l'implementazione del software OnVac: entro Giugno 2015						■		■											
F.2 - Qualificazione dei servizi																					
F2	Sviluppo della chirurgia generale secondo la riorganizzazione attuata	UOC Day surgery: incremento casi trattati verso residenti; miglioramento indice di attrattività, implementazione innovazioni tecnologiche in chir proctologica e vascolare	■																		
F2		SSD Breast Unit: miglioramento indice di attrattività, incremento casi trattati verso residenti	■																		
F2		SSId: Day surgery polispec Cspt: miglioramento indice di attrattività, consolidamento casistica trattata su tutte le discipline e sviluppo della disciplina Urologia	■																		
F2		Ssi: attuazione progetto per lo sviluppo e l'integrazione delle funzioni di chirurgia generale	■																		
F2		Riorganizzazione Ambulatorio Operandi	Progetto e attuazione operativa entro giugno 2015	■	■																

Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG
F.2 - Qualificazione dei servizi																			
F2	Sviluppo della rete clinica per la chirurgia ortopedica e traumatologica	Attuazione accordo con IOR - implementazione interventi Specialistici chir Spalla e orto Pediatrica	■																
F2	Implementazione attività operatoria specialistica Uro-Ginecologica	n. casi > anno 2014	■																
F2	Attuazione nuovo assetto dipartimentale	Partecipazione eventi formativi a sostegno delle reti cliniche	■														■		
F2	Consolidamento attività di riabilitazione ospedaliera (LRIE)	n.ro casi>2014			■														
F2	Attuazione nuovo assetto dipartimentale	Consolidamento delle relazioni e dei percorsi, in ambito pediatrico – neonatologico, con i riferimenti Hub in ambito provinciale			■														
F2		Il potenziamento delle relazioni con i Centri Hub per l'oncoematologia ed infettivologia			■														
F2		Potenziamento delle relazioni con i Centri Hub per torascopia e diagnostica endoscopica				■													
F2		Partecipazione eventi formativi a sostegno delle reti cliniche				■													
F2	Sperimentazione gestionale di un nucleo di posti letto di degenza chirurgica a cura dell'area internistica	da ottobre 2015	■		■														
F2	Area metropolitana: riorganizzazione funzioni di Genetica	Rete Genetica Clinica integrazione funzionale in area metropolitana			■								■						
F2		Laboratorio Citogenetica integrazione funzionale in area metropolitana			■						■								
F2	Riorganizzazione regionale della rete ospedaliera e delle strutture Hub & Spoke di prossima emanazione	ridefinizione delle relazioni di rete in ambito cardiologico, cardio interventistico e cardio chirurgico		■									■						
F2	Riorganizzazione del Laboratorio Analisi in area metropolitana: attuazione progetto di trasferimento di attività produttive e proposta di riorganizzazione del personale	entro dicembre 2015		■							■		■						
F2	Attuazione nuovo assetto dipartimentale	Partecipazione eventi formativi a sostegno delle reti cliniche		■													■		
F2	Sviluppo casistica di Parto in analgesia	Mantenimento dell'offerta secondo la programmazione definita	■	■															

Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG	
F.2 - Qualificazione dei servizi																				
F2		Procedura Percorso Accoglienza entro Marzo 2015				■		■		■										
F2	Area Accoglienza: programmazione prese in carico e dimissioni protette	Attivazione Sportello in collaborazione con Consultorio familiare, Psichiatria, Asp entro giugno 2015				■				■										
F2		Reportistica di esito n.ro dimissioni protette: semestrale								■										
F2		OS.CO Ospedale di Comunità: progressione delle fasi di implementazione previste dal progetto di avvio dell'Os.Co al fine della gestione infermieristica a regime	entro 2015				■					■								
F2	Attuazione Progetto di definizione e monitoraggio del pz cronico complesso in collaborazione con Università Bocconi	attuazione del progetto secondo il piano di sviluppo				■			■						■	■				
F2	Sviluppo Cure Intermedie: Collaborazione con il Dip Medico/Onco alla sistematizzazione dei percorsi di gestione del pz cronico complesso per: BPCO, Scompenso, Diabete	Iniziativa formative		■	■	■												■		
F2		EKG e Spirometrie presso i Nuclei			■	■														■
F2		definizione modalità di accesso alle consulenze specialistiche			■	■	■													
F2	Attuazione del progetto di miglioramento della continuità assistenziale nelle case residenze anziani in collaborazione con il Programma Anziani, il Distretto e la Casa della Salute di Castel San Pietro	Avvio del progetto entro giugno 2015				■									■					
F2	Rimodulazione organizzativa e funzionale del Centro diurno psichiatria adulti mediante l'esternalizzazione delle funzioni in capo a privato accreditato	Progettazione entro giugno 2015					■													
F2	Analisi e ridefinizione della programmazione dell'offerta socio-sanitaria del territorio per la presa in carico di pz con autismo - anche over 18 anni - in sede di tavolo distrettuale, UVM-ASP, Medicina Riabilitativa e Psichiatria Territoriale Adulti	predisposizione proposta per attivazione tavolo istituzionale - entro giugno 2015			■		■							■						
F2	Miglioramento contenuti comunicativi e informativi del sito web dedicato in collaborazione con Ufficio Comunicazione	Attuazione entro settembre 2015						■											■	
F2	Sinergie funzionali e/o organizzative in ambito Metropolitano e/o di Area Vasta - Progettualità di AV per l'epidemiologia. Attuazione del piano di lavoro definito (reportistica malattie infettive, mortalità evitabile, mortalità collegate alle ondate di calore, percorso formativo sugli studi di sorveglianza, effetti rumore autodromo).	Proseguimento attività programmate del Progetto Alla Salute! Cittadini imprenditori della qualità della vita						■												
F2		Analisi reportistica e azioni conseguenti entro dicembre 2015						■												
F2	Azioni di supporto nell'attuazione del nuovo assetto dipartimentale	aggiornamento percorsi amministrativi							■											
F2		Adeguamento infrastruttura informatica							■											

Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG	
F.2 - Qualificazione dei servizi																				
F2	Attuazione nuovo assetto dipartimentale: implementazione progetto DIT	entro dicembre 2015									■									
F2	Attuazione programmi di lavori in ambito provinciale o di Area Vasta in tema di Vigilanza e Controllo nel campo della sicurezza alimentare e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	Partecipazione ai lavori						■												
F2	Attuazione programmi area vasta in ambito psichiatrico (DCA, Rete emergenza, Progetto di modernizzazione continuità assistenziale)	Partecipazione ai lavori					■													
F2	Area metropolitana: riorganizzazione funzioni di Genetica	Rete Genetica Clinica: integrazione funzionale in area metropolitana			■															
F2		Laboratorio Citogenetica: integrazione funzionale in area metropolitana			■															
F2	Attuazione integrazione operativa del laboratorio analisi nell'ambito del LUM: concentrazione di attività analitiche di laboratorio presso il laboratorio centralizzato OM (Ospedale Maggiore) e presso la Microbiologia dell'Aosp di Bologna	secondo la programmazione aziendale		■							■		■			■				
F2	Attuazione a regime dell'integrazione operativa per la lavorazione del sangue presso il Centro Trasfusionale dell'Ausl di Bologna (Ospedale Maggiore)	secondo i tempi da definire con la Direzione		■							■		■							
G - TRASPARENZA ED INTEGRITA'																				
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG	
G.1 - Prevenzione della corruzione																				
G1	Attuazione operativa degli adempimenti connessi alla Legge 6.11.2012 n. 190 ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella PA".	Predisposizione Piano secondo i tempi richiesti dalla normativa							■											
G1	Elaborazione relazioni semestrali da inviare al Resp. Az. Anticorruzione in ordine alla verifica degli adempimenti come previsto dal Piano Aziendale Anticorruzione	Elaborazione relazioni annuali: al 30 nov. 2015 e al 15.12.2015	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■							
G.2 - Trasparenza amministrativa																				
G2	Attuazione operativa degli adempimenti connessi al D.Lgs. 14.3.2013 n. 33 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PA".	Predisposizione Piano secondo i tempi richiesti dalla normativa							■											
G2		Monitoraggio adempimenti secondo le tempistiche ANAC e OIV						■	■		■	■	■							

H - SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE																			
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir. Medica	Diatretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir. Formazione	Informazione Comunicazione	MMG
H.1 - Competenze intangibili																			
H1	Health Literacy: rafforzamento dei temi connessi alla Health Literacy nell'ambito del percorso senologico e nell'area chirurgica Ortopedica	Partecipazione eventi formativi	■	■													■		
H1	Progettazione e definizione della Carta dei Servizi Casa della Salute di Cspt e Medicina	entro dicembre 2015				■				■									■
H1	Implementazione del Dossier Formativo quale sviluppo della mappatura e della definizione dei bisogni di formazione a livello individuale	Alimentazione dell'applicativo web	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■				■	■	■
H.2 - Sistemi di valutazione																			
H2	Applicazione nuovo sistema di valutazione della performance annuale correlata alla retribuzione di risultato, ai sensi della deliberazione n. 26 del 6.3.2013	rispetto dei tempi definiti	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■				■		
H2	Applicazione del nuovo sistema di valutazione individuale degli incarichi ai sensi della deliberazione n. 46 del 15.4.2014	rispetto dei tempi definiti	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■		■		

I - OBIETTIVI DI INNOVAZIONE																				
Piano Performance	Obiettivi operativi	Risultato atteso	CHIR	DEA	MED-ONC	DCP	DSM	SAN PUB	DAT	Casa della Salute	DIT	DIR FARM	Dir Medica	Distretto	Governo clinico	Programmazione e Controllo	Dir Formazione	Informazione Comunicazione	MMG	
I.1 - Investimenti strutturali e tecnologici																				
I1	Piano Investimenti 2014: attuazione e monitoraggio interventi	secondo la programmazione aziendale							■											
I1	Attuazione adempimenti normativi e/o programmi regionali: Aggiornamento operativo del ciclo attivo e passivo connesso alla introduzione della fatturazione elettronica	entro giugno 2015							■											
I1	Collaborazione in sede di Area Vasta alla definizione delle regole omogenee per la gestione giuridico economica delle risorse umane correlato all'implementazione del nuovo applicativo gestionale	Partecipazione ai lavori							■											
I1		Relazione semestrale attuazione dei lavori							■											
I1	Attuazione del DPCM 3.12.2013 - Regole tecniche per il Protocollo informatico	Individuazione e attuazione adempimenti							■											
I1		Revisione manuale di gestione							■											
I1	Dematerializzazione del ciclo attivo e passivo	Rispetto della tempistica definita dalla RER							■				■			■		■		
I1	Analisi e acquisizione software per la gestione del recupero crediti	entro dicembre 2015							■											
I1	Integrazione con AUSL Bo per la prescrizione delle terapie antiblastiche	attivazione sw e definizione modalità operative entro marzo 2015			■				■											
I1	Implementazione della firma digitale sui referti ECG	entro giugno 2015		■					■											
I1	Attivazione del nuovo applicativo TAO	entro giugno 2015		■					■											
I1	Attivazione della conservazione sostitutiva a PARER delle immagini e dei referti di Rx	entro Settembre 2015		■					■											
I1	Aggiornamento applicativo relativo alla gestione del Dossier Galileo nell'ambito degli adempimenti connessi alla privacy: stesura delle informative ed eventi formativi	entro maggio 2015							■											
I1		partecipazione eventi formativi	■	■	■		■		■		■		■						■	
I1	Cartella Integrata Informatizzata	estensione della prescrizione terapeutica informatizzata nei Dipartimenti ospedalieri	■	■	■		■		■		■	■								
I1		sperimentazione di un modulo per la gestione della complessità assistenziale			■				■		■									
I1	Sistema informatico per la gestione dei turni del personale: completamento implementazione del programma Archimede secondo la pianificazione	entro dicembre 2015	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
I1	Utilizzo strumento tecnologico-informativo web 2.0 su percorsi/casi complessi	n.ro profili e/o percorsi attivati per dipartimento e completamento partecipazione eventi formativi	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■		■		■	
I1		valutazione esiti e ricadute derivanti dall'utilizzo del Social Network professionali nell'ambito della privacy								■		■	■						■	■

3. LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

3.1 GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

In conformità a quanto disciplinato dal sopra richiamato regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della *Performance*", per ciascuno obiettivo è individuato uno o più indicatori, unitamente ai target attesi ed alle modalità di verifica che ne permettono di verificare il grado di raggiungimento. In tale contesto sono utilizzati indicatori e parametri che, coerentemente con l'approccio multidimensionale alla misurazione delle performance, siano afferibili a: *output*, processo, attività, efficienza, efficacia, *outcome* e comportamenti organizzativi.

Per quanto riguarda la valutazione della *performance* individuale il nuovo strumento applicato in Azienda (All.3) si articola su tre aree riguardanti:

- **Area della performance organizzativa (risultati di budget)**
- **Area dei contributi individuali**
- **Area dei comportamenti organizzativi**

Ad ogni singolo obiettivo dell'Area viene attribuito un peso differenziato in relazione al diverso ruolo rivestito dal dirigente valutato.

Area della Performance Organizzativa (sulla base di quanto negoziato in sede di budget) riguarda la performance relativa all'ambito organizzativo di appartenenza (*outcome*, *output*, aspetti qualitativi, ecc.). Quest'area ricomprende la valutazione in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'atto della negoziazione del budget. L'appartenenza ad una Unità Operativa comporta infatti la corresponsabilità di tutti i professionisti ai risultati annuali raggiunti dalla struttura; il processo di budget in una struttura sanitaria ha anche la finalità di favorire il gioco di squadra ed il senso di appartenenza all'interno delle diverse èquipe, prevenendo in parte il possibile rischio che corrono i professionisti di operare in modo tendenzialmente autonomo.

In relazione al livello di responsabilità e l'incarico professionale rivestito da ogni singolo dirigente viene definito il peso da attribuire a tale componente all'interno della valutazione individuale.

Area dei contributi individuali

L'Area dei contributi individuali consente di focalizzare la valutazione sul singolo dirigente, mediante elementi che valorizzano e rendono evidenti le specificità legate alle attività svolte da ciascuno ed i risultati direttamente conseguiti. A tal fine gli obiettivi assegnati devono permettere di poter apprezzare:

- ✓ **Il contributo individuale** apportato dal singolo dirigente in relazione ai risultati di performance conseguiti dalla Unità operativa. A "cascata" ad ogni dirigente vengono

attribuiti obiettivi di performance, strettamente collegati agli obiettivi definiti annualmente in sede di budget.

- ✓ **Specifici obiettivi individuali.** Oltre agli obiettivi già inseriti nel budget, possono essere definiti e preliminarmente assegnati dal dirigente sovraordinato, obiettivi specifici riguardanti aspetti prioritari o a valenza strategica:
 - **obiettivi a valenza istituzionale** riferibili ad azioni relative al ciclo annuale che riguardano obiettivi di miglioramento del funzionamento delle attività istituzionali;
 - **obiettivi a valenza strategica (anche con contenuti professionali)** con riferimento pluriennale, per i quali è comunque necessario identificare scadenze annuali di attuazione.

Area dei comportamenti organizzativi

L'Area dei comportamenti organizzativi si riferisce alla valutazione delle competenze professionali e manageriali espresse da ogni singolo dirigente, in coerenza con gli obiettivi istituzionali e con il profilo professionale assegnato. I comportamenti organizzativi del personale dirigente sono stati declinati ed articolati in due macroaree: **management e competenze professionali**, estensibili, con lo sviluppo del sistema, con altre due: **leadership e relazioni e network**.

L'assegnazione degli obiettivi da raggiungere, oltre all'esplicitazione dei comportamenti attesi, deve avvenire in contraddittorio tra valutatore e valutato e si concretizza con la definizione della "*scheda di valutazione individuale*", contenente gli elementi prima indicati. La presentazione del sistema e delle schede ai singoli collaboratori che dovranno essere valutati, da parte del dirigente responsabile, avviene attraverso un colloquio strutturato in cui il responsabile presenta, chiarendone finalità e programma operativo, il sistema complessivo e le specifiche responsabilità, obiettivi e competenze che saranno oggetto di valutazione.

Il percorso di assegnazione degli obiettivi e la conseguente valutazione tiene pertanto conto dei seguenti aspetti:

- il collegamento tra performance organizzativa e performance individuale, a partire dai ruoli di direzione e responsabilità fino a comprendere tutto il restante personale;
- la valutazione del contributo individuale alla performance organizzativa;
- la definizione di obiettivi individuali in termini di risultati e comportamenti attesi;
- l'individuazione di obiettivi rilevanti collegati all'attuazione dei progetti prioritari dell'Azienda, con specifico riferimento al periodo di valutazione annuale, anche nel caso di progetti a valenza pluriennale;
- le competenze professionali e manageriali.

3.2 SVILUPPO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Nell'Azienda USL di Imola, l'impegno rivolto allo sviluppo del sistema di valutazione della *performance* individuale è stato orientato, oltre alla estensione su tutte le unità operative del nuovo modello, alla diffusione nell'organizzazione e nei dipendenti di una cultura rivolta ai risultati e al concetto di *performance*. In tale ottica il processo di implementazione e sperimentazione dei nuovi strumenti di valutazione è stato accompagnato da una intensa attività di formazione che ha coinvolto tutti i Direttori delle Unità Operative e una consistente parte del restante personale dirigente. Parallelamente si è mantenuto con il personale coinvolto nella sperimentazione e con le OO.SS. un aperto confronto che ha favorito interventi di modifica e miglioramento di alcuni aspetti del procedimento e degli strumenti di valutazione.

Il percorso fino ad oggi sviluppato sta senza dubbio portando i primi risultati pur nella consapevolezza che tanto è ancora da fare. L'intero processo di valutazione della *performance* richiede ancora un forte impegno della dirigenza e di tutto il personale che continuerà ad essere coinvolto in percorsi formativi sia a livello d'aula, lezioni frontali con esperti esterni che sul campo e con tutor interni dell'Azienda, nella consapevolezza che l'introduzione di strumenti di valutazione della *performance* e di apprezzamento del merito hanno spesso impattato su realtà caratterizzate "culturalmente" ed "emotivamente" da bisogni di crescita. In simili situazioni l'introduzione di sistemi valutativi tecnicamente raffinati e presentati con grande enfasi non hanno portato i risultati sperati. Per il personale dirigente, la misurazione e la valutazione della performance individuale dovrà, sempre più, riguardare, oltre i risultati conseguiti dalla struttura di appartenenza, lo specifico contributo individuale alla performance organizzativa e le competenze manageriali e professionali espresse. L'attuazione del nuovo sistema di valutazione individuale del personale ha segnato le seguenti tappe:

ANNO 2013

- adozione nuovo sistema di valutazione della performance individuale, delibera del DG n.26 del 6.3.2013;
- avvio della sperimentazione con il coinvolgimento delle UU.OO. di: Anatomia Patologica, Veterinaria, Riabilitazione, Psichiatria Adulti, Anestesia Rianimazione, Ostetricia-Ginecologia, Oncologia.

ANNO 2014

- ampliamento della sperimentazione attraverso il coinvolgimento delle UU.OO. di: Pediatria-Nido, Nefrologia, Urologia, Cardiologia, Medicina 2, Igiene Pubblica, Farmacia, Direzione Tecnica Ospedaliera, UU.OO. afferenti al Dipartimento Amministrativo e Tecnico;

- applicazione estensione a tutti i Direttori di Dipartimento e di U.O. del nuovo sistema di valutazione della *Performance* individuale annuale, con applicazione sia degli effetti giuridici che degli effetti economici;
- estensione sperimentale del nuovo modello di valutazione alla Direzione Infermieristica e Tecnica per quanto riguarda le "Posizioni Organizzative" e i Coordinamenti.

Il prossimo triennio vedrà la completa implementazione degli strumenti di valutazione recentemente adottati relativamente alla misurazione e valutazione della *performance* individuale annuale oltre che la valutazione dell'incarico dirigenziale attribuito, secondo la seguente tempistica:

ANNO 2015

- completamento della sperimentazione del nuovo sistema aziendale di valutazione annuale della Performance individuale del personale dirigente presso le UU.OO.: Radiologia, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Laboratorio, Servizio Trasfusionale, Chirurgia Generale, Chirurgia Day Hospital, Chirurgia Senologica, Ortopedia, Urologia, ORL, Oculistica, Medicina 1, Neurologia, AMBI, Gastroenterologia, SERT, Neuropsichiatria Infantile, Consultorio, Genetica.

ANNO 2016

- entrata a regime con applicazione a tutto il personale Dirigente e alle Posizioni Organizzative e Coordinamenti del personale del comparto del nuovo modello di valutazione annuale della *Performance* individuale;
- tavoli di confronto e di verifica, con il coinvolgimento anche delle OO.SS. di categoria in ordine ai risultati della sperimentazione con conseguente eventuale definizione delle linee di sviluppo e di miglioramento del processo e dello strumento di valutazione.

ANNO 2017

- consolidamento in ordine all'entrata a regime del nuovo sistema di valutazione della performance e definizione effetti sul sistema premiante.

Alla luce dell'esperienza fin qui condotta a livello sperimentale, sono emerse alcune criticità che meritano approfondimento o aggiustamento. Tra queste, dai tavoli di confronto aziendali, è emersa la necessità di rivedere l'attribuzione dei pesi delle aree di valutazione della Performance organizzativa, Performance individuale, Comportamenti organizzativi, ridefiniti, rispetto a quanto proposto nel regolamento (delibera n.26 del 6.3.2013) come di seguito riportato e rappresentato alle OO.SS della Dirigenza Medica – Veterinaria e SPTA:

	Dipartimento	Struttura complessa	Struttura semplice	Professional
Performance organizzativa	50	50	40	30
Performance individuale	10	20	30	50
Comportamenti	40	30	30	20
Totale	100	100	100	100

4 MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE

Il monitoraggio deve permettere, nel corso dell'esercizio ed alla fine dello stesso, di verificare lo stato di realizzazione degli obiettivi, identificando eventuali scostamenti, le relative cause e gli interventi correttivi da adottare, allo scopo di valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di negoziazione, in termini di congruenza tra risultati attesi e obiettivi raggiunti.

Attraverso il supporto del Controllo di Gestione ai vari livelli di responsabilità aziendale verrà effettuato con periodicità, di norma trimestrale, il monitoraggio del livello di realizzazione da parte delle strutture aziendali degli obiettivi assegnati.

I dirigenti responsabili a loro volta effettuano il monitoraggio degli obiettivi conferiti al personale delle unità organizzative di competenza acquisendo, tramite il sistema informativo dell'Ufficio Controllo di gestione, i dati necessari.

Nella logica della valutazione partecipata, il dirigente responsabile sottopone, nel corso di appositi incontri, gli esiti del monitoraggio del periodo al personale afferente alla propria équipe, allo scopo di approfondire le cause degli scostamenti e le modalità degli interventi correttivi da adottare.

Analogamente e in ottemperanza a quanto disciplinato dal regolamento aziendale "**Sistema di misurazione e valutazione della Performance**", a fine esercizio, si provvederà in contraddittorio a rendicontare gli esiti della valutazione di performance annuale organizzativa ed individuale per il personale dipendente. In ottemperanza a quanto dettato dall'art.10, comma 1, lett. b), del d.lgs.150/09 a conclusione del ciclo annuale della performance la Direzione Aziendale, indicativamente entro il 30 giugno, adotta la Relazione della Performance.

4.1 LA RENDICONTAZIONE SOCIALE – IL BILANCIO DI MISSIONE

In base a quanto disposto dalla Legge Regionale n.29/2004, l'Azienda annualmente relaziona sull'attività svolta redigendo il Bilancio di Missione che ha l'obiettivo di rendere conto ai cittadini del territorio e a tutti gli stakeholder di riferimento sul perseguimento degli obiettivi di salute in termini di offerta e consumo dei servizi, qualità delle prestazioni erogate, sviluppo dei servizi, appropriata risposta ai bisogni di salute della popolazione residente, sostenibilità del sistema.

Si affianca agli strumenti del bilancio tradizionale - quello economico e finanziario - per rispondere alle esigenze di *accountability* dell'Azienda, rendendo conto dei fatti realizzati e dei valori assunti ad ispirazione della gestione. Gli indicatori utilizzati per la rendicontazione e riportati nel Bilancio di Missione, individuati a livello regionale per tutte le Aziende del SSR, costituiscono il principale panel di indicatori per la valutazione annuale della *Performance* aziendale.

4.2 IL SISTEMA PREMIANTE

Strettamente legato al sistema di valutazione della Performance è il sistema premiante che, oltre a trovare la sua fonte in Accordi integrativi aziendali per ognuna delle tre aree di contrattazione adottati nel rispetto di quanto fissato dai rispettivi CC.CC.NN.LL., trova nel Regolamento sulla valutazione della Performance (Allegato 3) di cui alla deliberazione n. 26 del 6.3.2013, la sua ulteriore specificazione. L'AUSL di Imola sta gradualmente introducendo un sistema di valutazione annuale della *performance*, che permetta l'attribuzione del salario di risultato in maniera individuale in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi annualmente assegnati ai singoli dirigenti, oltre che in ordine alle competenze tecnico-professionali e gestionali dimostrate.

Il nuovo sistema a partire dal 2015 si estende anche al personale del comparto con incarichi di coordinamento e di Posizione Organizzativa.

4.3 PROCEDURE DI RIESAME DI SECONDA ISTANZA DELLA VALUTAZIONE

In caso di non condivisione da parte degli interessati della valutazione "ricevuta", sia di ordine organizzativo che individuale, è possibile presentare istanza di riesame. L'istanza di riesame di seconda istanza deve essere inoltrata dagli interessati al Coordinatore dell'OAS entro e non oltre 20 giorni dalla data di presa visione della valutazione. Prima di avviare la procedura di seconda istanza può essere opportuna un'attività di approfondimento, chiarificazione e conciliazione a livello aziendale, attraverso il coinvolgimento dell'OAS.

Per procedure di conciliazione si intendono le iniziative volte a risolvere i conflitti nell'ambito della processo di valutazione della *performance* individuale e a prevenire l'eventuale contenzioso. Nell'ambito della valutazione della *performance*, infatti, possono sorgere contrasti tra i soggetti responsabili della valutazione ed i valutati che richiedono interventi suppletivi di esame e condivisione. A tal fine, occorre attivare delle procedure finalizzate, attraverso soggetti che seppur interni all'Azienda si pongano in posizione terza rispetto al valutato e valutatore. Il tentativo di conciliazione, avviato entro 10 giorni dalla presentazione dell'istanza di riesame, viene condotto da parte del Direttore Amministrativo o Sanitario, in considerazione dell'Area di appartenenza del richiedente, con il coinvolgimento di almeno un componente dell'OAS.

Il meccanismo in questione costituisce, pertanto, una fase eventuale ed interna al procedimento valutativo, volta a consentire di superare la mancata condivisione tra le parti sulla valutazione. Il tentativo di conciliazione deve concludersi nel termine di 15 giorni dall'avvio.

Qualora perduri difformità di posizioni, il coordinatore dell'OAS, entro i successivi 15 giorni attiva la procedura di riesame di seconda istanza, attraverso apposito collegio, nominato dal Direttore Generale dell'Azienda e costituito dal componente esterno dell'OAS, con funzioni di Presidente e

completato con l'individuazione di ulteriori due componenti, uno interno all'Azienda e uno esterno.

Il procedimento di riesame è ammissibile solo nei casi in cui si riscontrino:

1. una valutazione negativa;
2. elementi di carattere generale che facciano ritenere distorsioni nel processo di valutazione;
3. errori nello sviluppo della procedura di valutazione.

Il procedimento di riesame della valutazione di seconda istanza, contro la valutazione sia di carattere organizzativo che individuale, espressa dall'organo sovraordinato, deve svolgersi nel rispetto delle seguenti modalità:

- l'istanza deve essere presentata, entro e non oltre 20 giorni dalla data di presa visione della valutazione. L'istanza deve essere motivata ed eventualmente corredata dai documenti a sostegno. La richiesta, corredata da memoria scritta ed eventuali allegati, è indirizzata al Coordinatore dell'OAS, che nei quindici giorni successivi, per il tramite del Direttore Sanitario o Amministrativo in relazione al ruolo di appartenenza del dipendente, convoca il richiedente per il tentativo di conciliazione;
- in caso di esito negativo del tentativo di conciliazione entro i 15 giorni successivi, il Coordinatore dell'OAS convoca il Collegio di valutazione di seconda istanza per la trattazione del caso;
- all'atto della convocazione il Coordinatore dell'OAS dà informazione dell'istanza di riesame all'organo che ha effettuato la valutazione di prima istanza, assegnandogli 7 giorni per produrre le proprie controdeduzioni;
- il Collegio di seconda istanza, qualora non sia in grado di decidere sulla base dei soli documenti prodotti, può convocare il valutatore di prima istanza ed il valutato, con facoltà, per quest'ultimo di farsi assistere dalle OOSS o dalla RSU, al fine di acquisire chiarimenti, ma dovrà comunque esprimersi entro 30 giorni dall'insediamento, con atto formale in via definitiva.

5 COLLEGAMENTO CON TRASPARENZA ED INTEGRITA'

La Legge attribuisce alle Amministrazioni Pubbliche l'obbligo di rafforzare l'integrità, la promozione della legalità e la prevenzione di fenomeni corruttivi (Legge n. 190 del 06.12.2012; Decreto Legislativo 14.3.2013, n. 33) elevando le garanzie di trasparenza, intesa come accessibilità totale. Nell'introdurre il concetto di "*trasparenza come accessibilità totale*", la Legge stabilisce che essa rientra nei livelli essenziali delle prestazioni erogate dalla P.A.

L'AUSL di Imola con deliberazione n. 10 del 28 gennaio 2015 ha approvato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015 – 2017.

Il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità definisce le misure, i modi e le iniziative volte all'attuazione degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. Le misure del Programma triennale sono collegate con le misure e gli interventi previsti dal Piano di prevenzione della corruzione.

A sua volta agli obiettivi indicati nel Programma, formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'amministrazione, viene data specifica indicazione nel Piano della *Performance*, in modo da garantire la massima evidenza in sede di rendicontazione finale del ciclo di gestione della *performance* da parte dell'Azienda.

Ciò con l'obiettivo che tali strumenti non si traducano in meri adempimenti burocratici, ma da essi si possa cogliere un'opportunità di miglioramento dell'organizzazione, oltre che rafforzare, arricchire e valorizzare i sistemi già operativi.

ALLEGATI TECNICI

1. REGOLAMENTO SISTEMA DI BUDGET

**2. PROGRAMMAZIONE ANNUALE OPERATIVA E DI NEGOZIAZIONE DI BUDGET
(LINEE GUIDA)**

**3. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
INDIVIDUALE**