



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000161
DATA: 27/07/2018 12:37
OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 -2020 ED ADEMPIMENTI CONSEGUENTI

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Rossi Andrea in qualità di Direttore Generale
In assenza di Dall'Olmi Emanuela - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Donattini Maria Teresa - Direttore Amministrativo

Su proposta di Claudio Mazzoni - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE

CLASSIFICAZIONI:

- [01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- SERVIZIO UNICO METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE
- UO CONTABILITA' E FINANZA
- UO SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI
- UO ECONOMATO E LOGISTICA
- UO PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE
- UO TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE
- UO INGEGNERIA CLINICA
- DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
- DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO
- DIPARTIMENTO CHIRURGICO
- DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE
- DIREZIONE GENERALE
- DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
- UO AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI E TERRITORIALI
- DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO
- DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
- DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA
- ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI DAT/DIREZIONE GENERALE
- GOVERNO CLINICO
- INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
- FORMAZIONE
- MEDICINA LEGALE
- DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000161_2018_delibera_firmata.pdf	Donattini Maria Teresa; Rossi Andrea	9CFB1F352358A93EFF6BA94E230A745B8 2D2D513ACB65814272DB6CEA2D40761
DELI0000161_2018_Allegato1.pdf:		E36AC84F0CFE5B02F3FA336294F4CBBF 9358242B8F05652D2817B1D744B9155A



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



DELIBERAZIONE

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 -2020 ED ADEMPIMENTI
CONSEQUENTI

IL DIRETTORE GENERALE

- Richiamata la Deliberazione n. 157 del 27/07/2018 relativa all'approvazione del Piano della Performance 2018-2020 che, per mero errore materiale, non conteneva il relativo allegato quale parte integrante e sostanziale;
- premesso che nell'ambito dei principi generali introdotti dal D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni":
- ogni pubblica amministrazione è tenuta a misurare e a valutare la *Performance* con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative e/o aree di responsabilità in cui si articola e al personale dipendente;
- la misurazione e la valutazione della *Performance* sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali e al riconoscimento del merito individuale;
- le Amministrazioni Pubbliche adottano modalità e strumenti di comunicazione che garantiscano la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e valutazioni della *Performance*;
- considerato che in relazione a quanto sopra, il D.lgs. n.150/2009 all'art. 10 stabilisce l'adozione da parte di ogni Pubblica Amministrazione di un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, permetta di favorire lo sviluppo di una cultura del merito e della valorizzazione della qualità del lavoro e della produttività, del singolo e dell'intera amministrazione, attraverso adeguati sistemi di valutazione dei risultati perseguiti, nonché informare i cittadini e gli stakeholder dei risultati raggiunti in ordine agli obiettivi preventivamente fissati;
- preso atto, inoltre, del quadro normativo di riferimento in materia di funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli, dettati tra l'altro da:
- Legge 6.11.2012 n.190 ad oggetto "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*";
- Decreto legislativo 14.3.2013 ad oggetto "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*";
- vista la Delibera n.3/2016 dell' OIV unico del SSR, con la quale sono state fornite istruzioni operative in ordine alla struttura e alle modalità di redazione del Piano della Performance, quale strumento di programmazione attraverso il quale fissare il quadro generale delle priorità strategiche aziendali di

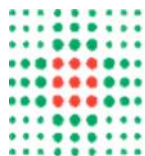


periodo, orientare l'attività direzionale di tutto il corpo dirigente, nonché assumere nei confronti dei diversi portatori di interessi precise responsabilità di mandato in ordine alle finalità e gli obiettivi perseguiti;

- vista la nota in atti protocollo n. 15878 del 17.5.2018 con la quale l'OIV unico SSR invita le Aziende Sanitarie all'adozione anticipata di un nuovo Piano Triennale della Performance per il periodo 2018-2020, dando nel contempo le indicazioni operative da seguire a conferma di quanto già indicato con la sopra richiamata delibera OIV-SSR n. 3/2016;
- vista la proposta del documento predisposto dalla competente struttura aziendale di Programmazione e Controllo, quale Piano della Performance Aziendale per il triennio 2018-2020, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;
- preso atto che il Piano della Performance 2018-2020 è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento nonché, in coerenza con le indicazioni dell'OIV unico del SSR e sottoposto al parere del Collegio di Direzione Aziendale, che, nella seduta del 25.7.2018, ha manifestato il suo assenso in merito ai contenuti del documento stesso, come risulta dal verbale agli atti dell'Azienda;
- considerato altresì che in attuazione della normativa vigente, come sopra richiamata, corre l'obbligo, per l'Azienda, dare, a seguito dell'adozione del Piano della Performance 2018-2020, informazione e diffusione del Piano steso sia all'interno dell'Azienda che agli stakeholder esterni, provvedendo alla sua pubblicazione in apposita sezione del proprio sito istituzionale sezione "Amministrazione trasparente", al fine della sua consultazione da parte dei portatori di interessi;
- ritenuto, pertanto di procedere alla formale adozione del Piano della Performance per il triennio 2018 – 2020 nel testo allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Delibera

1. di annullare e sostituire con il presente provvedimento la deliberazione n. 157 del 27/07/2018 citata in premessa;
2. di adottare il Piano della Performance per il triennio 2018-2020 rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento;
3. di provvedere alla pubblicazione del Piano sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente" al fine di dare adeguata informazione ai dipendenti ed agli stakeholder esterni;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa;
5. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.40 comma 3 della L.20.12.1994 n°50.



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

PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 – 2020

SOMMARIO

1. EXECUTIVE SUMMARY	3
2. PREMESSA.....	4
3. IDENTITA' DELL'AZIENDA.....	5
3.1 Chi siamo.....	5
3.2 Contesto in cui si opera	6
3.3 "Carta d'identità" del personale	7
3.4 Sintesi conto economico 2015 - 2017.....	9
3.5 Piano investimenti 2018 - 2020	10
3.6 La struttura organizzativa.....	18
4. GLI IMPEGNI STRATEGICI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE	26
4.1 Contesto di riferimento	26
4.2 L'albero della performance	28
4.3 Dimensione / Aree della performance e obiettivi di mandato della Direzione Generale.....	30
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	78
5.1 Gli ambiti di valutazione	78
5.2 Sistema aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze	78
5.3 Il Ciclo della Performance.....	79
5.4 Interventi a completamento e miglioramento del sistema di valutazione della performance	80
6. INDICATORI DI RISULTATO	82
UTENTE.....	83
ESITI.....	86
PROCESSI INTERNI.....	89
SOSTENIBILITA'.....	95
ALLEGATI AL PIANO DELLA PERFORMANCE.....	96
1. REGOLAMENTO SISTEMA DI BUDGET	96
2. REGOLAMENTO SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE INTEGRATA DELLA PERFORMANCE ANNUALE, DELLE COMPETENZE E DEGLI INCARICHI AL PERSONALE	96

1. EXECUTIVE SUMMARY

Il presente è il secondo Piano della Performance adottato dall'AUSL di Imola nel rispetto delle indicazioni di cui alla [delibera n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia-Romagna](#) (OIV-SSR). Il Piano ha validità per il periodo 2018-2020 e ha la finalità, come il precedente, di fissare gli obiettivi dell'Azienda per il prossimo triennio, oltre a dettare gli indirizzi operativi a livello gestionale ed individuare gli indicatori per la misurazione della performance organizzativa a livello aziendale, nonché a cascata la metodologia per la valutazione delle strutture in cui si articola l'Azienda e la valutazione del personale dirigente e con incarichi di responsabilità.

Il documento si sviluppa secondo l'indice di cui alla delibera OIV-SSR sopra richiamata, ponendo particolare attenzione agli [obiettivi strategici aziendali di mandato assegnati al Direttore Generale](#) all'atto della nomina e trovando un suo naturale sviluppo e declinazione in obiettivi operativi a livello di budget annuale, in coerenza con la programmazione economico-finanziaria.

Gli indicatori di risultato vengono rappresentati in riferimento agli obiettivi strategici aziendali, secondo le dimensioni di performance definite dallo schema allegato alla Delibera 3/2016 dell'OIV-SSR.

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

La parte che segue riguarda l'esplicitazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi strategici di mandato di Direzione e degli obiettivi dettati dalla programmazione regionale, parte che potrà essere annualmente aggiornata in ragione delle modifiche di contesto o dei nuovi obiettivi definiti a livello di programmazione regionale.

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

In conclusione viene rappresentato un pannel di indicatori tratti dalla piattaforma [InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna](#), individuati per il [Piano della Performance Aziendale 2018-2020](#), in riferimento ai quali viene esplicitato il target atteso nel triennio di riferimento ed i cui esiti verranno utilizzati per la valutazione delle diverse dimensioni della performance.

2. PREMESSA

Il Piano della Performance (PdP) è un documento programmatico di durata triennale che, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi e i conseguenti risultati attesi verso i quali l'Azienda orienta il proprio operato.

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

Coerentemente con quanto previsto dal vigente impianto normativo regionale, il Piano della Performance mette in relazione missione e mandato istituzionale, obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali con l'individuazione dei relativi indicatori e target, quale strumento programmatico di orientamento all'attività.

Nell'elaborazione del presente Piano sono state recepite anche le indicazioni e gli indirizzi forniti dall'OIV unico regionale per il SSR. Il Piano Triennale della Performance, in integrazione con altri strumenti aziendali di Programmazione e Valutazione, nonché con il Programma Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e con la programmazione economico-finanziaria, allo stato attuale costituisce un corpo unitario di indirizzo e di regole a livello di sistema complessivo, per la gestione dell'Azienda.

Il Piano della Performance, in coerenza con tale impostazione, si pone l'obiettivo di definire per il triennio 2018 – 2020 le aree strategiche di intervento e gli obiettivi strategici ed operativi da perseguire, tenendo conto della metodologia per la declinazione ed attribuzione degli obiettivi ai diversi livelli di responsabilità aziendale e della misurazione, la valutazione e la rendicontazione che annualmente permette la consuntivazione a livello organizzativo ed individuale della performance complessiva raggiunta.

Il Piano, quindi, va inteso come “cornice” di un processo articolato collegato al percorso di negoziazione di budget che definisce ed attribuisce gli obiettivi da perseguire e le modalità di misurazione delle performance e di rendicontazione dei risultati conseguiti, secondo i rispettivi Regolamenti aziendali vigenti, allegati al presente piano (Allegato 1 “Regolamento Sistema di Budget” e Allegato 2 “Regolamento Sistema aziendale di Valutazione Integrata della performance annuale, delle competenze e degli incarichi al personale”).

La finalità dell'intero impianto è quello di consolidare nell'AUSL di Imola un sistema diffuso e trasparente 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.

3. IDENTITA' DELL'AZIENDA

3.1 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. Esegue le proprie funzioni assicurando universalità ed 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, tenendo conto degli esiti della concertazione fra le Aziende Sanitarie appartenenti all'Area Vasta Emilia Centro (AVEC) ed alla Città Metropolitana di Bologna.

Missione

L'Azienda Sanitaria di Imola è impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali e uniformi 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, pertanto, persegue i seguenti obiettivi istituzionali:

- tutelare l'interesse di Salute, 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 assistenza di base, tendendo continuativamente all'eccellenza;
- offrire cura e assistenza in urgenza e per acuti, tendendo continuativamente all'eccellenza;
- posizionarsi nelle reti integrate di servizi, in collaborazione con le altre strutture a livello di Area metropolitana, di Area vasta e in ambito regionale per l'Alta Specialità.

L'Azienda realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia e realizza il governo economico-finanziario, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.

Per il perseguimento dei suoi scopi, l'Azienda agisce come un sistema cognitivo, evolutivo e dinamico, grazie alla pratica continua di:

- integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne;
- informazione sanitaria socialmente diffusa;
- ricerca e innovazione;
- formazione e dell'aggiornamento.

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. garantire una migliore qualità della vita, in termini di salute e benessere sociale, ai cittadini, tendendo a massimizzare gli interventi, in ordine ad un efficace contrasto della malattia e della disabilità, sia

attraverso la diffusione di stili di vita salutari che una tempestiva presa in carico nel momento del bisogno;

2. assicurare equità ed universalità nell'accesso alle prestazioni sanitarie, superando le differenti condizioni di accesso alle cure ed ai servizi tra i diversi gruppi di popolazione presenti nel territorio aziendale;
3. perseguire un razionale e corretto impiego delle risorse strutturali, tecnologiche e professionali a disposizione, garantendo ai cittadini le migliori e più avanzate risposte ai bisogni di salute, anche attraverso collaborazioni strutturate con altri centri di eccellenza a livello regionale;
4. garantire una maggiore aspettativa di vita, attraverso lo sviluppo di ambienti di vita e di lavoro liberi e sicuri da rischi.

3.2 Contesto in cui si opera

L'AUSL di Imola opera su una parte del territorio della provincia di Bologna con una popolazione complessiva residente, al 31/12/2017, di 133.203 abitanti di cui, 64.790 maschi (48,6%) e 68.413 femmine (51,4%), (Fonte: popolazione legale ISTAT da Anagrafi Comunali) distribuita in 10 Comuni: Imola, Castel San Pietro Terme, Castel del Rio, Fontanelice, Casalfiumanese, Medicina, Borgo Tossignano, Castel Guelfo, Mordano, Dozza, in un unico Distretto. La tabella che segue mostra la popolazione suddivisa per Comuni e genere con evidenza della quota comunale di popolazione uguale o maggiore di 65 anni.

COMUNI	POPOLAZIONE			
	M	F	Totale	di cui >=65
IMOLA	33.645	36.289	69.934	17.301
MORDANO	2.378	2.314	4.692	1.049
MEDICINA	8.223	8.545	16.768	3.738
CASTEL GUELFO	2.241	2.265	4.506	857
CASTEL S. PIETRO	10.209	10.653	20.862	5.390
DOZZA	3.216	3.372	6.588	1.434
CASALFUMANESE	1.732	1.728	3.460	777
BORGIO TOSSIGNANO	1.599	1.641	3.240	702
FONTANELICE	968	976	1.944	456
CASTEL DEL RIO	579	630	1.209	370
TOTALE GENERALE	64.790	68.413	133.203	32.074

Sul versante delle relazioni istituzionali, l'AUSL di Imola riconosce il primato nelle funzioni di programmazione e controllo strategico della Conferenza Sociale e Sanitaria Metropolitana a cui compete l'elaborazione delle linee di programmazione sociale e sanitaria e la definizione delle priorità di intervento. L'Azienda ha un ruolo di partner privilegiato per la formulazione dei piani di programmazione integrata con i Comuni, la Scuola e le altre istituzioni presenti sul territorio; beneficia della coesione sociale e delle politiche condivise dei dieci Comuni del Circondario, per sviluppare meglio i servizi sociali e sanitari. Riceve, altresì, grande collaborazione dall'universo delle associazioni di volontariato più rappresentative presenti sul territorio.

All'AUSL di Imola viene richiesta una grande attenzione e sensibilità alle problematiche particolari dei diversi contesti territoriali ed alla modulazione delle risposte dei servizi socio-sanitari sulla base delle esigenze dei cittadini, cogliendone le specificità locali senza creare svantaggiose ridondanze di servizi. Viene richiesto, inoltre, di essere alleato principale nello sviluppo del territorio, mettendo a disposizione competenze e risorse

in grado di supportare ed accompagnare lo sviluppo, ad esempio di politiche per l'ambiente, della ricerca e didattica nel rapporto con l'Università, di modelli di integrazione sociale e sanitaria, ecc.

Le problematiche emergenti sul territorio hanno visto negli ultimi anni l'AUSL di Imola particolarmente impegnata, assieme alle altre istituzioni locali, nello 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.

3.3 “Carta d'identità” del personale

Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2017, risultano complessivamente 1.937, registrando rispetto al 31/12/2016 un decremento pari a -2 unità.

Tipologia contrattuale	2015	2016	2017	Var ass. 2016 - 2017
Dipendente	1.750	1.746	1.758	12
Convenzionato*	167	169	161	-8
Contratti libero-professionali, co.co.co.	23	24	18	-6
TOTALE	1.940	1.939	1.937	-2

* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Guardie Mediche

Si rappresenta, nella tabella che segue, la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con la variazione percentuale rispetto all'anno precedente.

Categorie personale dipendente	2015	2016	2017	Var % 2015-2016
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	272	266	274	3,0%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	59	57	59	3,5%
PERSONALE INFERMIERISTICO	744	765	766	0,1%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	134	121	119	-1,7%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	223	226	226	0,0%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	176	176	179	1,7%
ALTRO PERSONALE	142	135	135	0,0%
TOTALE	1.750	1.746	1.758	0,7%

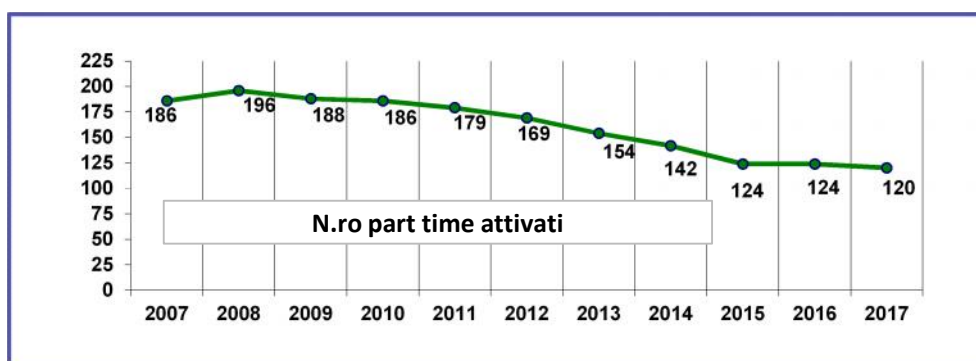
La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola mostra un ingresso “tardivo” al lavoro in posizione strutturata (numero basso degli under 35) e una massima concentrazione nelle classi 45-54 (39,8%) e 55-64 (29%). La distribuzione per genere rappresentata nel grafico conferma la netta maggioranza di personale femminile (77,8%).

Personale dipendente	Sesso		classi di età					TOT.
	F	M	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIR. MEDICI E VETERINARI	153	121	24	88	55	101	6	274
DIRIGENTI SPTA	42	17	1	11	18	29		59
PERSONALE INFERMIERISTICO	675	91	140	156	344	125	1	766
PERSONALE TECNICO SANITARIO	81	38	23	22	40	34		119
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	193	33	12	38	96	79	1	226
PERSONALE AMMINISTRATIVO	159	20	1	10	74	93	1	179
ALTRO	64	71	4	9	73	49		135
Totale	1.367	391	205	334	700	510	9	1.758
%	77,8%	22,2%	11,7%	19,0%	39,8%	29,0%	0,5%	100,0%

La tabella che segue rappresenta la suddivisione del personale dipendente per categorie e Livello di assistenza (LEA).

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANTA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	217	34	21	2	274
DIRIGENTI SPTA	9	14	2	34	59
PERSONALE INFERMIERISTICO	598	145	11	12	766
PERSONALE TECNICO SANITARIO	74	26	17	2	119
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	181	38	1	6	226
PERSONALE AMMINISTRATIVO	28	40	11	100	179
ALTRO	31	9	0	95	135
Totale	1.138	306	63	251	1.758
%	65%	17%	4%	14%	100%

Il Grafico mostra il trend di diminuzione dei part-time negli ultimi dieci anni.



3.4 Sintesi conto economico 2015 - 2017

CONTTO ECONOMICO	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017
Valore della produzione	288.605	289.654	294.782
Contributi in conto esercizio	233.406	233.384	238.445
Rettifiche contributi c/esercizio per investimenti	-808	-960	-746
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	961	1.252	1.262
Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	44.239	45.148	44.374
Concorsi, recuperi e rimborsi	1.148	1.235	1.538
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	4.551	4.296	4.490
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.417	4.519	4.301
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	8	0	0
Altri ricavi	683	780	1.118
Costi della produzione	288.605	289.651	294.777
Acquisto beni di consumo comprese var. rimanenze	31.570	31.046	33.107
Acquisto servizi sanitari	137.521	139.709	145.486
Acquisto servizi non sanitari	16.137	15.331	15.083
Manutenzione e riparazione	3.326	3.120	3.413
Godimento beni di terzi	1.437	1.009	979
Personale dipendente	84.233	83.148	82.639
Ammortamenti e svalutazioni	6.526	6.474	5.642
Interessi	338	268	221
Accantonamenti	3.657	6.037	4.414
Imposte e tasse	6.099	5.976	5.952
Proventi e oneri straordinari e Altri costi	-2.239	-2.467	-2.159
Risultato di Esercizio	0	3	5

3.5 Piano investimenti 2018 - 2020

Piano Investimenti 2018-2020

AZIENDA USL DI IMOLA

Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di realizzazione oppure con progettazione esecutiva approvata

SCHEDA 1

(gli investimenti di importo superiore a 500.000 euro devono essere esposti dettagliatamente, uno per ogni riga)

(1)	(2)	descrizione intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investimento (5)	data inizio lavori (mese anno)	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare e negli anni successivi	totale investimenti da realizzare	contributo conto/capitale	mutui (6)	altre forme di finanziamento (8)	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	Prev.Incendi (9)*	Prev.Sismica (10)*	Energia (11)*	note
Lavori	2013/11	"Intervento di manutenzione straordinaria reparto di geriatria e lungo degenza Ospedale di Imola" Intervento AP 47 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)	OP	3.106.135	Marzo 2015	164.066				164.066	164.066				164.066				Sono compresi 231,800 € per arredi, 73,200 € per attrezzature sanitarie IVA inclusa
	2013/12	"Realizzazione della Casa della salute presso polo sanitario di Castel San Pietro Terme - 1° stralcio" Intervento AP 48 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)	OP	571.410	Dicembre 2014	941				941	941				941				
	2016/9	Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola - intervento APb.20 - (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio - addendum)	OP	900.000	aprile 2017	650.000	250.000			900.000	900.000				900.000	x			Adeguamento antincendio, per la scadenza del 2019, dell'Ospedale di Comunità di Castel S Pietro T di euro 500.000 e attrezzature sale operatorie euro 400.000
	2018/1	Realizzazione della nuova casa della salute piccola della Casa della Salute della Vallata del Santerno	OP	326.000	marzo 2017	326.000				326.000	326.000				326.000	x			Fondi per Strutture polifunzionali socio-assistenziali per la popolazione - Operazione 7.4.01 DGR 1920/2016 - Concessione contributo con DPG/2017/15299 del 21/09/2017 Servizio territoriale agricoltura, caccia e pesca di Bologna
Manutenzioni straordinarie	2016/1	Intervento di manutenzione straordinaria- Intervento S20 - Finanziamento con risorse regionali ex art 36 LR 38/2002	OP	450.726	giugno 2016	5.448				5.448			5.448		5.448	x			169.726 da risarcimento assicurativo (Lavori per :Manutenzione straordinaria Pad 5 Lolli a seguito danni causati da incendio e Sostituzione di n. 2 ascensori presso l'Ospedale di Imola (impianti n.18-19)
	2015/1	Adeguamento data-center dell'Azienda USL di Imola	IMP	400.000	ottobre 2017	337.300				337.300		337.300			337.300	x			mutuo DGR 144/2013
tecnologie biomediche	2018/2	Ammodernamento tecnologico apparecchiature biomediche urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi		93.672	gennaio 2018	93.672				93.672		93.672			93.672				mutuo DGR 144/2013

(1)	(2)	descrizione intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investimento (5)	data inizio lavori (mese anno)	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare e negli anni successivi	totale investimenti da realizzare	contributo conto/capitale	mutui (6)	altre forme di finanziamento (8)	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	Prev. Incendi (9)*	Prev. Sismica (10)*	Energia (11)*	note
	2016/6	Nuovo Sistema Gestionale Risorse Umane (GRU) - Servizi di Configurazione e installazione del sistema GRU, deployment e attivazione, licenze d'uso una tantum, impianto hardware e software		142.060	Gennaio 2016	106.545				106.545			106.545		106.545				DGR 830 del 12.6.2017
		Nuovo Sistema Gestionale Risorse Umane (GRU) - Manutenzione Evolutiva 2017-2021		54.682	Gennaio 2017	10.936	10.936	10.936	21.873	54.682	43.746		10.936		54.682				DGR 830 del 12.6.2017
	2017/19	Configurazione, installazione del sistema GAAC, Deployment e Attivazione, Licenze d'uso		19.000	Ottobre 2017	19.000				19.000			19.000		19.000				DGR 830 del 12.6.2017
	2018/3	Sostituzione definitiva HW obsoleti, in particolare PC fissi e portatili con sistema operativo Windows XP non più supportato		114.543	gennaio 2018	114.543				114.543		114.543			114.543				mutuo DGR 144/2013
beni economici, altro	2018/4	Acquisto arredi e beni economici, indispensabili, in sostituzione dei fuori uso		13.183	gennaio 2018	13.183				13.183		13.183			13.183				mutuo DGR 144/2013
totale interventi				6.191.412		1.841.634	260.936	10.936	21.873	2.135.380	1.434.753	558.698	136.481	5.448	2.135.380				
rimborso rate mutui accesi (parte capitale)																			
TOTALE				6.191.412		1.841.634	260.936	10.936	21.873	2.135.380	1.434.753	558.698	136.481	5.448	2.135.380				

LEGENDA

- Gli interventi vanno elencanti per macrounità di appartenenza (lavori, interventi di manutenzione straordinaria, tecnologie biomediche,...).
 - Ogni intervento è identificato da un codice numerico composto dall' Anno in cui per la prima volta l'intervento appare nel Piano Investimenti, e da un numero progressivo. Tale codice rimarrà inalterato fino al completamento dell'intervento e non potrà essere più utilizzato per altro intervento. La numerazione progressiva degli interventi comincia dalla **SCHEDA 1. Quindi a partire dal Piano Investimenti triennale 2013-2015 tutti gli interventi avranno come primo elemento 2013 (Anno inserimento) e il numero progressivo. ES. 2013/21;**
 - Gli interventi di importo superiore 500.000 euro vanno indicati uno per riga con una descrizione idonea ad identificare l'intervento. Se l'intervento è oggetto di contributo statale o regionale, va tassativamente individuato con il titolo previsto dalla relativa delibera regionale ed esplicitamente riportato anche se di importo inferiore a 500.000 euro. Vanno inoltre indicati nella nota il **Programma di finanziamento e il n° dell' intervento**. Se l'intervento è di importo inferiore a 500.000 e non oggetto finanziamenti stato/regione può essere ripiegato cumulativamente. Il competente Servizio regionale si riserva tuttavia di richiedere eventuali maggiori dettagli riguardanti gli interventi da realizzarsi.
 - Solamente per gli interventi relativi alle macrounità lavori e manutenzione straordinaria va indicata la tipologia prevalente opere edili (OP), impianti (IMP)
 - Indicando il valore complessivo dell'investimento; per le immobilizzazioni in corso di realizzazione deve essere indicato il valore totale dell'investimento, comprensivo sia dei lavori già realizzati (anno 2017 e precedenti) che dei lavori ancora da realizzare (anno 2017 e seguenti); per le immobilizzazioni in corso di progettazione questo valore coinciderà con il valore degli investimenti ancora da realizzare (anno 2017 e seguenti);
 - Indicare nella nota la Delibera regionale di autorizzazione al mutuo
 - Nella nota va riportato il numero progressivo che qualifica l'alienazione immobiliare posta a finanziamento dell'intervento (SCHEDA 4). Va altresì citata, qualora l'alienazione sia già autorizzata, la relativa DGR di autorizzazione all'alienazione del bene immobiliare.
 - Qualora tra le fonti vengano indicate Altre modalità di finanziamento (esempio forme di Partenariato Pubblico Privato) le stesse devono essere preventivamente concordate con i competenti Servizi regionali, che devono disporre delle informazioni necessarie per una valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di analisi costi/benefici. Fermo restando il preventivo parere dei Servizi regionali competenti, tra Altre modalità di finanziamento possono essere indicati anche finanziamenti in conto esercizio qualora sussistano le condizioni di equilibrio di bilancio.
 - Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un adeguamento alla normativa di prevenzione incendi
 - Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali che comportano un miglioramento dei requisiti antisismici
 - Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un miglioramento dell'uso razionale dell'energia
- *A proposito delle note 9,10 e 11 si specifica che, ove sussistano le condizioni, può essere contrassegnata anche più di una colonna.**

AZIENDA USL DI IMOLA

Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di progettazione

SCHEDA 2

Gli investimenti di importo superiore a 500.000 euro devono essere esposti dettagliatamente, uno per ogni riga.

(1)	identificazione intervento (2)	descrizione intervento (3)	tipologia (4)	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	totale investimento da realizzare	contributo conto/capitale	alienazioni (6)	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	note
lavori	2013/14	Ampliamento dell'Ospedale di Imola- Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative - intervento P3 Programma regionale investimenti in sanità	OP	7.000.000		1.500.000	2.000.000	3.500.000	7.000.000	3.500.000	3.500.000		7.000.000	Intervento finanziato con: euro 3.500.000 Finanziamento regionale P3 e euro 3.500.000 Permuta Silvio Alvisi (importo soggetto a verifica con nuova stima a seguito dell'approvazione del POC con Del Comunale 184 del 21/12/2017). Il D.Lgs 50/2016 non prevede appalto integrato (con progetto definitivo a base di gara), per la presente tipologia di intervento, pertanto si procederà con la redazione del progetto esecutivo e gara aperta
Manutenzioni straordinarie	2018/5	Impianto di climatizzazione di parte di uffici dell'ASP presso il presidio "Silvio Alvisi"	IMP	101.000	101.000				101.000			101.000	101.000	Intervento finanziato da ASP
	2018/6	Realizzazione del nuovo punto prelievi presso la Casa della salute di Medicina	IMP	120.000	120.000				120.000			120.000	120.000	Intervento finanziato dal Comune di Medicina
totale				7.221.000	221.000	1.500.000	2.000.000	3.500.000	7.221.000	3.500.000	3.500.000	221.000	7.221.000	

LEGENDA

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

AZIENDA USL DI IMOLA

Scheda rilevazione programmazione interventi non aventi copertura finanziaria

SCHEDA 3

Macro Unità (1)	identificazioni intervento (2)	titolo intervento (3-4)	tipologia (5)	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	eventuale copertura finanziaria intervento		Previsione inizio (mese- anno)	Previsione fine lavori (mese- anno)	note		
									contributo conto/capitale	alienazioni (6)					
LAVORI	fabbisogno edilizia sanitaria (per compilazione vedasi allegato 3.8)	2018/14	Nuove costruzioni strutture ospedaliere	OSP	7.700.000								Riferimento: Scheda 3.4		
			Nuove costruzioni strutture territoriali	TER											
			Ristrutturazione con adeguamento sismico, adeguamento prevenzione incendi ed efficientamento energetico	OSP											
		2018/15	Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico, adeguamento prevenzione incendi ed efficientamento energetico	OSP	4.950.000										Riferimento: Scheda 3.6
			Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico e adeguamento prevenzione incendi	OSP											
			Interventi adeguamento prevenzione incendi e efficientamento energetico	OSP											
			Interventi di miglioramento sismico e efficientamento energetico	OSP											
			Interventi di solo adeguamento prevenzione incendi	OSP											
		2018/16	Interventi di solo miglioramento sismico	OSP	17.364.000										Riferimento: Scheda 3.6
			Interventi di solo efficientamento energetico	OSP											
			Ristrutturazione che richiede particolari interventi (da specificare):	TER											
		2018/17	Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico, adeguamento prevenzione incendi ed efficientamento energetico	TER	2.805.000										Riferimento: Scheda 3.7
			Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico e adeguamento prevenzione incendi	TER											
	Interventi adeguamento prevenzione incendi e efficientamento energetico	TER													
	Interventi di miglioramento sismico e efficientamento energetico	TER													
2018/18	Interventi di solo adeguamento prevenzione incendi	TER	900.000										Riferimento: Scheda 3.7		
2018/19	Interventi di solo miglioramento sismico	TER	2.610.000										Riferimento: Scheda 3.7		

Macro Unità (1)	identificazioni intervento (2)	titolo intervento (3-4)	tipo (5)	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	eventuale copertura finanziaria intervento					
									contributo conto/capitale	alienazioni (6)	Previsione inizio (mese- anno)	Previsione fine lavori (mese- anno)	note	
		Interventi di solo efficientamento energetico	TER											
Lavori	2014/7	Realizzazione della nuova camera mortuaria con sala autoptica presso l'Ospedale di Imola	OP	1.500.000							1.500.000			Possibile fonte di finanziamento proveniente dall'alienazione dei padiglioni Paolini e Montebello, gara in corso di definizione.
	2014/10	Casa della Salute di Imola presso Ospedale Vecchio	OP	7.000.000							7.000.000			Possibile fonte di finanziamento proveniente dall'alienazione dei padiglioni Paolini e Montebello, gara in corso di definizione.
Manutenzioni straordinarie	2017/7	Lavori per adeguamento antincendio Ospedale Vecchio	OP	3.000.000			1.400.000							Possibile fonte di finanziamento proveniente dall'alienazione dei padiglioni Paolini e Montebello, gara in corso di definizione.
	2017/8	Interventi per l'adeguamento sismico degli elementi non strutturali dell'Ospedale di Imola e dell'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme	OP	300.000	150.000	150.000								
	2017/10	Lavori per adeguamento antincendio Casa della Salute di Medicina	OP	300.000			150.000							
	2017/11	Lavori per adeguamento antincendio Poliambulatorio Citta' di Imola	OP	30.000			30.000							
	2017/13	Sostituzione dell'ascensore n.6 del Presidio sanitario di Castel San Pietro Terme	IMP	85.000										
	2018/8	Spostamento portineria Castel San Pietro Terme	IMP	100.000	100.000									
	2018/9	Lavori quinto piano Ospedale di Imola per nuova impianto di rilevazione incendi e chiamata infermieri, sostituzione pavimento	IMP	180.000	180.000									
	Tecnologie biomediche e tecnologie (per compliance vedasi allegato)	2018/20	SOSTITUZIONE DI TAC (64 STRATI)	OSP	450.000				450.000					
2018/21		SOSTITUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA (1,5T)	OSP	1.100.000			1.100.000							
2018/22		SOSTITUZIONE MAMMOGRAFO DIGITALE	OSP	150.000				150.000						
tecnologie biomediche	2018/10	Sostituzione e rinnovo parco tecnologie sanitarie obsolete e non più manutenibili o alti costi di manutenzione	OSP	2.550.000	850.000	850.000	850.000			120.000		01/2018	12/2018	
tecnologie informatiche	2018/11	Ammodernamento tecnologico informatico SW e HW urgente e indispensabili per adeguamenti e aggiornamenti necessari al funzionamento dei servizi sanitari e amministrativi e delle integrazioni con gli applicativi AVEC o di Area Metropolitana		1.150.000	450.000	350.000	350.000			260.000		01/2018	12/2018	
beni economici, altro	2018/12	Arredi/beni economici urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi		173.500	173.500					50.000		01/2018	12/2018	

Macro Unità (1)	identificazioni intervento (2)	titolo intervento (3-4)	tipologia (5)	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	eventuale copertura finanziaria intervento		Previsione inizio (mese-anno)	Previsione fine lavori (mese-anno)	note
									contributo conto/capitale	alienazioni (6)			
	2018/13	Acquisto beni tecnici urgenti e indispensabili e/o in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi		62.402	62.402				20.000	12.402	01/2018	12/2018	
	Totale			54.459.902	1.965.902	4.030.000	1.800.000	1.750.000	450.000	8.512.402			

1	Gli interventi vanno elencati per macrounità di appartenenza (lavori, interventi di manutenzione straordinaria, tecnologie biomediche,...)
2	Ogni intervento è identificato da un codice numerico composto dall' Anno in cui per la prima volta l'intervento appare nel Piano Investimenti, e da un numero progressivo . Il primo numero progressivo utile per la SCHEDA 3 sarà quello successivo al numero che identifica l'ultimo intervento della SCHEDA 2. Tale codice rimarrà inalterato fino al completamento dell'intervento e non potrà essere più utilizzato per altro intervento.
3	Gli interventi che afferiscono alla macrounità Lavori/Fabbisogno edilizia sanitaria possono essere rappresentati cumulativamente sulla base delle stime parametriche (mq * €/mq) effettuata per ciascuna categoria di intervento. L'Azienda dovrà disporre dei carichi analitici rappresentati per ciascuna categoria di intervento rinvenibile attraverso il numero che identificativo dell'intervento.
4	Gli interventi di importo superiore 500.000 euro che afferiscono alla macrounità Lavori vanno indicati uno per riga con una descrizione in nota idonea ad identificare l'intervento. Se l'intervento è di importo inferiore a 500.000 può essere ripiegato cumulativamente; il competente Servizio regionale si riserva di richiedere eventuali maggiori dettagli sui singoli interventi.
5	OSP = interventi su strutture ospedaliere TER = interventi su strutture territoriali sanitarie/amministrative/logistiche
6	Nella nota va riportato il numero progressivo che qualifica l'alienazione immobiliare posta a finanziamento dell'intervento (SCHEDA 4). Va altresì citata, qualora l'alienazione sia già autorizzata, la relativa DGR di autorizzazione all'alienazione del bene immobiliare.
7	In questa colonna vanno riportati gli importi dei contributi in conto esercizio per interventi relativi al 2018. Non è possibile prevedere copertura finanziaria di interventi con contributi in conto esercizio da imputare ad esercizi successivi al 2018.
8	Qualora tra le fonti poste a copertura finanziaria degli interventi vengano indicate Altre modalità di finanziamento (con particolare riferimento alle forme di Partenariato Pubblico Privato) , le stesse devono essere preventivamente concordate con i competenti Servizi regionali, che devono disporre delle informazioni necessarie per una valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di analisi costi/benefici.

AZIENDA USL DI IMOLA**Scheda 4 di rilevazione delle alienazioni patrimoniali****ALIENAZIONI POSTE A FINANZIAMENTO DEL PIANO INVESTIMENTI**

N.p rog res siv o	Descrizione immobilizzazione	2018		Note (DGR autorizzazione alienazione)
		valore bilancio	presunto realizzo	
1	Dipartimento cure primarie - Medicina riabilitativa "Silvio Alvisi"	365.000	3.500.000	Immobile previsto quale permuta dell'intervento 2013/14 - Il Comune ha adottato il POC per la valorizzazione dell'area in oggetto (destinata a residenza) con Delibera 184 del 21/12/2017 - Si procederà alla firma dell'Accordo e alla verifica dell'importo di stima da parte dell'Agenzia delle Entrate
2	Padiglioni Paolini e Montebello di Montecatone	4.580.000	8.650.000	Finanziamento dell'intervento 2014/7 -2014/10 - 2017/7. Trattasi di alienazione congiunta con i beni di INPS (parco di Montecatone e fondo agricolo) per i quali è in corso l'ottenimento dell'autorizzazione alla alienazione da parte della Soprintendenza.
3	Alienazione lotto terreno in Via Bel Poggio a Imola per cabina elettrica di trasformazione		12.402	Alienazione, per interesse pubblico, di un lotto di terreno di 89,7 mq per cabina elettrica di INRETE. Finanziamento di parte dell'intervento 2018/13.
		4.945.000	12.162.402	

Questa scheda va utilizzata esclusivamente nel caso in cui l'immobile c.s. da reddito sia posto a copertura di un intervento antecedente al 2017 o ricorrano condizioni particolarmente favorevoli e vantaggiose riguardo una sua prossima alienazione. In tal caso va predisposta apposita relazione, da allegare al piano investimenti, in cui si riscontri tale opportunità.

3.6 La struttura organizzativa

Con deliberazione n. 192 del 23.12.2014, l'AUSL di Imola ha ridefinito il proprio assetto organizzativo formulato al termine di un percorso di condivisione con le varie componenti dell'organizzazione stessa.

La struttura organizzativa, come tutte le organizzazioni sanitarie, è contraddistinta da una elevata complessità, generata dalle numerose attività, compiti e funzioni e dal grado di eterogeneità e interdipendenze fra queste: complessità che richiede importanti meccanismi di coordinamento e controllo.

La definizione della struttura organizzativa ha come obiettivo fondamentale quello di precisare la distribuzione degli ambiti di autonomia e responsabilità all'interno dell'organizzazione: fa riferimento alle relazioni fra i compiti svolti dai membri dell'organizzazione e si concretizza nelle forme di organizzazione del lavoro, nelle unità organizzative, nella gerarchia, nelle politiche, regole e procedure e nei diversi meccanismi di coordinamento e controllo. Inoltre, l'organizzazione è in stretta relazione di interdipendenza con l'ambiente di riferimento e deve continuamente adattarsi alla evoluzione del contesto, sotto il profilo politico, economico e socio-epidemiologico.

L'assetto organizzativo dell'AUSL di Imola trova nell'organizzazione dipartimentale il suo tratto saliente, con un forte orientamento all'integrazione funzionale e allo sviluppo di sinergie professionali e di interazione nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza.

In tale ambito, particolare rilevanza assume l'attivazione di specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale, quali soluzioni organizzative che garantiscono l'unitarietà delle attività su percorsi e aree di intervento che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse.

Il nuovo impianto, pertanto, integra l'organizzazione dipartimentale di tipo verticale con una contestuale organizzazione orizzontale, su ambiti specifici, idonea a garantire una logica di lavoro intersettoriale e interdisciplinare.

La struttura dipartimentale

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

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

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività con la finalità di assicurare una buona gestione amministrativa, economica e finanziaria, dando concreta attuazione alle politiche di governo clinico. In riferimento all'assetto dipartimentale, comprende tre dipartimenti ospedalieri e tre dipartimenti territoriali:

- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)
- Dipartimento Medico-Oncologico (DiMO)
- Dipartimento Chirurgico (DiC)
- Dipartimento Cure Primarie (DCP)
- Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)

- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP).

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

L'organizzazione strutturale dei Dipartimenti interagisce con le [aree funzionali](#):

- Case della Salute in rapporto ai tre Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP)
- Cure Intermedie in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC) e al Dipartimento Cure Primarie
- Area ambulatoriale, Area Bassa intensità, post – acuzie, riabilitazione, Area Critica in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC).

Il nuovo assetto prevede, inoltre, [programmi dipartimentali/interdipartimentali](#):

- Programma Anziani (afferenza Distretto)
- Programma Blocco Operatorio (afferenza DEA e CHIR)
- Programma Sicurezza Alimentare (afferenza DSP)
- Programma Psicologia Clinica e di Comunità (afferenza DSM e Direttore Sanitario).

L'assetto aziendale si completa con la riorganizzazione delle [Direzioni Tecniche](#), che assumono una organizzazione in forma complementare all'assetto dipartimentale, garantendo trasversalità e contributi specifici ai Dipartimenti:

- Direzione Infermieristica e Tecnica
- Direzione Assistenza Farmaceutica
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

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

[DIPARTIMENTO EMERGENZA-ACCETTAZIONE](#)

Il Dipartimento è costituito dalle seguenti strutture: UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, UOC Anestesia-Rianimazione, SSD Semintensiva, UOC Cardiologia-UTIC, SSD Radiologia e SSD Centro Raccolta Sangue e Immunoematologia.

Il Dipartimento ha progressivamente realizzato e consolidato nel corso degli anni la modulazione del setting assistenziale per intensità di cura, attraverso la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale infradipartimentale. In questo contesto opera rafforzando i legami di integrazione e di complementarità tra i diversi livelli di professionisti per favorire una organizzazione più centrata sul percorso clinico-assistenziale del paziente critico, con la formazione spesso comune tra medici e infermieri nella gestione del paziente critico. Il Dipartimento collabora allo sviluppo di percorsi condivisi con gli altri dipartimenti ospedalieri, in particolare per le urgenze con il Dipartimento Chirurgico e per le prese in carico in fase post – acuta con il Dipartimento Medico-Oncologico, con la finalità di garantire la continuità assistenziale e la qualità delle prestazioni erogate. Nel 2017 ha realizzato l'analisi delle attività per la gestione dell'iperafflusso di assistiti in Pronto Soccorso contribuendo alla predisposizione del "Piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto

Soccorso”, ai sensi della DGR 1827/2017, definendo soglie di criticità e conseguenti modalità di risposta modulate sul livello di criticità rilevata. Il 2017 vede inoltre l'avvio dell'attività strutturata e formalizzata da parte dell'Heart Team (composto da Medici specialisti della UOC di Cardiologia e di Villa Maria Cecilia) volta alla condivisione di indicazioni, tempistiche e monitoraggio delle prestazioni di alta complessità (interventi cardiocirurgici, emodinamici protesici – TAVI ed elettrofisiologia).

Il Dipartimento Emergenza-Accettazione ha, inoltre, collaborato alla definizione e implementazione di reportistica dell'attività radiologica progettata per l'analisi ed il rilascio di indicatori di processo e di efficienza in uso a regime dal 2018. In relazione allo sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate, si richiamano i rapporti di collaborazione con l'AUSL di Bologna in riferimento all'attività di valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica mediante teleconsulto/consulenza, nonché all'attività di collaborazione per la lettura e refertazione delle mammografie in screening.

Inoltre, si richiama la rete metropolitana avviata dall'11.12.2017 per i trattamenti endovascolari per Stroke, che prevede l'invio all'Ospedale Maggiore di Bologna dei pazienti residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'AUSL di Imola per i quali vi siano indicazioni all'effettuazione di procedure di riperfusione endovascolare per il trattamento dell'ictus ischemico acuto. Si richiama infine l'integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM).

DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO

Il Dipartimento è costituito dalle seguenti strutture: UOC Oncologia, UOC Nefrologia, UOC Medicina A, UOC Geriatria - Lungodegenza, UOC Gastroenterologia, SSD Neurologia, SSD Medicina B, UOC Pediatria, UOC Medicina Riabilitativa, UOC Genetica.

Il Dipartimento ha progressivamente sviluppato un percorso di innovazione organizzativa ispirato ai principi dell'intensità di cura e complessità assistenziale e alla qualificazione specialistica della degenza internistica, richiamando in tal senso i Posti letto di ricovero ordinario dedicati alle discipline di Gastroenterologia (4 PL), Nefrologia (4 PL), Oncologia (7 PL), Riabilitazione ospedaliera 4 PL (estensiva/intensiva) e Orto-geriatria (4 PL). In particolare, nel corso dell'ultimo biennio il Dipartimento ha realizzato una riorganizzazione dell'area della degenza internistica, in regime ordinario, al fine di consolidare e strutturare la gradualità delle cure in termini di complessità clinica e assistenziale e potenziare la connotazione specialistica della piattaforma di degenza internistica. Tale riorganizzazione ha determinato:

- L'attivazione di un'area di degenza con dotazione complessiva di 70 posti letto, assegnati alla UOC di Medicina A (62 PL), UOC Nefrologia (4 PL), UOC Gastroenterologia (4 PL), che si compone di un settore a medio-alta intensità destinato ad accogliere i pazienti con patologie neurologiche (stroke) e pneumologiche acute e un settore a medio-bassa intensità che accoglie pazienti comunque acuti caratterizzati da bisogni assistenziali elevati a fronte di un minore impegno clinico. La caratterizzazione specialistica di tale area riguarda le discipline endocrino-metabolica e nefrologica.
- L'attivazione di una area di degenza connotata da un livello di cure di media intensità con una dotazione di 32 posti letto, di cui 25 PL assegnati alla SSD Medicina B e 7 PL assegnati alla UOC di Oncologia. La caratterizzazione specialistica dell'area si completa con la disciplina di infettivologia.

Nel corso del 2017 il Dipartimento ha avviato la riorganizzazione dell'area di Lungodegenza post Acuti al fine di migliorare la continuità della presa in carico dei pazienti fragili lungo tutto il loro percorso di cure. La

continuità di presa in carico nel percorso intra-ospedaliero è garantita dai medici dello stesso settore di degenza ove si è svolta la fase acuta del ricovero, mentre l'organizzazione è a gestione infermieristica.

Sotto il profilo della organizzazione per "intensità e gradualità delle cure", l'area Post Acuti a gestione infermieristica si colloca tra l'intensità delle cure ospedaliere e l'estensività delle presa in carico a domicilio e nelle strutture residenziali. Tale riorganizzazione è stata avviata a carattere sperimentale e costituirà per il prosieguo obiettivo di consolidamento.

Il Dipartimento Medico-Oncologico, a supporto dell'assessment clinico – assistenziale della complessità dei pazienti, ha adottato, a regime per tutte le degenze, lo strumento di rilevazione della complessità assistenziale incluso nella cartella informatizzata.

In attuazione della DGR 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia Romagna", il Dipartimento ha avviato l'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale/Day service.

Con riferimento alla politica del farmaco e al governo dell'appropriatezza prescrittiva, si evidenzia il rilevante coinvolgimento nella gestione di tale risorsa del Dipartimento Medico-Oncologico impegnato al miglioramento e al rispetto di numerosi obiettivi di governo dell'appropriatezza prescrittiva. Si deve inoltre evidenziare l'impegno nel governo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo (Epatite C, Oncologici, Immunosoppressori, etc.) tramite strumenti del governo clinico e il costante monitoraggio in collaborazione con la Direzione Farmaceutica e la Direzione Medica.

Nell'ambito dei rapporti Hub & Spoke, il Dipartimento Medico-Oncologico ha definito e formalizzato la Procedura Interaziendale per la gestione del "Servizio di Trasporto Emergenze Neonatali - STEN" in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, a regime dal 2018 unitamente al monitoraggio dei relativi indicatori.

A regime si colloca anche l'attuazione del Protocollo di Intesa attivato con l'UOC Pneumologia interventistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per la gestione dei pazienti che necessitano di manovre broncoscopiche complesse, prevedendone il consolidamento e il monitoraggio.

Inoltre, nel corso del 2017, il Dipartimento, tramite l'UOC di Pediatria, ha collaborato con l'UOC Igiene e Sanità del Dipartimento di Sanità Pubblica alla riorganizzazione dell'attività vaccinale, con la presa in carico, da parte dei pediatri ospedalieri, di una parte dell'attività vaccinale e di tutta la medicina scolastica che costituirà obiettivo di consolidamento.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Il Dipartimento è costituito dalle seguenti unità organizzative: Struttura Semplice interaziendale Chirurgia generale, SS Breast Unit, UOC Ortopedia, UOC Urologia, UOC ORL, UOC Oculistica, SSiD Polo Day Surgery polispecialistico Castel S. Pietro Terme, UOC Ginecologia-Ostetricia, l'UOC di Anatomia Patologica, la SSD Centrale di Sterilizzazione, comprende inoltre il Programma interdipartimentale Blocco Operatorio.

Il Dipartimento Chirurgico si caratterizza per il progressivo sviluppo di collaborazioni nella logica delle reti interaziendali. Nelle more della programmazione complessiva, a cura della Conferenza socio-sanitaria metropolitana, l'AUSL di Imola ha avviato la realizzazione di reti interaziendali in ambito chirurgico.

Nel corso del 2017 è stata realizzata, in collaborazione con l'AUSL di Bologna, la gestione interaziendale dell'Urologia a direzione dell'AUSL di Imola. Dal 2018 decorrono ulteriori collaborazioni rispettivamente con

l'Azienda Ospedaliera di Bologna per la gestione interaziendale della Chirurgia Senologia, a direzione universitaria, e con l'AUSL di Bologna per la gestione interaziendale della Chirurgia generale, a direzione AUSL di Bologna. Con riferimento al modello delle reti cliniche, si richiama inoltre la rete clinica attuata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli per l'implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e di orto-pediatria. Si confermano anche i rapporti di collaborazione mediante convenzione con l'UNIBO per la formazione dei medici specializzandi in Urologia e Chirurgia Generale.

Il Dipartimento, nell'ambito della rete Hub & Spoke, ha definito e formalizzato la Procedura Interaziendale per la gestione del "Servizio di Trasporto Materno Assistito – STAM" in collaborazione con l'AOU di Bologna a regime dal 2018 unitamente al monitoraggio dei relativi indicatori.

Il Dipartimento Chirurgico è pertanto sede di modelli gestionali volti a favorire l'integrazione di attività e competenze specialistiche, per rispondere alla crescente complessità dei processi clinico-assistenziali chirurgici e favorire lo sviluppo di percorsi che valorizzano la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse.

Nell'ambito dei progetti di Area Vasta, si colloca l'impegno della UOC di Anatomia Patologica nella progressiva attuazione del progetto di centralizzazione delle determinazioni HPV, presso il Laboratorio dell'AOU di Ferrara e alla riorganizzazione delle funzioni di screening in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie. Il Dipartimento Chirurgico si è inoltre impegnato nell'attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 272/2017 in tema di "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", che hanno previsto: la definizione dei criteri per l'assegnazione delle priorità di inserimento in lista per le patologie prostatiche, vescicali e protesi d'anca; il progressivo sviluppo della valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team, della casistica oncologica; il rispetto dei tempi di attesa sugli interventi chirurgici prioritari definiti a livello regionale: patologie neoplastiche maligne (mammella, prostata, colon retto, utero, polmone): 90% dei casi entro 30 gg; protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg.

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Il Dipartimento è costituito dalle seguenti strutture: UOC Cure Primarie, Ospedale di Comunità (OS.CO), SSD Consultorio Familiare, SSD Assistenza Area della Non Autosufficienza, UOC Coordinamento delle attività di promozione della salute e di prevenzione di competenza del Dipartimento Cure Primarie. Nel corso dell'ultimo triennio il Dipartimento ha svolto un ruolo primario, in collaborazione con il Distretto, nello sviluppo della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e di Medicina e nell'attivazione dell'Ospedale di Comunità (OS.CO), ambiti che dal 2015 hanno visto l'implementazione di specifiche funzioni realizzate in collaborazione con i Dipartimenti territoriali (DSM e Sanità Pubblica) in coerenza anche con gli indirizzi regionali, di cui alla DGR 2128 del 5.12.2016 recante "Indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle Comunità di professionisti e della Medicina di iniziativa".

Nel raccordo tra Ospedale e Territorio, si richiama il ruolo del Dipartimento, in riferimento al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, per il paziente complesso, al fine di consentire maggiore fluidità nelle dimissioni protette, favorendo sinergia tra medico specialista e MMG all'atto della dimissione mediante il raccordo del Punto Unico di Accettazione (PUA). Ha, inoltre, attuato in collaborazione integrata con l'UOC di Igiene Pubblica e la Pediatria Ospedaliera, la riorganizzazione delle prestazioni vaccinali in età pediatrica.

In continuità con l'impianto già avviato, nel 2017, il DCP ha attuato interventi che vedono il coinvolgimento dei MMG, in particolare:

- il progetto di presa in carico del paziente cronico complesso nell'ambito delle Case della Salute con la previsione di ampliamento del novero delle collaborazioni con i MMG.
- il progetto avviato in collaborazione con l'Università SDA Bocconi per l'Implementazione del Modello di presa in carico del paziente cronico complesso, al quale il Dipartimento partecipa nella definizione e attuazione delle fasi di sviluppo, in collaborazione con il Gruppo di lavoro aziendale.
- Utilizzo dei dati "Profilo di Nucleo", documento informativo regionale, al fine di supportare l'analisi dei dati e individuare interventi di miglioramento su indicatori specifici.

Di particolare rilevanza è il ruolo del Dipartimento nel monitoraggio dell'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica convenzionata e territoriale, ambito che costituisce uno dei principali obiettivi strategici aziendali. A tal fine, il DPC ha posto in essere, con i competenti servizi aziendali, la definizione di apposita reportistica al fine di mettere a disposizione dei Nuclei e dei singoli MMG le informazioni utili a rappresentare i consumi farmaceutici e l'andamento della spesa.

Sulla base dell'analisi dei dati relativi all'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica il DCP ha messo in campo un sistema strutturato di analisi congiunta, attraverso la calendarizzazione di incontri specifici, con i Coordinatori di Nucleo e con i singoli MMG nei casi di iperprescrizione, intesa come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale.

Altrettanto rilevante l'apporto del DCP nella definizione e nel monitoraggio di tutto l'ambito delle azioni connessa al Governo dei tempi di attesa, per cui si rimanda al paragrafo precedente.

Nell'ambito dello Sviluppo delle Cure Intermedie, si richiama il contributo del DCP all'attuazione degli interventi previsti per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE – DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è costituito dalle seguenti strutture: UOC Psichiatria Adulti, UOC Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza, UOC Dipendenze Patologiche, SSD SPDC. L'area della Salute Mentale è stata interessata, negli ultimi anni, dalla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio attraverso l'avvio di percorsi qualificati come budget di salute, al fine di garantire l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi attraverso una sempre maggiore integrazione progettuale e organizzativa sia all'interno del Dipartimento che con i soggetti esterni coinvolti.

Fra gli obiettivi qualificanti l'azione del DSM si richiama la progressiva implementazione del budget di salute, sia nell'area della Psichiatria adulti che nell'area della Neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche, attraverso i quali il Dipartimento pone in essere percorsi riabilitativi individuali nelle aree corrispondenti sia ai principali determinanti sociali della salute che a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti (apprendimento, espressività, formazione, lavoro, casa/habitat sociale, affettività/socialità) attraverso la combinazione e l'apporto delle risorse professionali, umane ed economiche necessarie, in collaborazione con l'ASP e il Privato sociale, per sostenere un processo teso a ridare alla persona il proprio funzionamento sociale. A partire dal 2017 si è dato corso alla progressiva definizione e realizzazione di

integrazioni funzionali di ambiti di attività con la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina, con particolare riferimento all'attuazione del percorso clinico assistenziale integrato del paziente complesso con co-morbidità da inquadrarsi nell'ambito del Progetto Risk-ER.

DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA

Il Dipartimento di Sanità Pubblica, in materia di Vigilanza e controllo ai sensi della DGR 200/2013, ha attuato mediante la stesura della procedura "Programmazione della vigilanza e controllo da parte del DSP" specifiche procedure operative di vigilanza e controllo e di gestione delle emergenze. Le funzioni rivolte all'Assistenza Collettiva in ambiente di vita e di Lavoro, in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica, hanno visto nell'ultimo triennio, in aggiunta alla specifica attività di prevenzione e controlli ufficiali programmati e in urgenza, attività di vigilanza e controllo ufficiali con modalità integrate a livello dipartimentale, tenuto conto del contesto territoriale e rivolte al recupero di efficienza nell'impiego delle risorse. Sono, infatti, stati definiti livelli di integrazione funzionale e interdipartimentale, nell'ambito della Casa della Salute, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle sedute vaccinali (antidifterite, antinfluenzale). Nell'ambito della promozione della salute e del benessere sociale il dipartimento collabora e contribuisce ai progetti regionali e/o locali, con livelli di integrazione con l'area territoriale ed ospedaliera.

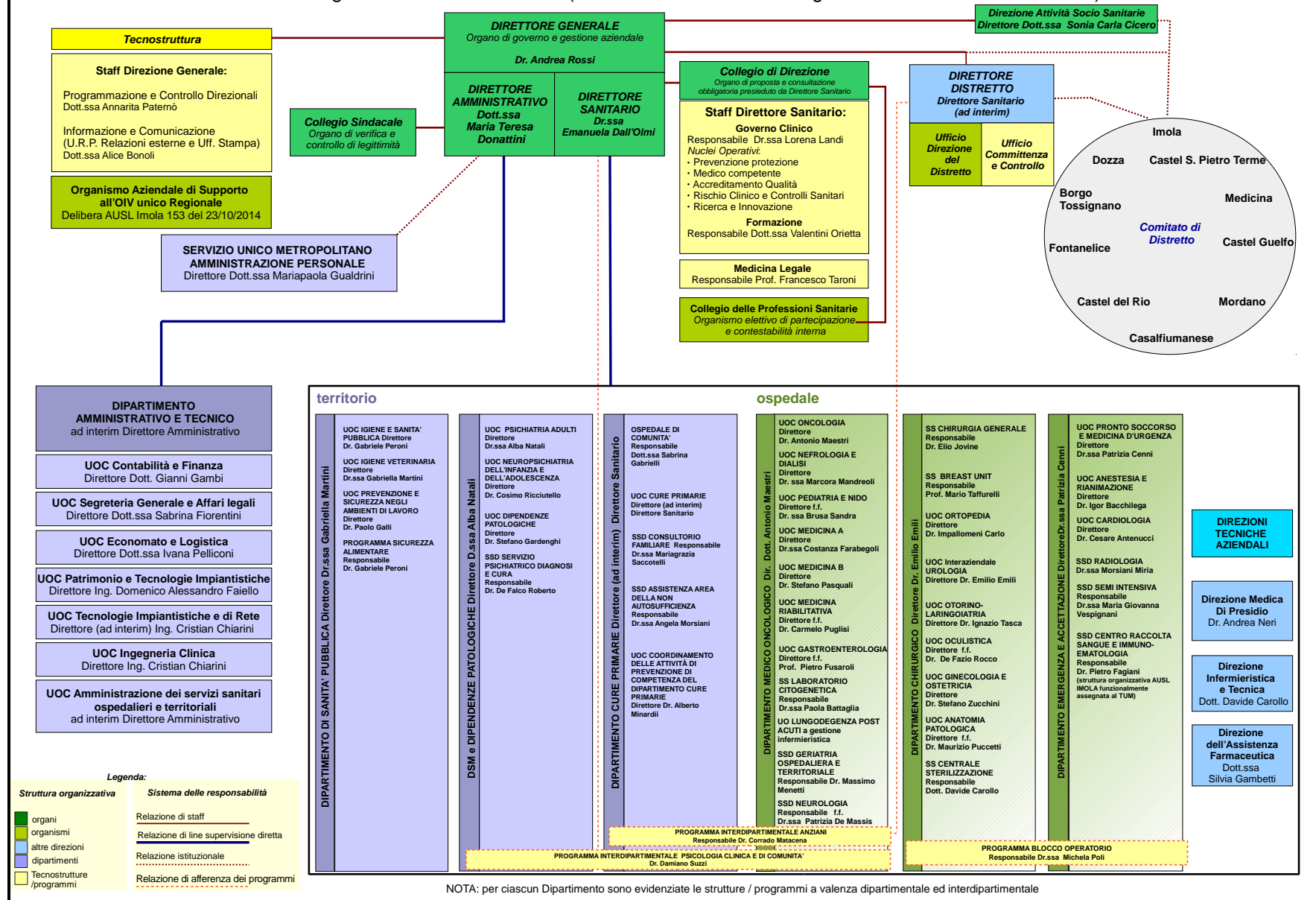
Si sottolinea il ruolo di coordinamento del Dipartimento di Sanità Pubblica nell'elaborazione e attuazione del [Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione \(PRP\) 2015-2018](#), approvato con DGR 771/2015, in riferimento anche all'aggiornamento dello stesso in attuazione dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni rep n. 247 del 21.12.2017. Il PRP si articola in sei Programmi (Setting), coordinati da Referenti regionali: Ambienti di lavoro, Comunità, declinata secondo tre direttrici (programmi di popolazione, interventi età-specifici e interventi per patologia), Scuola, Ambiente Sanitario.

Al fine di pianificare a livello locale le attività e raccordarle con gli altri strumenti di programmazione locale, l'AUSL di Imola ha elaborato il "Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2016-2018" (PLA). Per ogni progetto è inoltre stato designato un Referente aziendale, che si raccorda per il coordinamento e il monitoraggio delle azioni anche col livello regionale. E' stato istituito il Gruppo di coordinamento e monitoraggio del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (DGR 14600 del 30/10/2015) al fine di rendere maggiormente congruenti e sinergici i diversi progetti attuativi del Piano stesso e di monitorarne la realizzazione, nel rispetto dei risultati attesi, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute, come da Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome del 25 marzo 2015.

Nell'ultimo trimestre dell'anno si sono concentrati i lavori per la rimodulazione del PRP per l'anno 2018 e la programmazione al 2019 delle attività dei progetti, ai sensi dell'Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017.

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

Aggiornato al 01/05/2018



4. GLI IMPEGNI STRATEGICI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE

4.1 Contesto di riferimento

L'AUSL di Imola negli ultimi anni ha sviluppato il proprio sistema di valutazione, aggiungendo alla valutazione di carattere organizzativo delle strutture aziendali, la valutazione di tutto il personale dirigente che dal 1.1.2016 è entrato a regime ed è applicato da tutte le strutture Aziendali, avendo completato il periodo di sperimentazione e graduale implementazione dei singoli dipartimenti nel corso del quale sono stati definiti e testati i nuovi strumenti e diffuso un nuovo approccio culturale.

Il sistema di valutazione implementato è volto a divenire uno strumento di governo della risorsa umana con effetti in tema di sviluppo e crescita professionale del personale. Il percorso promosso a livello aziendale, sin dal suo avvio, si è prefissato di agire sugli aspetti di carattere culturale, in modo che oltre a dotare le varie articolazioni aziendali di uno strumento di valutazione, coerentemente con le disposizioni normative in materia, ponesse attenzione alla valorizzazione ed allo sviluppo delle persone, all'interno della propria organizzazione.

L'obiettivo del nuovo impianto, così definito, pertanto, va oltre al puro adempimento dell'applicazione di procedure vincolate ai risultati gestionali, ma è rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale una cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza dover aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione, basata su un commitment interno e sulla valorizzazione del lavoro individuale, può rappresentare un'alternativa rispetto all'introduzione di mere logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando un diverso senso e dignità al lavoro.

Il sistema di valutazione introdotto rappresenta il risultato di un lavoro che nell'arco di un triennio, con il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, ha permesso di condividere una nuova metodologia di lavoro e di gestione portando a regime un sistema delicato e complesso senza particolari resistenze e con spirito collaborativo da parte di tutte le componenti aziendali, anche, di rappresentanza dei lavoratori.

Possiamo, pertanto, oggi affermare che nella nostra Azienda si è consolidato un metodo di lavoro, che permetterà di proseguire nello sviluppo e crescita del sistema in armonia con i nuovi indirizzi e scenari che abbiamo di fronte.

Obiettivi strategici

Gli obiettivi di mandato esplicitati dalla Regione nell'atto di nomina del Direttore Generale e gli obiettivi annualmente assegnati all'Azienda attraverso la delibera di programmazione annuale per il SSR, costituiscono gli obiettivi strategici e di sviluppo dell'Azienda, sulla base dei quali viene elaborato il presente Piano triennale della Performance e annualmente definita, attraverso il documento di linee guida al budget, la programmazione operativa di periodo.

Il presente Piano della Performance rappresenta un atto programmatico per il triennio 2018-2020 dove sono formalizzati gli obiettivi strategici discendenti anche dai processi innovativi e di riorganizzazione che vedono

coinvolta la nostra Azienda e che riguardano principalmente il posizionamento strategico all'interno della rete ospedaliera metropolitana del nosocomio imolese, la creazione e sviluppo di reti cliniche, lo sviluppo dei servizi territoriali, il miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti anche attraverso nuovi modelli gestionali, una più forte integrazione socio-sanitaria, il completamento dei percorsi di integrazione dei servizi amministrativi e logistici in Area vasta e dei servizi tecnico e sanitari di supporto.

Il Piano della Performance, in ragione della funzione programmatica che esprime, ha rappresentato inoltre una occasione di coinvolgimento e partecipazione dei professionisti, al fine di condividere azioni di rilancio indispensabili a mantenere una elevata qualità dei servizi, cogliere nuovi spazi di crescita per la sanità imolese in continuità con le azioni già intraprese e rafforzare il rapporto di fiducia con i cittadini e gli interlocutori del territorio.

Obiettivi operativi

Gli obiettivi strategici vengono declinati sulle strutture aziendali e a seguire su tutto il personale dirigente, trovando una sintesi nella negoziazione di Budget. Secondo il regolamento di Budget vigente, tale fase è rivolta alla:

- a) definizione complessiva e multidimensionale degli obiettivi e dei risultati operativi della gestione a livello sia aziendale che di singola struttura aziendale;
- b) declinazione in processi, attività e responsabilità;
- c) condivisione con i Centri di Responsabilità (Dipartimenti e Unità Operative) attraverso il processo di negoziazione.

I principi cui si ispira il processo di Budget aziendale sono:

- l'integrazione complessiva dei sistemi e degli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo, e il loro collegamento con i sistemi di valutazione e incentivazione del personale;
- la promozione dell'autonomia e della responsabilizzazione dei dirigenti sulle dimensioni quali/quantitative di attività e costo;
- la trasparenza e la predeterminazione dei criteri di valutazione della gestione;
- la focalizzazione sulle attività, in quanto generatrici dei servizi/prestazioni da un lato e "consumatrici" di risorse dall'altro;
- la tensione al miglioramento continuo, oltre al consolidamento dei risultati storici già raggiunti.

L'Azienda provvede ad un costante e sistematico monitoraggio infrannuale in ordine alla rispondenza tra i risultati prodotti e gli obiettivi negoziati, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza della gestione.

Le modalità di predisposizione, gestione e verifica del budget e dei risultati ottenuti in termini di performance organizzativa sono definite dal Regolamento del Sistema di Budget (Allegato 1).

Obiettivi personale dirigenziale

A seguire la negoziazione di budget e gli obiettivi assegnati alle singole strutture operative, "a cascata" si provvede ad attribuire obiettivi a tutti i dirigenti. Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale con incarichi di direzione di Dipartimento e di UOC sono legati principalmente agli obiettivi di struttura organizzativa di rispettiva responsabilità e agli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione all'Azienda. Per la restante dirigenza sono preponderanti obiettivi individuali e di contributo alla performance della struttura di appartenenza, assegnati individualmente a ciascun professionista. Gli obiettivi sono dettagliati in apposite

schede individuali. Stesso percorso viene, allo stato attuale seguito, nei confronti, anche, del personale del comparto titolare di Posizione Organizzativa o che svolge funzioni di coordinamento.

In merito al sistema di valutazione della performance individuale si rimanda all'allegato regolamento aziendale (Allegato 2).

4.2 L'albero della performance

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

Gli obiettivi dell'AUSL di Imola si inseriscono nell'ambito degli indirizzi ed orientamenti nazionali e regionali, derivano da indicazioni regionali per specifici ambiti e da scelte di livello locale condivise dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale.

Gli obiettivi che l'Azienda è chiamata a perseguire sia a livello strategico che operativo discendo da:

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

L'AUSL di Imola, coerentemente alle indicazioni di cui alla delibera n. 3/2016 dell'OIV-SSR, ha strutturato l'albero della Performance rappresentando le varie dimensioni della performance in relazione agli obiettivi strategici assegnati a livello di mandato all'atto dell'attribuzione dell'incarico alla Direzione Aziendale.

A "cascata" gli obiettivi strategici, come esplicitato al successivo capitolo 3, vengono declinati attraverso il percorso annuale di budget in obiettivi operativi e definiti gli standard di qualità, di efficienza ed economicità.

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

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

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

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

Si riporta, di seguito, in ordine alle dimensioni e alle aree della performance, la programmazione aziendale delle azioni relative agli obiettivi strategici assegnati alla Direzione generale dell'AUSL di Imola, di cui alla DGR n. 2042/2015.

1. Dimensione di performance dell'utente

1.1 Area dell'Accesso

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

Nell'ambito dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, si collocano gli interventi dell'Azienda finalizzati al governo dei tempi di attesa.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale

A seguito dell'emanazione della DGR 1056 del 27.7.2015 avente ad oggetto "Riduzione delle Liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie", l'AUSL di Imola ha potenziato le azioni in campo in termini di ulteriore aumento dell'offerta interna e la ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato. E' stato in tal modo realizzato il miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni, che si è mantenuto costante negli esiti con indici di performance in linea con gli standard regionali previsti. Le azioni messe in campo, e tuttora perseguite, sono state rivolte in particolare a questi aspetti:

- a) Riorganizzazione dell'attività ambulatoriale per conseguire la massima efficienza.
- b) Adeguamento dell'offerta tramite la richiesta ai professionisti interni di attività aggiuntiva (simil ALP), l'aumento attività degli specialisti ambulatoriali convenzionati, l'incremento dei contratti di fornitura con il privato accreditato.
- c) Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante controlli sui quesiti diagnostici.
- d) Servizio di Recall automatico sulle prenotazioni, 7 gg prima della data della prestazione.
- e) Adeguamento delle Agende mediante la suddivisione tra "primi accessi" e "controlli" e mediante l'apertura senza soluzione di continuità.

Il percorso nel suo complesso e le azioni programmate sono costantemente presidiate da un team operativo multidisciplinare che ha il compito, oltre che di gestire le eventuali criticità, di definire, realizzare e coordinare gli interventi di tipo strutturale.

Per il triennio 2018 – 2020 si prevede di incidere su questi specifici aspetti:

- Mantenimento delle azioni volte a rendere stabile l'equilibrio fra domanda ed offerta, con l'obiettivo di mantenere almeno il 90% delle prestazioni erogate entro i tempi di attesa previsti dalle norme regionali.
- Miglioramento della continuità del percorso assistenziale degli utenti attraverso la presa in carico dello specialista: per i casi complessi viene richiesto l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti, senza rinvio al medico di medicina

generale; a questo scopo verrà ulteriormente migliorato il programma di refertazione ambulatoriale e verrà semplificata la prenotazione sulle agende dedicate ai controlli. L'obiettivo è l'aumento sia delle prestazioni di controllo prescritte direttamente, sia delle prenotazioni effettuate all'interno delle aree ambulatoriali, su agende dedicate.

- Miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali: sono state messe in campo verifiche periodiche della congruità dei quesiti, in primo luogo per le prestazioni a maggior costo o a maggior indice di consumo; la valutazione viene fatta recuperando informaticamente i quesiti delle prescrizioni dematerializzate, mentre la valutazione è effettuata da un gruppo multidisciplinare.
- Diminuzione delle prestazioni perse per disdetta mancata o tardiva da parte dei cittadini: sono stati posti in essere gli interventi atti ad attuare l'obbligo di disdetta delle prenotazioni specialistiche ambulatoriali ai sensi della DGR 377/2016; l'attuale obiettivo è la diminuzione del periodo intercorrente fra il mancato appuntamento e l'invio della contestazione, in modo che diminuisca anche il numero delle mancate disdette per un più forte effetto deterrente.
- Migliorare l'accesso alla prenotazione tramite l'ampliamento delle prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB regionale, superando il pacchetto, già disponibile, delle prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa (come da DGR 1056/15) ed altre dichiarate dall'Azienda.

Prestazioni di ricovero programmato

La DGR n. 272/2017 ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna. Verranno garantiti: 1) il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali (circolare 7/2017 e nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017); 2) il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale; 3) la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione 4) la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate; 5) una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini; 6) il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati.

L'Azienda provvederà alla corretta e completa alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa – SIGLA. Verrà implementata l'analisi di appropriatezza e conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente secondo quanto previsto dalle linee guida regionali (Circolare 5 del PG2018/367946 del 21/5/2018).

Sarà gradualmente conseguita l'unificazione della organizzazione del percorso ed adottato il Regolamento di area Metropolitana (AUSL BO, AOSP BO, IOR) sulla gestione delle liste di attesa.

L'Azienda predisporrà materiali informativi uniformi, di livello aziendale e di Area Metropolitana, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Rispetto agli elementi di trasparenza si continuerà ad adempiere alle necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza.

La Tabella che segue mostra gli obiettivi specifici e i corrispondenti indicatori con target atteso regionale:

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda	>=90%
○ Per i tumori: casi entro 30gg	>=90%
○ Per le protesi d'anca: casi entro 180gg	>=90%
○ Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: casi entro la classe di priorità assegnata	
Corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del <u>Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA</u>	100%
Esaurimento della casistica inserita in SIGLA (vecchio tracciato record) prima del 31/12/2017	>90%
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione.	100%

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

Gli atti di programmazione regionale hanno previsto il completamento del riordino della rete ospedaliera in base alle indicazioni contenute nella DGR n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute n. 70/2015".

La riduzione di 19 PL al 31.12.2017, ottenuta attraverso la conversione di attività di Day Hospital/Day Surgery al regime ambulatoriale, rappresenta il contributo aziendale alla riduzione di 225 PL in area metropolitana rispetto alle dotazioni all'1.9.2015.

L'Azienda ha, inoltre, messo in campo azioni di consolidamento e miglioramento degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, in particolare per quanto riguarda:

- Frattura femore: percentuale di interventi chirurgici effettuati entro 48 ore su pazienti over 65 anni.
- Colecistectomia: proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni.
- Maternità: percentuale di tagli cesari primari.

Miglioramento dei livelli di appropriatezza

Per quanto riguarda gli aspetti di appropriatezza l'Azienda riconferma l'impegno nel rispetto del "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario", compreso fra gli indicatori previsti dalla DGR 919/2018, il cui valore atteso è <0,19 (<19%). In linea a quanto previsto dalla programmazione regionale, l'Azienda prevede il perseguimento dell'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche, individuando specifici DRG rispetto ai quali raggiungere i livelli standard regionali, mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero in qualità di setting più appropriati (day hospital o ambulatoriale).

La produzione di tali DRG, di seguito elencati, riguarda a livello aziendale l'attività di Chirurgia Generale, Chirurgia Ortopedica, Cardiologia, Medicina urgenza, Pediatria, Geriatria, Gastroenterologia e SPDC:

- DRG 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife.
- DRG 088 M Malattia polmonare cronica ostruttiva.
- DRG 158 C Interventi su ano e stoma senza CC.
- DRG 160 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 anni senza CC.

- DRG 429 M Disturbi organici e ritardo mentale.
- DRG 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione.
- DRG 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC.

Al fine di ricondurre ai livelli di riferimento i tassi di ospedalizzazione per DRG medici l'Azienda prevede, inoltre, il potenziamento delle cure intermedie e delle cure primarie come sede di gestione delle fasi a rischio di riacutizzazione delle malattie croniche, con particolare riferimento al paziente fragile e polipatologico, con l'attivazione dei percorsi alternativi al ricovero.

Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici l'Azienda è impegnata ad individuare ambiti vocati alla chirurgia in regime diurno in cui sviluppare le competenze per la presa in carico in sicurezza di tale casistica. Dovranno essere sviluppati protocolli finalizzati a definire le pratiche cliniche più appropriate. In particolare, è da favorire l'istituzione di aree di week-surgery/day surgery a cui siano collegati specifici percorsi di preparazione all'intervento e follow-up. Particolare attenzione dovrà essere posta all'obiettivo di miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo della risorsa Posto Letto, anche al fine di sostenere adeguatamente i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso.

Miglioramento dei processi

Ai sensi della DGR 1827/2017 recante "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione Emilia Romagna" l'AUSL di Imola ha redatto il Piano di Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, definendo soglie di criticità e conseguenti modalità di risposta modulate sul livello di criticità rilevata coinvolgendo tutte le risorse dell'assistenza ospedaliera e territoriale interessate.

L'operatività del Piano è presidiata da un coordinamento a cura del Team aziendale Bed Management composto da Bed Manager, Direttore del Presidio Ospedaliero, Direttore del Pronto Soccorso - DEA, Direttore del Servizio Infermieristico e Tecnico, Responsabile delle Cure Primarie e delle Cure Intermedie. Tra gli interventi attuativi discendenti dal Piano, da realizzare e consolidare nell'ambito della programmazione aziendale, si richiamano:

- L'implementazione degli indicatori statici e dinamici (score NEDOCS) per la rilevazione del grado di sovraffollamento.
- La ridefinizione del percorso di accesso diretto alle prestazioni specialistiche.
- La ridefinizione del percorso di accesso al Day Service.
- Gli interventi di miglioramento del Sistema First-Aid per la gestione informatizzata delle consulenze specialistiche per il Pronto Soccorso.
- Il rilascio di reportistica utile a fornire output sui tempi di processo della diagnostica di radiologia e delle consulenze specialistiche richieste dal PS.
- L'attivazione di cruscotto giornaliero sulla disponibilità di posti letto per il ricovero.

1.2 Area dell'integrazione

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

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

Case della Salute

L'ambito delle Case della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina costituisce una delle Aree funzionali dell'assetto aziendale che accoglie funzioni e interventi dei tradizionali Dipartimenti territoriali: Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale-Dipendenze Patologiche. Il modello organizzativo della Casa della Salute implementato nell'AUSL di Imola è in progressivo sviluppo finalizzato a costituire luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, che si concretizza in:

- accoglienza, trovando risposta alla domanda di salute attraverso l'accesso a servizi sanitari di primo livello, offerti dall'equipe multiprofessionale;
- orientamento ai servizi nella logica dell'integrazione con i vari professionisti operanti nel territorio: Medici di Medicina generale, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera scelta, operatori dei servizi sociali del Circondario Imolese e professionisti dei Dipartimenti ospedalieri;
- disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali di primo e secondo livello.

Le attività avviate riguardano in particolare:

- nomina di un unico referente organizzativo ed un unico board gestionale per entrambe le Case della Salute (deliberazione del DG n. 11 del 2.2.2015);
- presa in carico multiprofessionale della cronicità (Diabete, BPCO, Scemenso) e la progressiva adozione degli strumenti di prevenzione quali la lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare e il counseling motivazionale;
- percorso clinico-assistenziale integrato del paziente psichiatrico con co-morbidità;
- organizzazione delle sedute vaccinali (antinfluenzale e antidiftotetica) nei nuclei di cure primarie;
- predisposizione della procedura per il Percorso Accoglienza relativa alla programmazione e gestione delle prese in carico e delle dimissioni protette;
- attivazione di un percorso dedicato all'Accoglienza, in collaborazione con il Consultorio familiare, la Psichiatria e l'ASP, delle donne vittime di violenza;
- erogazione diretta dei farmaci e presidi;
- adozione della Carta dei Servizi relativa alla Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme.

Lo sviluppo della presa in carico e della cronicità secondo l'approccio della **medicina di iniziativa** - in coerenza con linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi con la componente medica e specialistica, con il coinvolgimento diretto della componente infermieristica e la stratificazione degli interventi

per severità e intensità assistenziale - è attiva dall'anno 2014 sia presso la sede inter-nucleo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) di Imola che presso le Case della Salute (CdS) di Castel S. Pietro Terme e Medicina.

La popolazione eleggibile include soggetti deambulanti e non istituzionalizzati, ad elevata vulnerabilità sanitaria e sociale, con elevati livelli di dipendenza, di multimorbidità e di utilizzo dei servizi (storia di ricoveri ripetuti, accessi multipli in Pronto Soccorso, polifarmacoterapia) affetti da malattie respiratorie croniche (BPCO oppure pazienti in ossigenoterapia) e malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco). Sono stati arruolati per il percorso anche i pazienti con diabete mellito "complessi" (diabetici con multimorbidità, polifarmacoterapia, eventuale vulnerabilità socio-sanitaria e/o frequente utilizzo dei servizi).

E' stata introdotta la figura dell'infermiere care-manager dell'ambulatorio che si assume la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza ai pazienti durante la loro presa in carico territoriale pianificando, in collaborazione con il MMG, il trattamento per soddisfare i bisogni di tali pazienti sia in ambito sanitario che sociale. La presa in carico multi professionale è effettuata salvaguardando il rapporto fiduciario MMG-assistito. Associazioni e rappresentanti dei cittadini sono coinvolti nello spettro di possibilità assistenziali/attività proposte ai pazienti in carico, in particolare sulla promozione di stili di vita sani.

Il monitoraggio del progetto di presa in carico del paziente cronico complesso viene effettuato in collaborazione con l'Università Bocconi, che nella progettualità ha pianificato in questo triennio una serie di interventi formativi rivolti agli operatori aziendali coinvolti nel progetto e sistematicamente effettua una rendicontazione in collaborazione con il controllo di gestione e tecnologie informatiche dell'AUSL di Imola.

In attuazione delle linee di indirizzo clinico-organizzative delle Case della Salute emanate dalla Regione con DGR 2128/2016, la programmazione aziendale 2018-2020 rafforza l'orientamento allo stile di lavoro multidisciplinare, secondo il paradigma della medicina di iniziativa, per la presa in carico della cronicità e fragilità in un quadro di integrazione tra servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, da un lato, e tra servizi sanitari e sociali dall'altro.

In tal senso, l'Azienda prevede la deliberazione del nuovo assetto gestionale e organizzativo con particolare riferimento alle funzioni Hub/Spoke ed all'assetto secondo le sei aree di intervento individuate, di cui alla citata DGR 2128/2016, presso le Case della Salute di Castel S. Pietro, Medicina e della Vallata del Santerno, quest'ultima con sede a Borgo Tossignano, di tipologia piccola, in corso di avvio a seguito della ristrutturazione dello storico polo sanitario resa possibile da fondi europei destinati alle aree rurali.

I principali interventi che proseguono a consolidamento e sviluppo della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale riguardano:

- istituzione della Casa della Salute della Vallata del Santerno, con l'attivazione della funzione di Accoglienza e dei modelli proattivi di presa in carico del paziente a livello territoriale;
- avvio della funzione di Accoglienza presso la programmata Casa della Salute di tipologia "grande" di Imola;
- ambulatorio Infermieristico della Cronicità: promozione volta all'ampliamento del novero delle collaborazioni con i Medici di Medicina Generale per la presa in carico multi-professionale dei pazienti cronici, anche con riferimento all'avvio del progetto Risk-ER "Profili di Rischio di Fragilità", nella logica dell'approccio multidisciplinare in integrazione Ospedale-Territorio, tra ambito sanitario e sociale e con

il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato);

- in riferimento al Piano Locale Attuativo del Piano Regionale Prevenzione (PLA-PRP), si prevede l'attuazione degli obiettivi: 6.2. "Lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare", con l'estensione alla popolazione target afferente alla Casa della Salute di Medicina e 6.5. "Counseling motivazionale breve su stili di vita" da effettuare sul 15% della popolazione target;
- il progressivo sviluppo nell'attuazione del percorso di presa in carico clinico- assistenziale del paziente psichiatrico con co-morbidità, inquadrata nell'ambito della formazione regionale CasaLab;
- attuazione di un programma formativo per la valutazione del piede diabetico da parte dell'Ambulatorio Infermieristico della Cronicità nell'ambito del percorso di gestione integrata del paziente diabetico;
- attuazione di un programma formativo per lo sviluppo di competenze infermieristiche nella gestione di gruppi di disassuefazione al fumo, correlato al progetto di promozione dei corretti stili di vita.

Cure Palliative

I principali obiettivi di mandato relativi allo sviluppo della rete locale delle Cure Palliative, sono:

- formalizzazione della rete delle cure palliative domiciliari (UCDP) e del suo coordinamento, ai sensi della DGR 560/2015 e DGR 1760/2016.
- aumento della presa in carico di pazienti oncologici nell'ambito della rete delle cure palliative, aumentando i rapporti formali con le associazioni di volontariato no profit. Valore 2017: $\geq 49,6\%$;
- riduzione della mortalità in ambiente ospedaliero dei pazienti in carico alla rete di cure palliative;
- riduzione dei ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti da ricovero ospedaliero o dal domicilio non assistiti dalla rete di cure palliative, nei quali il periodo di ricovero è uguale o inferiore ai 7 giorni oppure uguale o superiore ai 30 giorni (Target RER: $\leq 25\%$ sotto i 7 giorni);
- mantenimento dei valori di attesa tra segnalazione e ricovero in hospice di massimo 3 giorni: mantenimento dei valori 2017 ($\geq 68\%$);
- incremento del numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore.

Continuità assistenziale – Dimissioni protette

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale, ed è fondamentale per assicurare la continuità delle cure.

Mentre l'ospedale si configura come il setting assistenziale per la gestione di problematiche ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale o necessitanti di risposte tecnologicamente ed organizzativamente articolate e complesse, da programmare secondo la logica dell'intensità delle cure, il territorio rappresenta invece il setting complementare più appropriato per la gestione della cronicità.

La continuità ospedale – territorio è da anni ambito di impegno per l'AUSL di Imola che già dal 2012 ha regolamentato la gestione dei pazienti complessi in dimissione dall'ospedale attraverso la formalizzazione di una specifica procedura. Tale procedura, revisionata negli anni successivi, prevede la segnalazione precoce al PUA (Punto Unico di Accoglienza ospedaliero) dei pazienti ricoverati con potenziale necessità di dimissione protetta e attraverso tale segnalazione si aprono i percorsi di collaborazione con i punti di Accoglienza territoriali. Sulla base delle esperienze fatte in questi anni è necessario continuare ad implementare il

modello organizzativo esistente, quale il case manager del percorso di dimissione protetta identificato nel PUA ospedaliero e nei due PUA territoriali.

Assistenza Anziani non autosufficienti e Disabili

La programmazione dell'Azienda è altresì orientata al miglioramento della continuità assistenziale nelle Case-residenze per anziani (CRA), in collaborazione con il Distretto e il Programma Anziani al fine promuovere sinergia nei percorsi integrati di dimissioni protette per anziani non autosufficienti.

I principali interventi che proseguono a consolidamento e sviluppo della presa in carico degli anziani e delle persone disabili riguardano:

- governo della tempestiva segnalazione entro 72h dall'ammissione ai servizi territoriali competenti dei pazienti che necessitano di dimissione protetta;
- in riferimento all'articolo 22 comma 4 del DPCM del 12/01/2017 nel 2018 verranno garantiti i 30 giorni post dimissione gratuiti per quanto riguarda l'assistenza SAD;
- in riferimento all'articolo 34 comma 4 del DPCM del 12/01/2017 la percentuale a carico del FRNA dei laboratori protetti e centri occupazionali nel 2018 è del 70%;
- verrà garantita la rendicontazione delle risorse del FRNA, F.N., Fondo "Dopo di noi" attraverso le modalità consolidate e con gli strumenti richiesti dalla RER;
- Si cercherà di utilizzare il 50% delle risorse del FN per le gravissime disabilità, con l'inserimento dei nominativi nel casellario dell'assistenza;
- Monitoraggio delle case famiglie fino ai 6 letti;
- Prevenire azioni di abuso nei servizi socio sanitari con incontri / formazione;
- Potenziare il numero di giornate di accoglienza temporanea di sollievo, $\geq 2\%$ del totale delle giornate residenziali;
- Definizione di programmi di intervento per il "Dopo di noi";
- Azioni di formazione sui care giver.

Ospedale di Comunità (OS.CO).

Nell'ambito della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme si iscrive l'attivazione dell'Ospedale di Comunità (Os.Co), istituito con deliberazione n. 44 del 28.3.2014, dotato di n. 21 posti letto, basato su una modalità assistenziale di tipo intermedia, rivolta a determinati target di utenza, con la finalità di attuare cure in ambiente protetto, consolidare le condizioni di salute e garantire la prosecuzione del processo di recupero delle autonomie in un contesto non ospedaliero. Sotto il profilo della produzione, l'OS.CO presenta un modello organizzativo per il quale il ricovero viene proposto nel 97% dei casi dal medico ospedaliero a cui segue la valutazione multidimensionale effettuata dall'equipe dell'Os.Co. al fine di valutare l'idoneità all'ingresso del paziente nonché la redazione del PAI congiuntamente ai pazienti-caregiver.

L'Os.Co ha portato a regime la gestione infermieristica con progressiva riduzione della presenza medica ospedaliera pomeridiana. Si è dotato di specifica Procedura di Accettazione e Dimissione degli ospiti e per la gestione documentale del processo clinico-assistenziale, nonché della propria Carta dei Servizi.

Ha altresì attuato modelli di integrazione con le Associazioni di volontariato e implementato il monitoraggio dell'attività tramite indicatori specifici con particolare riferimento al flusso informativo regionale SIRCO.

Quali ulteriori sviluppi 2018-2020 si prevedono, ai fini del ricovero, la valutazione multidimensionale con elaborazione del PAI e un'elaborazione di una specifica Relazione assistenziale in sede di dimissione (lettera di dimissione assistenziale). Si prevede inoltre di avviare l'utilizzo della prescrizione informatizzata della terapia. Obiettivi di mandato sono:

- Mantenere la degenza media ≤ 20 giorni;
- Ridurre la percentuale di ricoveri con durata di degenza ≥ 42 giorni ($\leq 6\%$);
- Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale nel 100% dei casi;
- Mantenimento del dato 2017 del delta medio della scala Barthel in uscita rispetto a quello d'entrata;
- Riduzione dei re-ricoveri in ospedale per acuti entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO per stessa categoria diagnostica.

Area della Salute Mentale

L'area della Salute Mentale è stata interessata, negli ultimi anni, dalla progressiva attuazione di nuovi assetti organizzativo – funzionali, dando corso alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio attraverso l'avvio di percorsi qualificati come budget di salute per i quali l'Azienda persegue il progressivo consolidamento. La riorganizzazione posta in essere, ha contribuito a:

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

Nell'ambito della programmazione aziendale 2018-2020 si colloca l'attività dell'area della salute mentale nella progressiva definizione e realizzazione di integrazioni funzionali ed afferenze con la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina e con particolare riferimento all'attuazione del percorso clinico assistenziale integrato del paziente complesso con co-morbidità nell'ambito del Progetto Risk-ER. L'Azienda mantiene l'impegno all'attuazione del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico, ai sensi della DGR 212/2016 PRIA. Si prevede altresì di dare applicazione al Progetto regionale "Adolescenza", di cui alla DGR 590/2013 e alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di Salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti".

Obiettivo di mandato 1.8 - Integrazione socio sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria costituisce ambito di intervento di particolare rilevanza strategica su cui si incentrano le politiche del Distretto. Tramite una stretta collaborazione con gli Enti Locali si persegue l'obiettivo di rafforzare ed in certi casi riprogettare gli interventi al fine di migliorare la capacità di risposta

verso la domanda sociosanitaria, che negli ultimi anni, anche in ragione delle mutate condizioni socio-economiche, richiede nuove e più articolate dinamiche di intervento.

In particolare, oltre allo sviluppo dei servizi agli anziani, ambito tradizionalmente di grande attenzione da parte dell'Azienda, anche le aree della disabilità (fisica e psichica), della maternità e dell'infanzia devono, secondo i programmi definiti a livello regionale, essere oggetto di confronto interno e riprogettazione, aprendo alla comunità locale con un ascolto particolare ai bisogni espressi dai pazienti, dalle famiglie e dalle associazioni di volontariato. Trattandosi di ambiti di particolare complessità che afferiscono a persone e famiglie con bisogni che richiedendo risposte sempre più specifiche ed efficaci, l'Azienda è chiamata a riservare specifica attenzione e approntare incisive politiche, in accordo con gli Enti Locali, nonché in sinergia con il privato sociale e le associazioni di volontariato, al fine di rispondere ai bisogni con interventi appropriati e il più possibile tempestivi.

Se l'integrazione istituzionale vede la realizzazione di azioni di programmazione e controllo strategico la cui responsabilità è posta in capo al Nuovo Circondario Imolese legittimato alla individuazione delle priorità da perseguire tramite una stretta interdipendenza delle politiche sociali con quelle sanitarie, educative, ambientali, urbanistiche, culturali, ecc., l'integrazione di tipo orizzontale e comunitaria vede il Distretto soggetto catalizzatore delle diverse strategie, in quanto ambito ottimale per lo sviluppo dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali e fra questi e altre attività antropologicamente significative, per qualificare l'offerta ai mutati bisogni della popolazione. E' in tale ambito che l'Azienda intende fornire il proprio contributo per garantire l'utilizzo sinergico, equilibrato ed efficiente dei fattori organizzativi e delle risorse disponibili appartenenti a soggetti diversi, assicurando la produzione dei servizi ed il funzionamento delle reti tramite sistemi integrati ed equi per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei bisogni (equipe di valutazione multidimensionale e multiprofessionale, graduatorie uniche di accesso, ecc.), garantendo gli standard di servizio (accreditamento soggetti gestori), la visibilità e la trasparenza delle responsabilità (contestabilità), la qualificazione professionale (percorsi formativi integrati, sociosanitari e pubblico-privato), per assicurare il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multifattoriale, la cui complessità richiede una risposta altrettanto complessa, coordinata e strutturata (presa in carico integrata, figura del network -manager, ecc.). Il tema dell'integrazione socio sanitaria richiamato più recentemente con rinnovata enfasi dalla DGR 1423 del 2.10.2017 ["Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017 – 2019. Approvazione delle Schede Attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei Piani di Zona Distrettuali per la salute ed il benessere sociale"](#) acquisisce formalmente lo status di "mission" della programmazione distrettuale attraverso l'approvazione e sottoscrizione dell'["Accordo di Programma per l'approvazione del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale triennio 2018-2020 - comprensivo del Programma attuativo 2018"](#).

A partire dalla programmazione operativa annuale 2018, l'AUSL di Imola, in piena integrazione con l'Ufficio di Piano del Nuovo Circondario Imolese, ha programmato e progettato l'attuazione di interventi discendenti dal citato Piano Sociale e Sanitario: delle 34 schede di competenza distrettuale, ben 25 sono state affidate alla responsabilità di un Professionista dell'Azienda. L'impegno dell'Azienda perciò si è focalizzato sulle 12 schede che la Regione riconosce come temi di carattere sanitario, ma anche su ulteriori 13 schede, riconosciute di

matrice sociosanitaria, poste sotto la responsabilità di un Professionista Aziendale, a dimostrazione del forte impegno di integrazione assunto da questa Azienda in accordo con i Comuni del Circondario.

Le 12 schede riconosciute dalla Regione di matrice prevalentemente sanitaria e affidate "d'ufficio" al coordinamento di Professionisti Aziendali sono le seguenti: Riorganizzazione della rete ospedaliera, Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità, Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete delle cure palliative, Medicina di genere, Equità in tutte le politiche, Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità, Health Literacy, Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure, Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie, Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza, ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione come strumento per un nuovo modello di e-welfare, Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali.

Le 13 schede riconosciute di matrice sociosanitaria e, in accordo con i Comuni, affidate anch'esse al coordinamento di Professionisti Aziendali sono le seguenti: Casa della salute e Medicina d'iniziativa, Budget di salute, Riconoscimento del ruolo del care giver familiare nel sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale, Promozione delle Pari Opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, inreculturali e delle abilità, Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, Sostegno alla genitorialità, Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico, Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano, Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza - FRNA, Contrasto alla violenza di genere, Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari, Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni sociosanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela.

Per tutte le schede distrettuali, quindi anche quelle assegnate a Professionisti del Sociale o dell'Ufficio di Piano del Circondario, il Professionista individuato come Referente ha il compito di sviluppare da subito una ricognizione dei possibili stakeholders del territorio non ancora coinvolti e comporre così un gruppo di lavoro, allargato anche a "non addetti ai lavori", con il quale costruire modalità di partecipazione all'attività di analisi e di individuazione di soluzioni, percorsi e collaborazioni costruttive, che possano arricchire la condizione di partenza. Attraverso eventi pubblici condotti insieme alle Amministrazioni Comunali, attraverso le micro progettualità che vanno sotto il titolo di "ComunitàPerTe" coordinate dall'Ufficio di Piano del Circondario e attraverso le pubblicazioni periodiche sul sito internet del Circondario, si sta favorendo la partecipazione anche di singoli cittadini interessati a fornire il loro apporto anche individualmente, cercando in tal modo di interpretare gradualmente al meglio il mandato regionale di sostenere la massima partecipazione della Comunità Locale. In questo senso questa nuova fase programmatoria inaugura sul piano metodologico un rilevante impegno delle Istituzioni e dei Servizi Pubblici a coinvolgere attraverso un processo dinamico la Comunità, intesa in tutte le sue possibile espressioni, organizzate e non, che gradualmente consentirà di sistematizzare collaborazioni e di favorire co-costruzioni di opportunità in risposta ai bisogni rilevati in un contraddittorio collaborativo, costante e continuativo nel tempo fra Professionisti e Cittadini.

Rete delle Cure Palliative

La Rete delle Cure Palliative costituisce una delle aree di intervento al fine di dare piena attuazione al completamento della rete locale delle Cure Palliative ai sensi della DGR 560/2015. Si prevede in particolare:

- La formalizzazione dell'organismo di coordinamento e l'elaborazione della Carta dei servizi della Rete delle Cure Palliative.
- L'implementazione dell'Ambulatorio di Cure Palliative e l'attivazione di briefing multiprofessionali sui casi in carico nella rete (Territorio – Hospice).
- La definizione del percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle Cure Palliative Pediatriche.

Al riguardo, si richiama inoltre il potenziamento della rete mediante destinazione di risorse medico-palliativista dedicate ed il consolidamento dell'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting: ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice.

A supporto tecnico, l'implementazione del sistema informativo e informatico per la gestione clinica e assistenziale degli interventi nei diversi nodi della rete al fine di supportare l'attività dei professionisti e rispondere ai debiti informativi regionali e nazionali aggiornati in merito al monitoraggio specifico dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) integrato nel modello organizzativo dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

Finanziamenti per la Non Autosufficienza (FRNA – FNA)

Nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria un ruolo di particolare attenzione è da riservare alla gestione dei Finanziamenti per la Non Autosufficienza (FRNA - FNA), nonché altri finanziamenti dedicati. La gestione di tali finanziamenti, oltre a consolidare quanto già costruito negli anni in termini di residenzialità e semi-residenzialità, persegue priorità quali il sostegno diretto ed indiretto della domiciliarità per potenziare i servizi e supportare le risorse della persona, della rete familiare, della comunità e mantenere quanto più possibile la persona non autosufficiente nel proprio contesto di vita. Con riguardo ai criteri ed ai vincoli di utilizzo dei relativi finanziamenti definiti a livello nazionale e regionale, l'Azienda persegue il soddisfacimento espresso dal territorio nell'area della disabilità e delle gravissime disabilità con risorse specifiche dedicate. Persegue inoltre lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale), la qualificazione delle assistenti familiari (con formazione e consulenza), i servizi di teleassistenza gestiti con il concorso del volontariato, i ricoveri temporanei di sollievo ed il sostegno alle reti formali ed informali di solidarietà sociale.

1.3 Area degli esiti

Il Piano della Performance oltre ad individuare, quale documento programmatico, indirizzi, obiettivi e risorse disponibili, seleziona e propone un set di indicatori che la Regione (Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare) in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV-SSR) ha individuato per misurare le performance delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, al fine di rendere uniformi su tutto il territorio Regionale le linee programmatiche ed il loro monitoraggio.

Il set individuato per il triennio precedente (2016-2018) era di circa 80 indicatori, per i quali è stato previsto un aggiornamento annuale. L'elenco degli indicatori era stata costruito tenendo conto delle indicazioni nazionali (Griglia LEA, Piani di Rientro, DM 70) e delle linee di programmazione definite a livello regionale.

Nel 2018, alla luce delle novità emerse a livello nazionale, ovvero l'individuazione di un nuovo set di indicatori del Nuova Sistema di Garanzia e la definizione di nuove priorità in diversi ambiti dell'assistenza sanitaria a livello regionale, la Regione ha ritenuto utile revisionare tale elenco ed individuare nuovi indicatori tra quelli già presenti sulla [piattaforma InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna](#) (ex SIVER).

In riferimento agli esiti aziendali registrati con tale set di indicatori aggiornati e alla definizione dei risultati attesi per il triennio 2018-2020, si rimanda alle tabelle di dettaglio al [Capitolo 6 "Indicatori di Risultato"](#).

2. Dimensione di performance dei processi interni

2.1 Area della produzione

Obiettivo di mandato 1.1 - Riordino Assistenza Ospedaliera

Gli atti di programmazione regionale prevedono il completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 “Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute n. 70/2015”.

Nelle more dell’implementazione delle reti cliniche previste dalla programmazione sanitaria assegnata alla Conferenza socio-sanitaria metropolitana (CTSS), l’Azienda è impegnata a proseguire le azioni di consolidamento e miglioramento degli standard relativi all’assistenza ospedaliera. In tal senso si collocano gli interventi di seguito dettagliati.

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero di cui alla DGR 2040/2015

Gli indirizzi in ordine a tale obiettivo prevedono un efficientamento dell’attività ospedaliera, in relazione alla quale l’Azienda, nel quadro della più ampia programmazione metropolitana, ha realizzato da un lato, la conversione in regime ambulatoriale di attività in precedenza erogate in Day hospital, Day Surgery e in ricoveri programmati 0-1 giorno, e dall’altra ha introdotto modelli organizzativi innovativi, che vedono, attraverso lo sviluppo di percorsi maggiormente orientati all’intensità di cura, la riorganizzazione dell’area post-acuzie con la conversione di PL post-acuti in tipologie di assistenza territoriale attraverso il potenziamento della rete delle cure intermedie.

Il Presidio Ospedaliero di Imola, in coerenza alle indicazioni normative regionali e nazionali, è dotata al 31.12.2017 di n.ro 324 PL, di cui: 308 PL ordinari e 16 PL DH/DS.

Posti Letto	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017
PL ordinari	304	307	308
PL Day Hospital	21	21	6
PL Day Surgery	16	15	10
Totale	341	343	324

Si ricorda, inoltre, che presso la Casa della Salute/Ospedale di Comunità di CSPT sono presenti 21 PL residenziali di cure intermedie e 12 PL di Hospice. Nel territorio Imolese incide inoltre la struttura ospedaliera di riabilitazione di Montecatone con 150 PL ordinari 8 PL di DH.

Reti cliniche Integrate

Al fine di valorizzare la risposta ai cittadini attraverso l’erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse e di qualità e favorire l’integrazione e la valorizzazione delle professionalità, l’Azienda proseguirà nello sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate. Si tratta di soluzioni organizzative non gerarchiche, orientate alla integrazione di competenze ed autonomie diverse, attraverso l’uso di strumenti di integrazione orizzontale, basati sulla partecipazione collaborativa tra pari. Le reti cliniche riconfigurano la questione della prossimità e della qualità delle cure, migliorando le condizioni di accesso e di presa in carico; nondimeno la

messa in condivisione delle risorse e la costituzione di équipes integrate, consentono di sviluppare maggiore efficienza. La Conferenza socio-sanitaria metropolitana, cui è demandata la programmazione complessiva, ha istituito il “Nucleo Tecnico di Progetto” incaricato di produrre una progettazione complessiva di programmazione delle Reti cliniche metropolitane rilasciata il 25 giugno 2018 avente ad oggetto “Forme di integrazione nell’Area Metropolitana Bologna: rapporto conclusivo”.

L’AUSL di Imola ha avviato nel corso degli ultimi anni progetti di sviluppo di integrazione di funzioni e attività in sede metropolitana, approvate dalla CTSS, secondo modelli di gestione interaziendali, anche in collaborazione con Alma Mater Studiorum – UNIBO, e/o collaborazioni nell’ambito delle reti Hub & Spoke.

L’esercizio 2018 ha visto l’avvio e la progressiva attuazione dei seguenti Accordi di integrazione mediante gestione interaziendale delle attività:

- Urologia, in collaborazione con l’AUSL di Bologna, a direzione AUSL di Imola
- Chirurgia Generale in collaborazione e a direzione AUSL di Bologna
- Chirurgia Senologica in collaborazione con l’AOU di Bologna, a direzione universitaria
- Genetica Medica in collaborazione con l’AOU di Bologna, a direzione universitaria.

Il novero delle collaborazioni realizzate dall’AUSL di Imola in ambito sanitario, sotto forma di [reti cliniche integrate e rapporti Hub & Spoke](#), oltre alle soprarichiamate gestioni interaziendali, comprende:

- La rete clinica instaurata con [l’Istituto Ortopedico Rizzoli](#), per l’implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e di chirurgia orto-pediatrica.
- La collaborazione con [l’Università di Bologna](#) per la formazione di medici specializzandi in: Ortopedia, Gastroenterologia, Urologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Radiologia, Medicina di Emergenza.
- La collaborazione con [l’AUSL di Bologna](#) per le attività specialistiche di:
 - Valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica e per l’attività di lettura e refertazione delle mammografie in screening.
 - Trattamenti endovascolari per Stroke, mediante invio all’Ospedale Maggiore di Bologna, dei pazienti per i quali vi siano indicazioni all’effettuazione di procedure di riperfusione endovascolare per il trattamento dell’ictus ischemico acuto.
 - Integrazione del Servizio Trasfusionale nell’ambito del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM).
 - Anatomia Patologica per prestazioni di consulenza clinica (second opinion) e gestionale – organizzativa finalizzata all’integrazione nel Dipartimento interaziendale di recente costituzione le cui prime fasi applicative prevedono (entro il 2018) la centralizzazione della citologia in strato sottile presso Imola e il contestuale trasferimento dell’istologia al Laboratorio dell’ospedale Maggiore.
 - Adesione al Laboratorio Unico Metropolitan (LUM) attraverso il quale si realizza la concentrazione delle produzioni laboratoristiche per tutte le prestazioni di Patologia clinica, che opera attraverso la propria sede Hub e il Laboratorio Spoke Imola con funzionamento H.24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell’emergenza-urgenza.
- La collaborazione con [l’Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna](#) per le attività specialistiche di:
 - Chirurgia vascolare, Chirurgia plastica, Neurologia pediatrica.

- Fisica sanitaria, Infettivologia, Anestesiologia.
 - Adesione al Laboratorio Unico Metropolitano per la concentrazione della produzione di laboratorio per il settore Microbiologia afferente all'AOU quale sede Hub in ambito metropolitano.
 - Attivazione delle procedure di trasporto materno (STAM) e neonatale (STEN).
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara per la concentrazione presso il Laboratorio per l'AVEC – sezione di Citodiagnostica dell'UO di Anatomia Patologica dell'AOU di Ferrara - della determinazione HPV, quale test primario nell'ambito dei percorsi di prevenzione del carcinoma della cervice.

Ulteriori sviluppi nell'ambito delle Reti Cliniche saranno realizzati secondo i programmi attuativi derivanti dalla programmazione in sede di Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana di Bologna a seguito dei lavori del citato Nucleo Tecnico di Progetto.

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

In relazione alle attività in ambito territoriale si fa riferimento a quanto esposto al paragrafo 1.4 "Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale".

L'articolata produzione dell'ambito territoriale si snoda nei servizi offerti nell'ambito delle Case della Salute, Ospedale di Comunità, e nei percorsi di integrazione Ospedale – Territorio con il contributo dei Dipartimenti di Cure Primarie e Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. Sotto il profilo della produzione si riportano le seguenti attività.

Area Consultorio Familiare

Percorso nascita

La programmazione dell'Azienda è rivolta a garantire il percorso di assistenza alla gravidanza, promuovendo l'assistenza fisiologica da parte dell'ostetrica alle gravide a basso rischio e predisponendo percorsi integrati per la gestione delle gravidanze che necessitano di più profili assistenziali.

I corsi di accompagnamento alla nascita costituiscono un servizio offerto a tutte le gestanti afferenti al Consultorio in tutte le sue sedi. E' altresì orientato a fornire una adeguata assistenza al puerperio ancor prima della dimissione ospedaliera, con l'accesso quotidiano dell'ostetrica del Consultorio in ospedale per la presa in carico della puerpera e del neonato. A questa prima conoscenza si correla, a seconda della necessità, l'accesso della donna e del bambino agli spazi dedicati ad entrambi all'interno del Consultorio, per consulenze ostetriche e/o psicologiche per la prevenzione dei disturbi psicologici del puerperio.

Al Consultorio sono periodicamente attivati momenti di incontro, scambio e confronto di esperienze su tematiche riguardanti lo sviluppo e la relazione madre, padre, bambino nel primo anno di vita, con la partecipazione di esperti della prima infanzia.

Al fine di agevolare e rafforzare la relazione madre-bambino l'Azienda prosegue la collaborazione di donne volontarie a sostegno delle puerpere in difficoltà, sotto la supervisione della psicologa e con l'affiancamento dell'ostetrica.

Salute riproduttiva

Prosegue l'impegno dell'Azienda nei servizi offerti nell'ambito dello Spazio Giovani, un servizio del Consultorio Familiare creato appositamente per le/i ragazze/i dai 14 ai 21 anni. Lo Spazio Giovani offre consulenza e presa in carico in campo ostetrico, ginecologico e psicologico. Lo Spazio Giovani è aperto, ad accesso libero e gratuito, due pomeriggi alla settimana nella sede di Imola e un pomeriggio alla settimana nelle sedi di Castel San Pietro Terme e Medicina; è possibile comunicare con i professionisti anche attraverso il Web. Le/i ragazze/i possono rivolgersi allo Spazio sia spontaneamente sia indirizzati dagli adulti (genitori, PLS, MMG e insegnanti). Comprende anche un'area di tutela e promozione della salute: i progetti svolti nelle scuole costituiscono un'importante occasione di conoscenza del Servizio e delle opportunità di aiuto fornite al suo interno.

Spazio giovani

Dopo una fase di elaborazione progettuale avviata nel 2017, dal 21 febbraio 2018 è operativo uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti per soddisfare i bisogni di salute di questa utenza con particolare riferimento alla tutela della fertilità maschile e femminile. La fase di accoglienza (ad accesso libero e gratuito) è di competenza delle ostetriche, le quali valuteranno ogni singolo caso ed intervento, qualora necessario, ai vari professionisti dell'equipe consultoriale (ginecologa, psicologa, urologo).

Salute in età pediatrica e adolescenziale

In ambito di promozione della salute in adolescenza, la programmazione aziendale è rivolta a consolidare quanto avviato dal 2017 in termini di offerta di interventi di educazione sanitaria finalizzati al benessere e alla salute dell'adolescente, in un'ottica preventiva. I progetti realizzati nelle scuole secondarie di primo e secondo grado hanno riguardato varie tematiche e sono stati ispirati dai bisogni emersi dai ragazzi, quali:

- Affettività e sessualità: il progetto ha lo scopo di aiutare le/i ragazze/i ad attuare scelte consapevoli e responsabili relative alla sfera della sessualità e dell'affettività, ponendo attenzione alla prevenzione dei rischi.
- Per le/i ragazze/i che frequentano le scuole superiori di secondo grado il progetto si svolge attraverso una visita guidata al Consultorio Familiare per conoscere il Servizio e le attività che vi si svolgono. Durante la visita si dà spazio alle domande sui temi della sessualità e dell'affettività; viene riservata particolare attenzione alla tematica della prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili.
- Per i ragazzi che frequentano le scuole superiori di primo grado si attua anche il progetto "W L'Amore", promosso dalla Regione Emilia-Romagna.

Contrasto alla violenza

Analogamente, prosegue l'impegno dell'Azienda nelle attività di contrasto al fenomeno del maltrattamento contro le donne e i minori articolate mediante:

- Convocazioni periodiche dei membri del tavolo, composto da figure professionali socio-sanitarie e provenienti dalle associazioni del territorio, per attività di programmazione e monitoraggio sui temi del contrasto alla violenza di genere.
- Collaborazione alla stesura di una guida sui servizi socio-sanitari e sulle associazioni presenti nel territorio.

- Integrazione del percorso di accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza con le Case della Salute di Castel San Pietro Terme e Medicina.
- Formazione con Medici di Medicina Generale sui temi del maltrattamento donne e minori.

Discendenti dalla DGR 1423/2017 si collocano gli interventi avviati dall'Azienda ai fini del contrasto alla violenza di genere che prevedono anche la realizzazione di percorsi formativi rivolti agli operatori socio sanitari con particolare riferimento alla violenza sulle donne in gravidanza.

Area Cure Primarie

Valutazione e qualità delle cure

L'Azienda mantiene l'impegno a diffondere lo strumento dei "Profili di Nucleo" come strumento informativo utile a promuovere la qualità dell'assistenza a livello territoriale, in quanto rende possibile il confronto sia fra gruppi di pazienti sia, indirettamente, fra i diversi professionisti della sanità, soprattutto nell'ambito delle patologie croniche. I dati risultanti dai Profili di Nucleo vengono annualmente analizzati nel contesto dei Tavoli di coordinamento dei NCP e successivamente negli incontri sul tema dei singoli nuclei.

Azioni di miglioramento sono state progettate, nell'ultimo paio d'anni, su due temi di particolare interesse per l'AUSL di Imola: la gestione dei pazienti con diabete tipo 2 e il consumo di RMN osteoarticolari. Nel corso del 2017 è stato prodotto, anche sulla base di tali informazioni, il PDTA della gestione integrata dei pazienti con diabete mellito, PDTA che dal 2018 sostituirà il protocollo aziendale vigente.

Per quanto riguarda invece il consumo di RMN, i dati dei Profili, assieme alle informazioni relative ai quesiti clinici delle relative prescrizioni, hanno permesso di chiarire le aree di in appropriatezza nella prescrizione e di proporre nuovi criteri, in collaborazione con gli ortopedici e i radiologi.

Nell'AUSL di Imola i PLS sono integrati all'interno dei NCP e delle Case della Salute con i MMG; per questo motivo le iniziative riguardanti la diffusione dei dati e delle informazioni desumibili dallo strumento "Profili" sono condotte in comune fra PLS e MMG.

Appropriatezza prescrittiva farmacologica

L'Azienda persegue il progetto di miglioramento nel campo dell'appropriatezza prescrittiva farmacologica, ambito nel quale la nostra Azienda ha investito molte energie per portare i dati di consumo in linea con i dati medi regionali. Vengono periodicamente programmati incontri in ogni Nucleo di Cure Primarie, durante i quali i dati di prescrizione (per i PLS: focus sull'uso di antibiotici) vengono analizzati sia tramite elaborati prodotti dall'AUSL di Imola, sia tramite i dati provenienti dai "Profili di Nucleo".

Di particolare rilevanza è il ruolo del Dipartimento Cure Primarie (DCP) nel monitoraggio dell'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica convenzionata e territoriale, ambito che costituisce uno dei principali obiettivi strategici aziendali. A tal fine, il DCP ha posto in essere, con i competenti servizi aziendali, la definizione di apposita reportistica al fine di mettere a disposizione dei Nuclei e dei singoli MMG le informazioni utili a rappresentare i consumi farmaceutici e l'andamento della spesa in termini di spesa pro capite pesata. Sulla base dell'analisi dei dati relativi all'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica il DCP intende proseguire il mandato di strutturare un modello organizzativo volto all'analisi congiunta attraverso la calendarizzazione di incontri specifici, con i Coordinatori di Nucleo e con i singoli MMG/PLS nei casi di iperprescrizione, intesa come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale.

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

L'AUSL di Imola, tramite il Dipartimento di Sanità Pubblica, proseguirà il consolidamento della politica in materia di Vigilanza e controllo, ai sensi della DGR 200/2013, mediante l'implementazione della procedura "Programmazione della vigilanza e controllo da parte del DSP" e delle specifiche procedure operative di vigilanza e controllo e di gestione delle emergenze.

In riferimento alle funzioni dell'Assistenza Collettiva in ambiente di vita e di Lavoro, in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica, si impegna a dare continuità agli interventi che hanno caratterizzato l'ultimo triennio, in aggiunta alla specifica attività di prevenzione e controlli ufficiali programmati e in urgenza, quali:

- Attività di vigilanza e controllo ufficiali con modalità integrate a livello dipartimentale, tenuto conto del contesto territoriale, e rivolte al recupero di efficienza nell'impiego delle risorse.
- Attività rivolta alla persona, mediante definizione dei livelli di integrazione funzionale e interdipartimentale, nell'ambito della Casa della Salute.
- Attività di promozione della salute e del benessere sociale: collaborazione e contributo ai progetti regionali e/o locali, con livelli di integrazione con l'area territoriale ed ospedaliera.
- La realizzazione di integrazione funzionale con la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme con particolare riferimento alla riorganizzazione delle sedute vaccinali (antidifterite, antinfluenzale).

Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Con DGR 771/2015 la Regione Emilia Romagna ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. L'obiettivo di fondo si inquadra nel crescente ruolo che la Sanità pubblica è chiamata a svolgere nel promuovere e facilitare l'incontro e la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione. Al fine di pianificare a livello locale le attività e raccordarle con gli altri strumenti di programmazione locale, l'AUSL di Imola ha elaborato il "[Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2015-2018](#)" (PLA) avviando i programmi di intervento conseguenti. In tale ottica, il Piano (PLA) esplicita la struttura organizzativa locale (in termini di responsabili, coordinatori, gruppi di lavoro, ecc.) e i progetti di intervento specifici correlati ai 6 programmi/setting di intervento:

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

L'attuazione del PLA prevede il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti aziendali ed in particolar modo del Dipartimento di Sanità Pubblica che ne coordina l'attuazione complessiva. La valutazione di esito del pieno rispetto degli indicatori sentinella declinati a livello locale risulta nel 2017 pari al 77%. La valutazione complessiva del PRP riferita a tali indicatori risulta corrispondente a quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni. Nel 2017 il monitoraggio ha fornito i seguenti risultati:

- 66 indicatori sentinella (pari al 98,5% del totale) hanno rispettato i parametri per la certificazione; nel dettaglio: 64 indicatori (pari al 95,5% sul totale) hanno raggiunto il valore atteso; 2 indicatori (pari al 3% sul totale) hanno presentato uno scostamento pari o inferiore al 20%.
- 1 indicatore sentinella (pari all'1,5% del totale) non ha rispettato il valore previsto in quanto si è discostato di oltre il 20% dal valore atteso.

Ai sensi dell'Intesa sottoscritta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, n. 247 del 21.12.2017, le Regioni hanno proceduto alla rimodulazione dei PRP – Piani Regionali Prevenzione, al fine di ridefinire azioni, progetti e indicatori all'interno e nell'ambito del Quadro logico di impianto già strutturato. Il PRP rivisto una volta sottoposto al riscontro da parte del Ministero della Salute è stato adottato in via definitiva.

Nell'ultimo trimestre del 2017 si sono concentrati i lavori per la rimodulazione del PRP per l'anno 2018 e la programmazione al 2019 delle attività dei progetti, ai sensi dell'Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017. Complessivamente l'orientamento strategico è quello di garantire le azioni già avviate consolidandole in termini di qualità e/o di estensione a tutte le AUSL e di riprogettare le azioni per quei contesti modificatisi per quadro normativo o sulla base delle valutazioni dei risultati raggiunti per il biennio 2016-2017. Per ogni progetto è stato aggiornato il cronoprogramma e sono stati specificati i valori regionali degli indicatori attesi per il biennio 2018-2019.

L'AUSL di Imola garantirà, inoltre, come nel triennio precedente, la trasposizione degli obiettivi discendenti dal Nuovo PLA – PRP, sui Budget annuali sia a livello di performance organizzativa sia a livello di performance individuale, secondo le competenze ed i coinvolgimenti specifici dei vari professionisti, con riferimento alle azioni contenute nei singoli progetti e con risultato atteso corrispondente all'indicatore sentinella previsto, su ciascuno di essi.

Programmi regionali di screening

L'AUSL di Imola negli ultimi anni ha continuato a rispettare gli obiettivi relativi ai tre screening oncologici, sia in termini di avanzamento del programma, sia per l'adesione della popolazione all'invito, registrando percentuali generalmente in linea e in molti casi superiori alla media regionale.

In coerenza con le raccomandazioni regionali, compresa l'estensione dell'invio sul territorio aziendale anche alla popolazione non residente e domiciliata, l'AUSL di Imola intende mantenere nel prossimo triennio 2018-2020 le buone performance di copertura fin d'ora realizzate in termini di avanzamento e adesione agli specifici programmi.

Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019

L'AUSL di Imola proseguirà nell'attuazione delle azioni necessarie all'adozione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-19), secondo le indicazioni regionali.

Le azioni che si intendono mettere in campo sono finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche, in aggiunta alle attività comunicative svolte attraverso vari canali (manifesti, opuscoli, comunicati stampa, articoli di approfondimento, utilizzo dei social network).

Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili obbligatorie e raccomandate al compimento del 2° anno di vita, l'AUSL di Imola, che mantiene buoni valori di copertura, intende progettare e realizzare iniziative di sensibilizzazione sul territorio e attività di formazione per gli operatori sanitari.

Epidemiologia e sistemi informativi

L'AUSL di Imola garantirà, inoltre, l'attività di sorveglianza relativa al [Registro di mortalità](#). Ad oggi l'inserimento delle schede ISTAT risulta in linea con i tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003. Si intendono garantite, come tutti gli anni, le azioni previste dal sistema di Sorveglianza degli stili di vita PASSI e Okkio alla salute.

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

L'Azienda garantirà per il triennio di programmazione 2018-2020 le azioni di [sorveglianza e controllo delle malattie infettive](#) in attuazione di quanto previsto dai piani regionali specifici. Si continuerà nell'attuazione alle indicazioni contenute nel nuovo documento "Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi", in termini di corretta applicazione delle stesse da parte dei gestori di impianti e di strutture a rischio e nella realizzazione di iniziative di formazione e informazione rivolta ai gestori di impianti sportivi, strutture recettive e amministratori condominiali, in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e le associazioni di categoria.

Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

L'AUSL di Imola si impegna a mantenere i livelli consolidati di copertura di [vigilanza negli ambienti di lavoro](#) in termini di Unità controllate sulle esistenti. Verranno, altresì, puntualmente espletate le azioni atte alla verifica del possesso dei requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e l'aggiornamento costante dell'anagrafe delle strutture autorizzate. Continuerà l'attività di vigilanza e controllo della Commissione di esperti istituita nell'ambito del DSP ai sensi della DGR 564/2000 e della nota regionale prot. 181896 del 17/03/2017.

Si intende operare in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro per un miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica).

Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

L'AUSL di Imola, in attuazione al [Piano regionale integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale](#), garantirà l'adeguamento sostanziale delle attività tramite la S.S.U. Igiene Alimenti e Nutrizione, della U.O.C. Igiene Veterinaria e del Programma Sicurezza alimentare. Nel 2017 è stato raggiunto l'adeguamento ai criteri definiti al cap. 1 colonna ACL dell'Accordo Stato regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle regioni e province autonome e delle AA.SS.LL. in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria", di cui alla DGR 1510/2013.

Il Dipartimento continuerà a garantire l'attività prevista nel Piano regionale alimenti in termini di campioni eseguiti sul programmato e di attività di controllo sul benessere animale in allevamento secondo gli standard definiti a livello regionale. Verranno pertanto realizzate le azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di

ufficialmente indenne del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica. Continueranno i controlli per malattie infettive sugli allevamenti controllati al fine del mantenimento della qualifica regionale.

In relazione alla implementazione del Portale Acque, con l'inserimento della programmazione del Piano di controllo acque potabili sono stati aggiornati i dati relativi alla popolazione servita per singolo acquedotto per procedere alla realizzazione della pianificazione dei campioni.

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

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

Sicurezza delle cure

In attuazione della Legge 8 Marzo 2017 n. 24 recante "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", l'Azienda garantirà i Piani annuali "Programma Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio". Fermo restando l'attuazione complessiva dei Piani, l'Azienda intende garantire una serie di interventi specifici con particolare riferimento ai seguenti obiettivi:

- Prosecuzione del presidio dell'Azienda nell'applicazione della Procedura aziendale "Gestione del rischio clinico" (Incident Reporting) che comprende l'alimentazione periodica del data base regionale, con il supporto della Rete dei referenti aziendali e la segnalazione alla Regione degli eventi sentinella (flusso SIMES). Si prevedono inoltre azioni di informazione e diffusione dei dati regionali relativi alle segnalazioni degli eventi avversi e dei quasi-eventi (Incident reporting), nonché analisi interne delle segnalazioni al fine di verificare l'attuazione delle azioni di miglioramento. Al riguardo, si intende consolidare ulteriormente l'esercizio del ruolo dei referenti della Rete Incident al fine di rafforzare il presidio di tale ambito attribuendo l'obiettivo quale contributo individuale dei professionisti coinvolti.
- Proseguiranno gli interventi volti all'armonizzazione delle funzioni di rischio clinico rispetto alla gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile, al fine di supportare gli operatori verso il miglioramento qualitativo della documentazione sanitaria. In relazione a ciò, le azioni coordinate dallo staff Governo Clinico, prevedono la programmazione di audit o incontri di approfondimento con il coinvolgimento di tutta l'équipe medico e infermieristica-tecnica.
- In ordine alla Sicurezza delle cure in chirurgia – SSCL (Surgical safety check list – ex SOS.NET) con l'informatizzazione della check-list verranno effettuate le verifiche a campionarie in ordine alla completezza delle schede. La check list sarà applicata anche in chirurgia oculistica.
- In tema di Gestione Clinica del Farmaco si prevede la verifica applicativa della Procedura aziendale "Gestione Clinica del Farmaco", in relazione alla corretta ricognizione e riconciliazione farmacologica. Avendo incidenza sulla riconciliazione farmacologia nel flusso ospedale-territorio, in sede di dimissione e visita specialistica ambulatoriale, mediante la prescrizione dei principi attivi presenti nel Prontuario di AVEC, l'obiettivo è volto anche a contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale.
- Si prevede inoltre l'aggiornamento della Procedura aziendale relativa alle contenzioni, sulla base delle nuove linee di indirizzo regionali.
- Si procederà all'implementazione in tutti i reparti ospedalieri della Procedura aziendale aggiornata per la Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale, alla realizzazione di eventi formativi sul tema e a sopralluoghi ambientali nelle Unità operative coinvolte. Si è provveduto ad inserire in cartella clinica informatizzata, nei reparti medici, quanto attiene la valutazione del rischio caduta paziente, rispetto alla quale nel 2018 è prevista la sperimentazione.

Governo Clinico

Nell'area del governo clinico si inquadrano, nel segno della continuità, obiettivi volti al consolidamento di indicatori su percorsi diagnostico-terapeutici avviati e obiettivi finalizzati alla progressiva definizione e implementazione dei seguenti Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali (PDTA), tra cui:

- Sindrome Coronarica Acuta
- BPCO per la parte ospedaliera
- Piede Diabetico
- Frattura Femore
- Scompenso per la parte ospedaliera
- Diabete
- Gioco d'azzardo.

Fra gli strumenti di governo clinico nell'ambito dell'assistenza farmaceutica si rimanda al successivo Obiettivo di mandato 1.6 - Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito farmaceutico.

Accreditamento

L'Azienda continua il percorso, intrapreso nel corso del 2017, di avvicinamento ai requisiti generali previsti dall'Intesa del 20 Dicembre 2012 ed alla definizione delle evidenze, valutandone il grado di adesione a livello aziendale e dipartimentale. E' stata effettuata una autovalutazione del possesso dei requisiti utilizzando un "gruppo di miglioramento" (accreditato ECM) formato dai facilitatori per la qualità e l'accreditamento dipartimentali e di UO. Con l'uscita della DGR 1943/2017 l'autovalutazione utilizzata ed adattata per rispondere ai nuovi requisiti deliberati è stata allegata alla domanda di rinnovo dell'accreditamento di Azienda, previsto per gli inizi del 2019.

L'Azienda continua il percorso di mantenimento dei percorsi di accreditamento a livello di Dipartimento secondo la programmazione concordata a livello aziendale.

L'Area Accreditamento e Qualità nel corso del triennio proseguirà nella pianificazione e organizzazione dell'attività di verifica del mantenimento dello status di accreditamento nell'arco temporale che intercorre tra una visita di verifica effettuata dai valutatori esterni selezionati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e la successiva. Le verifiche ispettive interne verranno assegnate annualmente ai Responsabili di struttura complessa e semplice coinvolti come obiettivi di budget e fanno parte integrante della valutazione annuale di risultato.

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

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

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

Gli interventi aziendali in tal senso, già avviati nel corso degli ultimi anni, pur realizzando trend di miglioramento, costituiscono un ambito di costante monitoraggio e potenziamento, al fine di perseguire l'allineamento alle medie regionali per appropriatezza di consumi e spesa.

Il governo del buon uso del farmaco e il perseguimento degli obiettivi regionali per appropriatezza di consumi e spesa costituiscono pertanto impegni dell'Azienda su cui convergono azioni diversificate da parte di tutti i professionisti coinvolti, sia nell'ambito della farmaceutica convenzionata e territoriale sia nell'acquisto e consumo ospedaliero di farmaci.

L'uso appropriato dei farmaci costituisce obiettivo aziendale per il quale rappresentano elementi di presidio la promozione del ricorso ai farmaci generici, l'ottimizzazione nel perseguimento dell'appropriata gestione delle terapie croniche, anche sulla base del piano nazionale cronicità, nonché l'impiego del Prontuario Terapeutico Regionale quale strumento di indirizzo alla pratica clinica.

Al fine di perseguire gli obiettivi regionali di consumo sulle categorie critiche ed il progressivo miglioramento dell'andamento della spesa l'Azienda ha messo a punto un sistema strutturato di azioni articolato nei seguenti interventi.

- Il monitoraggio delle prescrizioni a livello di Nucleo di Cure Primarie (NCP) e di singolo MMG, al fine di presidiare fenomeni di iperprescrizione, intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale e rispetto all'andamento temporale.
- La programmazione di incontri stabili con i MMG nell'ambito dei NCP, a piccoli gruppi, consente l'applicazione di analisi, il reciproco confronto, l'informazione e la formazione sugli andamenti per consumi e spesa in rapporto agli obiettivi regionali. In tale contesto si richiama il ruolo del Dipartimento Cure Primarie in raccordo con i Nuclei e i Medici di Medicina Generale con il supporto della Direzione Farmaceutica, verso l'attuazione di azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alle categorie critiche di seguito descritte.

Farmaci respiratori LABA/LAMA in associazione per il trattamento della BPCO

L'impegno è volto a perseguire la promozione dell'utilizzo del prodotto con il migliore rapporto costo/beneficio. Come da progetto di presa in carico integrata (Specialisti/MMG) tali categorie sono previste in Erogazione Diretta Aziendale. Il filtro di valutazione/validazione della presenza dei requisiti minimi prescrittivi è garantito dal farmacista dispensatore. Quale ulteriore azione aziendale finalizzata al perseguimento dell'appropriatezza diagnostico-prescrittiva si richiama l'obiettivo aziendale di predisposizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Aziendale (PDTA) per la BPCO.

Terapie ipolipemizzanti a base di Statine

L'Azienda ha recepito le Raccomandazioni regionali in merito a seguito del lavoro di un gruppo multiprofessionale (clinici nefrologi, cardiologici, diabetologici, MMG, farmacisti, medici del Dipartimento Cure Primarie) che ha elaborato un progetto "Buon Uso delle Statine/farmaci ipolipemizzanti". L'Azienda è impegnata pertanto nell'attuazione di tale progetto.

Farmaci incretinomimetici e glifozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2

Prosegue l'impegno dell'Azienda nel presidio del tasso di utilizzo atteso per i farmaci, di prima scelta o innovativi, registrando buone performance. Si correla a tale ambito il lavoro del Gruppo multiprofessionale aziendale del Percorso Diagnostico Terapeutico "Gestione Integrata del Diabete di Tipo 2".

Trattamenti con i nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO)

L'Azienda mantiene l'impegno di adesione alle raccomandazioni contenute nei Documenti regionali di riferimento, pur non essendo ancora giunto a regime lo switch da AVK a NAO per particolarità organizzative locali.

Antibiotici sistemici

L'Azienda mantiene il presidio delle azioni volte alla promozione dell'uso appropriato dei farmaci che viene costantemente svolta dal responsabile clinico del Nucleo operativo URA (Uso Responsabile Antibiotici) aziendale. Il consumo degli antibiotici sistemici viene periodicamente monitorato sia a livello ospedaliero (DDD/100GG degenza) che territoriale (DDD*1.000 ab. pes/die), discusso periodicamente con i prescrittori e con i componenti del Nucleo URA, sia in sedute plenarie nonché in seno ai Comitati di Dipartimento, ai Responsabili di CRA, in sede di NCP, nonché di singole UUOO ospedaliere. Gli andamenti sono portati pertanto all'attenzione dei prescrittori, in ordine ai dati relativi alle resistenze microbiologiche locali correlati a consumo, confrontati con il medesimo contesto regionale, nazionale ed europeo, evidenziando la costante evoluzione delle LG in merito a trattamento, profilassi (esclusivamente chirurgica e Non medica), emocolture pre-terapia antibiotica, rivalutazione quotidiana delle terapie, corretta posologia, durata e frequenza di somministrazione, ecc. I dati 2017 di consumo territoriale (convenzionata ed erogazione diretta) di antibiotici sistemici registrano un trend positivo di riduzione, come pure il trend di consumo ospedaliero tassato (DDD/100GG degenza).

Farmaci Oncologici

L'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici, adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni elaborate nel gruppo (GReFO), costituisce un riferimento già perseguito a livello aziendale sul quale l'Azienda è orientata comunque a mantenere il presidio.

Per quanto riguarda le terapie orali ad alto costo si richiama il continuo monitoraggio periodico degli Inibitori delle protein-chinasi, come strumento di governo dell'appropriatezza prescrittiva del Centro oncologico aziendale. L'Azienda ha adottato un modello organizzativo integrato con il Laboratorio Farmacologico dell'Azienda USL di Bologna (rete dei laboratori UFA) per l'ottimizzazione degli allestimenti delle terapie antitumorali, al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo. Gli allestimenti riguardano l'ambito oncologico, urologico ed oculistico.

Farmaci biologici e biosimilari

L'Azienda è impegnata nel promuovere l'impiego dei farmaci biologici biosimilari, laddove presenti nella classe e se presenti in Azienda i rispettivi Centri Autorizzati RER alla diagnosi e prescrizione. Per le epoetine le azioni di presidio sono volte ad un miglioramento del tasso di utilizzo del biosimilare sul quale incidono tuttavia le prescrizioni dei Centri prescrittori extra AUSL di Imola. Sui trattamenti relativi all'ormone della crescita (Somatotropo), l'impiego del biosimilare nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti

in corso con obiettivo di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni, l'Azienda persegue il miglioramento del tasso di utilizzo secondo gli indirizzi e le gare regionali vigenti. Relativamente alle terapie con infliximab c/o la Reumatologia di Imola, l'impiego del farmaco biosimilare è pari al 100%.

Prosegue l'impegno dell'Azienda nella [Erogazione Diretta](#) dei farmaci alla dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale, al fine di intervenire su margini di miglioramento dell'attività di ricognizione e riconciliazione delle terapie farmacologiche, in ogni passaggio di setting assistenziale, ai medicinali del Prontuario Regionale a miglior garanzia di efficacia e sicurezza attraverso maggiore sinergia tra le parti coinvolte. A tal fine sono stati attivati spazi adeguati dedicati alla erogazione diretta ubicati presso il presidio ospedaliero.

L'analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni degli specialisti ospedalieri all'atto della dimissione da degenza e da visita specialistica ambulatoriale, è effettuata su un campione individuato, da parte di un gruppo di lavoro aziendale appositamente costituito che vede la partecipazione della Direzione Medica, del Dipartimento Cure Primarie e della Direzione Farmaceutica, con il supporto del TIR per l'estrapolazione informatica del campione.

Il [sistema di azioni di governo dell'Assistenza Farmaceutica](#) vede il coinvolgimento delle articolazioni aziendali sulle quali sono declinati e personalizzati a livello di Dipartimento e di Unità Operativa un ampio presidio di interventi, in particolare:

- Recupero dei margini di miglioramento in termini di invio verso l'Erogazione Diretta alla dimissione da ricovero e ambulatoriale, che su progetti di presa in carico integrata ospedale e territorio.
- Aderenza al prontuario farmaceutico di Area Vasta sia in regime di degenza, sia in consulenza interna, sia in seguito a visita ambulatoriale o di PS, nonché in sede di dimissione, distribuzione diretta e per conto, al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale.
- Incremento della prescrizione di medicinali a brevetto scaduto su tutte le categorie prescritte.
- Raggiungimento del 98% delle prescrizioni in Lista di trasparenza sul totale del prescritto per le categorie Sartani, Statine e PPI, farmaci per Glaucoma, farmaci per Ipertrofia prostatica benigna.
- Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine in aderenza alle indicazioni regionali sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione cardiovascolare, al fine del rispetto dei criteri corretti di arruolamento alla terapia con i nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti a cura del nuovo ambulatorio/ Centro Autorizzato istituito.
- Monitoraggio del tasso prescrittivo della Vitamina D in farmaceutica convenzionata e l'attivazione di azioni di verifica dell'appropriatezza.
- Riduzione del tasso di consumo di antibiotici sistemici in ambito ospedaliero (classe ATC J01) – DDD*100 gg di degenza ordinaria.
- Riduzione del tasso di consumo di fluorochinolonici sistemici in ambito ospedaliero (classe ATC J01MA) – DDD*100/gg deg.
- Riduzione del tasso di consumo di carbapenemici in ambito ospedaliero (classe ATC J01DH) – DDD*100/gg deg.
- Riduzione del tasso di consumo di PPI in ambito ospedaliero (classe ATC A02BC) – DDD*100/gg deg.

- Promozione dell'utilizzo di farmaci biosimilari (Epoetina, Ormone della crescita e biologici anti-tnf).
- Appropriatelyzza di utilizzo dei farmaci per la terapia del dolore secondo le indicazioni delle linee guida dei gruppi di lavoro regionali in ordine alla scelta dei principi attivi maggiormente costo/opportuni.
- Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e spesa per ossigeno domiciliare/residenziale in OLT.
- Programmazione, monitoraggio e rendicontazione dell'utilizzo dei farmaci innovativi antivirali diretti per il trattamento dell'Epatite C, nel rispetto della programmazione aziendale e dei criteri stabiliti dalla Commissione Regionale del Farmaco con il contributo degli specialisti privilegiando, fra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità, in funzione delle condizioni contrattuali che saranno in vigore.

Particolare attenzione è posta dall'Azienda, con il contributo della Direzione Farmaceutica e dei professionisti, al presidio dell'appropriato utilizzo dei **farmaci innovativi oncologici e non oncologici** nonché sull'utilizzo dei **farmaci rivolti alla cura delle Malattie Rare**, sui quali si mantiene un costante monitoraggio.

Sotto il profilo della programmazione e governo della spesa l'Azienda mantiene il costante presidio degli andamenti mensili della farmaceutica convenzionata, territoriale e per acquisto ospedaliero nonché l'adozione di strumenti di governo clinico per i quali è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- Del 100% dei Piani Terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE con particolare riferimento ai farmaci antivirali per l'Epatite C in ordine alla compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi.
- Dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo a specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back nonché per la gestione dei rimborsi derivanti dalla Accordi AIFA per la condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing).
- Del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, dei farmaci Cnn e fuori prontuario regionale.
- Della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici al fine di una corretta e completa alimentazione del data base oncologico regionale rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali.

L'Azienda inoltre mantiene l'impegno nella promozione delle raccomandazioni regionali e nazionali sulla qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche in ambito sanitario e socio sanitario. Si richiama a tal fine l'applicazione ed il monitoraggio della procedura aziendale in tema di ricognizione e riconciliazione delle terapie farmacologiche.

2.3 Area dell'organizzazione

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

In attuazione degli indirizzi regionali e delle politiche di integrazione di funzioni e servizi sovra aziendali, l'Azienda continuerà a garantire la propria partecipazione ai progetti in sede di Area Metropolitana e di Area Vasta.

Ambito amministrativo e tecnico

Le aree amministrative sono interessate da forme di collaborazione e sinergia volte alla integrazione di attività e funzioni amministrative fra Aziende di Area Metropolitana e/o di Area Vasta, a prevalente carattere generale, che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che concorrono a determinare economie di processo e di scala, un maggiore livello di professionalizzazione e specializzazione del personale, nonché una maggiore omogeneità nelle procedure e nelle applicazioni normative.

L'AUSL di Imola ha avviato i progetti di integrazione strutturata con il Servizio Unico Metropolitan (SUM), costituito mediante integrazione ed delega delle funzioni amministrative nei settori: Risorse Umane, Economato-Logistica, Contabilità e Finanza. L'attuazione operativa è prevista per fasi progressive, correlate in particolare all'implementazione dei software gestionali di applicazione regionale.

Nel 2017 è stata realizzata l'integrazione delle funzioni della UOC Gestione Risorse Umane nel SUMAP (Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale) e l'implementazione del software GRU – Gestione Risorse Umane. In relazione all'adesione dell'AUSL di Imola al SAM (Servizio Acquisti Metropolitan), in capo all'AUSL di Bologna, già decorrente dal 2013, si è proceduto ad un aggiornamento della regolamentazione dei rapporti in ragione del consolidamento di tale servizio metropolitan. La programmazione aziendale prevede inoltre il completamento e il consolidamento dell'applicazione del software GRU nonché l'integrazione delle attività e delle funzioni di Economato e Contabilità a partire dal 2019, in correlazione all'implementazione della nuova piattaforma gestionale amministrativo-contabile (GAAC).

Si colloca inoltre nei progetti di Area Vasta, l'attivazione e sperimentazione della Piattaforma GIPI per la gestione dei procedimenti di accesso ai sensi della L. 241/90 ed Accesso generalizzato in attuazione del progetto definito fra le Aziende di Area Vasta.

Logistica

In ambito tecnico-logistico, a livello di Area Vasta, è stata avviata la progettazione volta alla centralizzazione degli acquisti e della logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici in un Magazzino unico. Anche su questo progetto l'AUSL di Imola ha dato la propria adesione e garantisce la collaborazione secondo gli sviluppi del Progetto coordinato a livello di Area Vasta.

Servizi intermedi

Sul fronte dei servizi intermedi la situazione vede progetti conclusi o in fase avanzata come per quanto riguarda il Laboratorio Analisi e il Centro Trasfusionale. A seguito dell'adesione al Laboratorio Unico Metropolitan (LUM), attualmente a regime, si è proceduto all'allocazione di ambiti di produzione presso i Laboratori Hub dell'AUSL di Bologna, mantenendo in Azienda il Laboratorio di Imola (Spoke) con

funzionamento H24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza. Presso il Laboratorio Hub dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna saranno invece allocati gli ambiti di produzione afferenti il settore della Microbiologia. Il Servizio Trasfusionale eroga la propria attività secondo processi integrati nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM), fermo restando eventuali ulteriori sviluppi di integrazione nel modello organizzativo.

In relazione ai servizi di Anatomia Patologica, l'Azienda ha aderito nel 2018 al Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad Attività Integrata (DIAP) in Area Metropolitana, per un periodo sperimentale, con l'obiettivo di riprogettare congiuntamente l'attività in un'ottica di razionalizzazione ed ottimizzazione dei percorsi, di sviluppo delle competenze, della didattica e della ricerca e del miglioramento del percorso diagnostico a supporto dei clinici. A tal fine, ne discende la programmazione di livelli di integrazione di ambiti di attività quali la centralizzazione degli allestimenti citologici ed istologici.

Nel 2018 e negli anni a seguire proseguiranno i lavori volti al completamento della centralizzazione, presso il Laboratorio centralizzato AVEC – sezione di Citodiagnostica, delle attività di Anatomia Patologica e presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara della determinazione HPV, quale test primario nell'ambito dei percorsi di prevenzione del carcinoma cervicale. In tale contesto, il servizio di Anatomia Patologica sarà altresì impegnato nei lavori di armonizzazione dei programmi gestionali e nelle procedure dello screening, nonché ai lavori di disamina finalizzati alla unificazione di eventuali ulteriori linee produttive.

Nell'ambito dei programmi di sinergie organizzative/funzionali si inquadra inoltre l'unificazione gestionale dell'attività di Genetica in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Bologna e l'unificazione dell'attività laboratoristica.

In ambito radiologico l'Azienda prosegue nei rapporti di collaborazione con l'AUSL di Bologna avviato con riferimento all'attività di valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica mediante teleconsulto/consulenza e all'attività di collaborazione per la lettura e refertazione delle mammografie in screening.

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

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

I principali interventi previsti in tale area vengono di seguito dettagliati.

Attuazione delle azioni idonee a consentire l'adeguamento dei sistemi software aziendali connessi alla gestione della ricetta dematerializzata

L'adempimento al D.Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni è ormai in fase di messa a regime. Entro la fine del 2018, come da indicazioni regionali, si dovrà concludere l'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata. In particolare occorre sensibilizzare i prescrittori e il personale amministrativo di supporto verso l'utilizzo dello strumento per la corretta presa in carico ed erogazione delle prestazioni. L'Azienda tenderà ad orientarsi sempre più verso una completa

dematerializzazione del percorso di prenotazione, erogazione e pagamento ticket delle prestazioni sanitarie, superando gradualmente la richiesta all'assistito di documentazione cartacea.

Cartella SOLE

Premesso che ad aprile 2017 la Regione Emilia-Romagna ha siglato con le organizzazioni sindacali della medicina generale un'intesa per l'adozione del software di gestione della Cartella SOLE, l'Azienda si impegna a promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE con il pieno supporto della società CUP2000, sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati e affiancamento. La diffusione della Cartella SOLE su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario che impegnerà diverse strutture dell'AUSL di Imola, chiamata ad agevolare il percorso fornendo il supporto necessario e collaborando con i servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie Sanitarie e Socio-sanitarie). Particolare impegno è richiesto al Dipartimento Cure Primarie che dovrà contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i MMG e i rispettivi Nuclei di Cure Primarie.

Fascicolo Sanitario Elettronico

In ottemperanza alle indicazioni regionali l'Azienda è impegnata nell'incremento delle funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale unico strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, il pagamento e la prenotazione telematica.

Alla luce delle disposizioni del Decreto 4 agosto 2017 "Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221" dovranno essere adeguati tutti i sistemi aziendali all'invio dei documenti clinici individuati come nucleo minimo e quelli integrativi ritenuti strategici dalla Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda si impegna, pertanto, ad adattare i propri software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come il cambio/revoca MMG/PLS, l'offerta prenotazioni on line e il pagamento on line. Le agende di prenotazione online dovranno essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali, garantendo così al cittadino la possibilità di utilizzare in pieno le funzionalità offerte dai diversi canali multimediali (APP, CUPWEB, FSE, ecc.).

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area gestione risorse umane (GRU)

L'Azienda a partire dal 2017 è stata impegnata nella progressiva implementazione del software gestionale regionale per la Gestione delle Risorse Umane (GRU). L'ulteriore sviluppo prevede l'implementazione di reportistica direzionale utile all'attività di monitoraggio gestionale, nonché l'attivazione del Modulo per la valutazione del personale, secondo i tempi previsti dal progetto esecutivo regionale.

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)

La programmazione regionale, di cui alla nota in atti prot. 39375 del 29.12.2017, prevede l'avvio per l'AUSL di Imola del software unico regionale dell'Area Amministrativo Contabile all'1.1.2019 (contabilità generale, contabilità analitica, magazzini, inventari, ciclo passivo, ciclo attivo) unitamente alle Aziende di Area

Metropolitana e di Area Vasta Centrale. In vista di tale passaggio, costituisce obiettivo per il 2018 la programmazione e l'attuazione delle attività istruttorie aziendali idonee a consentire il passaggio verso il nuovo applicativo e la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali per l'architettura e allineamento al nuovo impianto regionale. L'Azienda sarà pertanto impegnata a:

- assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC;
- assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- assicurare la partecipazione di altri collaboratori a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.

In sede di impianto e avvio della nuova piattaforma, l'Azienda si impegna a garantire il presidio dei processi amministrativo-contabili in termini di qualità, coerenza del sistema e confrontabilità dei dati.

[Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche \(DSM-DP\)](#)

Nel corso del 2018 sarà avviata la procedura ad evidenza pubblica per l'acquisizione di un software unico regionale per la gestione informatizzata del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche.

L'Azienda garantirà la partecipazione alle attività richieste dalla DPG/2017/12828 del 28/07/2017 con oggetto "Costituzione di un gruppo per la costruzione della cartella clinica unica regionale informatizzata dei dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche delle aziende USL della regione Emilia-Romagna" e si candiderà quale centro sperimentatore a partire dal 2019.

[Software unico dei comitati etici](#)

Nel corso del 2018 le Aziende Sanitarie dovranno utilizzare la piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati etici della Regione Emilia-Romagna.

[Software unico per sistema trasfusionale](#)

Nel corso del 2018 l'AUSL di Imola proseguirà nell'implementazione, secondo quanto definito nel progetto esecutivo, della piattaforma applicativa software per la gestione dei sistemi trasfusionali della Regione Emilia-Romagna.

[Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali \(SIUSS nazionale\)](#)

Il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali con decreto legislativo n. 147/2017 ha istituito il nuovo Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS). Il SIUSS sarà articolato in cinque moduli:

- 1) Banca dati delle prestazioni sociali;
- 2) Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate;
- 3) Sistema informativo dell'ISEE;
- 4) Banca dati dei servizi attivati;
- 5) Banca dati delle professioni e degli operatori sociali.

Nel corso del 2018 si prevede di predisporre indicazioni regionali, in raccordo con le linee guida del MLPS ed INPS, per l'avvio e la stabilizzazione della Banca dati delle prestazioni sociali e delle valutazioni e progettazioni personalizzate (riferimento disciplina di cui al Decreto n. 206/2014 Attuazione Casellario dell'assistenza – INPS). In particolare, sarà data priorità alla documentazione tecnica per l'avvio e la stabilizzazione della Banca Dati INPS relativa alle persone non autosufficienti (modulo PS-PSA-SINA), i cui adempimenti sono in capo all'ASP di Imola e all'AUSL di Imola.

Nello specifico le Aziende sanitarie (o altri Enti erogatori di prestazioni socio-sanitarie rivolte a persone non autosufficienti) dovranno trasmettere ad INPS le prestazioni erogate alle persone con disabilità e non autosufficienti e le rispettive valutazioni (SINA), secondo quanto previsto dal decreto Interministeriale di finanziamento del FNA e dal Decreto "Dopo di Noi".

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero

Al fine di consentire la digitalizzazione del processo organizzativo-gestionale che si origina con la produzione dei certificati di malattia, l'Azienda mantiene l'impegno a garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di Pronto Soccorso e Ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 18 aprile 2012.

Obiettivo di mandato 2.6 - Adempimenti nei flussi informativi

L'AUSL di Imola garantisce la raccolta dei dati e l'invio dei flussi informativi sia verso il livello nazionale, quale adempimenti correlati alla verifica della corretta erogazione dei LEA, sia verso il livello regionale, nel rispetto delle tempistiche definite per il quale registra un ottima performance in ordine alla tempestività della trasmissione dei dati. Al fine di consolidare i sistemi informativi, l'AUSL di Imola si pone fra gli obiettivi del triennio l'attuazione di interventi volti al miglioramento della qualità dei dati nei flussi informativi, attraverso la messa in campo di sinergie organizzative e il potenziamento degli strumenti di business intelligence.

In particolare, azioni specifiche degli ultimi anni riguardano il miglioramento della qualità dei dati relativamente ai flussi regionali ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), SIRCO (Sistema Informativo regionale Ospedali di Comunità), DI.ME (Dispositivi medici) e lo sviluppo del Sistema informativo dei servizi resi dalle Case della Salute, in raccordo con l'anagrafe delle strutture.

Costituisce inoltre impegno dell'Azienda l'attuazione e la verifica del profilo qualitativi degli strumenti di analisi implementati dalla Regione a partire dalla programmazione 2018 in tema di spesa farmaceutica.

In riferimento al Sistema informativo contabile (GAAC), l'AUSL di Imola, tenendo conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, intende contribuire al miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei dati amministrativo – contabili. A tal fine, l'Azienda ha strutturato un nucleo di Project Management ed un team di lavoro, volto al presidio delle fasi di passaggio al nuovo sistema nonché all'implementazione della nuova piattaforma, in aderenza agli indirizzi del gruppo di coordinamento regionale. L'Azienda continuerà inoltre a garantire, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso l'alimentazione della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali in tutte le sessioni previste e nel rispetto delle scadenze prestabilite.

Nel 2017 è stato implementato un sistema di reportistica (INSIDER e REPORTISTICA DINAMICA) che ha migliorato il sistema di monitoraggio dell'assistenza sanitaria. In parallelo sono stati avviati i processi di miglioramento della qualità dei flussi (tempestività e correzioni) che hanno evidenziato la necessità di avviare un differente approccio che ha permesso una migliore sovrapposizione (rappresentatività) degli archivi regionali a quelli aziendali. In parallelo, per soddisfare il progetto di interconnessione sviluppato dal Ministero della Sanità, le Aziende dovranno impegnarsi nel raggiungere l'assoluta affidabilità dei sistemi di riconoscimento dei soggetti che hanno ricevuto le prestazioni. I progetti in cui l'AUSL di Imola è chiamata a partecipare sono di seguito riportati.

Interconnessione dei flussi informativi

A partire dal 2017 a livello nazionale, tramite il Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), è stato avviato un progetto di interconnessione delle banche dati in relazione al singolo soggetto che ha ricevuto la prestazione sanitaria. Il sistema di interconnessione, pertanto, si basa sull'identificazione del paziente.

L'Azienda è chiamata a partecipare al progetto garantendo: il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente (CODICE FISCALE, ENI, STP, TEAM), la soddisfazione delle azioni richieste da NSIS e l'adeguamento dei tracciati record dei flussi interessati (ADI, FAR, SIDER e Cure palliative).

Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata

Con l'obiettivo di adottare strumenti tipici del controllo di gestione per la rendicontazione economica integrata delle forme di assistenza sanitaria e sociale è richiesto all'Azienda di soddisfare gli adempimenti LEA C.14, C.15 e l'impegno nell'inviare nei tempi previsti i flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.

Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera

Nell'ambito dello sviluppo di strumenti che permettano il governo regionale, con l'obiettivo di ampliare il patrimonio informativo, la Regione richiede alle Aziende Sanitarie di effettuare e trasmettere il censimento dei punti di erogazione e degli applicativi utilizzati per la gestione ed erogazione dell'attività (mappatura flussi informativi). Nel corso dell'anno 2018 è previsto l'avvio della progettazione del nuovo flusso ASA che permetterà di migrare dal flusso tradizionale a quello dematerializzato oltre ad includere anche l'attività erogata a favore dei pazienti ospedalizzati. Per soddisfare il traguardo di integrazione, le Aziende provvederanno a trasmettere i flussi dei registri operatori (sperimentalmente per una classe di interventi) e dell'attività radiologica (programmato ed eseguito).

Rilevazione tempi di attesa

Nell'ambito delle attività richieste alle Aziende dalla DGR 272/2017 l'AUSL di Imola garantirà il costante monitoraggio dei tempi di attesa (prospettici) dei ricoveri programmati, attraverso l'implementazione dei sistemi SIGLA 2.0. Nel 2018 come ogni Azienda si dovrà soddisfare l'indicatore di completezza ovvero: presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore (Target: 95%).

2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza

I valori di legalità e correttezza del rispetto delle regole devono costituire per la pubblica amministrazione e per i suoi dipendenti un modo d'essere ed un elemento caratterizzante. L'AUSL di Imola, in coerenza con quanto dettato dal legislatore nazionale con la Legge 190/2012 e il D.Lgs 33/2013, riconosce alla legalità e alla trasparenza valore fondamentale del suo agire. La legalità e la lotta alla corruzione non deve, pertanto, essere vissuta come un aspetto limitato ad obiettivi annuali di performance, ma è un sistema di indirizzi, di cultura, di etica e di azioni che coinvolge tutta l'attività dell'Azienda.

Con la Legge regionale 9/2017, da ultimo, sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale. A questo fine l'Azienda è obiettivo primario dell'Azienda provvedere a garantire la piena applicazione di quanto previsto da tale norma, in coerenza anche con quanto stabilito dalle ulteriori disposizioni che nel tempo verranno emanate a livello nazionale. In particolare, tenuto conto dell'approvazione con DGR 96 del 29/01/2018 dello schema-tipo di codice di comportamento, l'Azienda ha adottato e diffuso il nuovo codice di comportamento, garantendo un adeguato coinvolgimento a livello locale degli stakeholders. Gli obiettivi che si intendono perseguire nel triennio 2018-2020 vengono di seguito descritti.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPCT)

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della trasparenza, di cui alla Legge 190/2012 approvato, per il triennio 2018-2020 con Delibera n. 8 del 23.1.2018, è lo strumento attraverso il quale, l'AUSL di Imola, darà concreta operatività alle azioni di prevenzione e contrasto a fenomeni di corruzione ed illegalità e più ampiamente di tutela della buona amministrazione. A tal fine, le misure previste dal PTPC verranno allocate e declinate fra gli obiettivi di performance organizzativa ed in particolare di performance individuale dei Direttori di Unità Operativa e della dirigenza aziendale.

“Integrità e Trasparenza”

Obiettivo primario e strategico dell'Azienda è il mantenimento del livello di “Performance” in materia di trasparenza raggiunto, proseguendo nell'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme, in relazione ai diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento. Gli obiettivi funzionali conseguenti che l'Azienda si pone, come declinati nel Piano, riguardano: l'identificazione e/o la conferma dei Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni; la ridefinizione/denominazione del singolo obbligo; il contenuto ed i tempi di aggiornamento di pubblicazione da realizzare, così come previsti dal D.Lgs. n. 97/2016 che ha sostanzialmente modificato il precedente D.Lgs. 33/2013, sia sotto il profilo soggettivo, sia sotto il profilo dell'oggetto della pubblicazione e delle indicazioni fornite dall'ANAC con la delibera n. 1310 del 28.12.2016.

Per il 2018 e gli anni a seguire, fatte salve autoverifiche periodiche da parte dei Responsabili della pubblicazione o eventuali verifiche straordinarie disposte dall'ANAC, la verifica del RPCT (con il supporto dell'U.O. Tecnologie Informatiche e di rete per la parte dei formati) sul rispetto della tempistica di realizzazione di ciascun obbligo di pubblicazione precisamente individuato, verrà effettuata ogni anno alla data del 31 ottobre. Sotto l'aspetto organizzativo, per favorire e supportare a livello aziendale il processo di

attuazione degli adempimenti, assicurando altresì il coordinamento tra tutti gli “attori” del sistema (Responsabili della pubblicazione e della produzione dei dati, operatori incaricati della pubblicazione, RPCT, Direttore Unità Operativa tecnologie Informatiche e di rete, Responsabile Comunicazione/Informazione), continuerà ad operare il “Gruppo di lavoro aziendale”, coordinato dal RPCT, quale momento di confronto e di approfondimento su contenuti/modalità degli obblighi di pubblicazione.

Codice Comportamentale

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

In seguito al lavoro svolto dal tavolo tecnico del progetto regionale con DGR n. 96 del 29.1.2018 è stato approvato lo Schema tipo di Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Codice che è stato recepito a livello aziendale con delibera n. 112 del 25.5.2018. A seguire l’Azienda è impegnata nella diffusione e radicamento, tra il personale, dei principi in esso contenuti.

Con il Budget annuale verranno tradotte a livello operativo le indicazioni riportate nel PTPCT - consultabili sul sito internet dell’AUSL di Imola alla voce “Amministrazione trasparente” - declinando le azioni contenute nel Piano, in obiettivi di performance per le strutture aziendali e i dirigenti, tramite l’individuazione di precisi ambiti di responsabilità collegati alla valutazione organizzativa ed individuale.

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

- all’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza secondo quanto definito in termini di processi ed attività nei Piani di riferimento;
- alla misurazione dell’effettivo grado di attuazione dei medesimi e del rispetto dei tempi;
- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

3. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

3.1 Area della ricerca e della didattica

“Per sostenere un processo di cambiamento professionale occorre pensare alla formazione come a un percorso complesso, in cui intervengono dimensioni organizzative e culturali che fondano e danno senso allo sviluppo di una prospettiva professionale. La formazione continua si rivolge al professionista con l'obiettivo di modificare il livello del suo contributo alla performance organizzativa come effetto dello sviluppo di conoscenze, capacità e consapevolezza personali. Il focus sono le persone, non considerate singolarmente ma come insieme delle risorse umane e dei rapporti che instaurano tra di loro, con il sistema lavoro e con il sistema dei risultati ai quali tendono” (ASSR).

In linea con questa concezione, in ambito di formazione, continua lo sviluppo dei percorsi avviati negli anni precedenti relativi alla progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione.

L'adozione del Dossier Formativo in tutti i Dipartimenti Aziendali, entrata a regime e in via sperimentale su alcune posizioni in integrazione con il sistema di valutazione della performance a livello individuale, permette di presidiare e formalizzare tutte le fasi del processo (programmazione, realizzazione, valutazione) anche a livello di unità operativa o di equipe di lavoro e di valutare le implicazioni sul singolo professionista.

Cruciali nel percorso avviato sono il coinvolgimento e il mantenimento della stretta collaborazione in modo strutturato con i Referenti della Formazione di Dipartimento per l'analisi dei dati di attività di interesse specifico, per il monitoraggio del grado di realizzazione degli eventi formativi sul programmato e sulla valutazione di ricaduta. In continuità con quanto consolidato negli anni, lo strumento di governo e programmazione della formazione aziendale è il PAF, per il quale si riportano le principali linee di indirizzo per il triennio 2018-2020.

Integrazione nelle sue molteplici forme

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

Piano regionale della prevenzione 2018-2020

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

Accreditamento

Costante mantenimento dell'attenzione verso le metodologie di lavoro sottese dal modello e sostenere la Direzione Aziendale e i Dipartimenti nelle visite di rinnovo dell'Accreditamento istituzionale. Si rimanda per

un approfondimento all'Obiettivo di mandato 1.7 - Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico (Accreditamento).

Rischio clinico nella sua duplice valenza

- a) verso gli assistiti per diffondere tra i professionisti le buone pratiche, per documentare in modo puntuale le cure erogate, per sostenere le attività ed i comportamenti tesi a sviluppare una cultura orientata alle cure sicure;
- b) verso gli operatori per garantire formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008; sostenere il benessere organizzativo e tutelare nel senso più ampio del termine l'operatore all'interno del contesto lavorativo aziendale.

Governo clinico

L'AUSL di Imola intende implementare l'utilizzo dell'Audit quale strumento per verificare i processi attivati e particolare attenzione all'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci.

Piano Sociale Sanitario 2017-2019

Particolare attenzione verrà altresì garantita per la realizzazione delle iniziative formative previste a supporto degli obiettivi del Piano Sociale Sanitario 2017-2019.

Gestione risorse umane

L'Azienda intende promuovere iniziative e percorsi rivolti al sostegno dei ruoli gestionali, in un contesto organizzativo mutato, per lo sviluppo di competenze necessarie per supportare i gruppi di riferimento attraverso il mantenimento di un clima organizzativo positivo.

Dal 1 gennaio 2017 l'AUSL di Imola ha adottato l'applicativo regionale WHR-Time – GRU per la gestione di tutti i dati relativi alla formazione e per questo l'AUSL di Imola continuerà a garantire collaborazione e partecipazione al gruppo di lavoro regionale e a CUP 2000 per il consolidamento, sviluppo e implementazione di questo strumento informativo.

La progettazione di pacchetti di formazione in e-learning può rappresentare una innovazione sul versante dell'offerta formativa dedicata ai professionisti del Servizio sanitario regionale e pertanto sarà garantita la partecipazione al tavolo regionale "E-llaber" che si occupa della programmazione, progettazione e sviluppo di tali eventi formativi.

Università e Ricerca

Si mantiene stabile e proficua la collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna per quello che riguarda i quattro corsi di studio di 1° livello delle professioni sanitarie (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro), il Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni sanitarie della prevenzione e il corso di Alta Formazione in Assistenza Infermieristica in Endoscopia digestiva per i quali l'Azienda mette a disposizione proprio personale qualificato per le attività di coordinamento, didattica e tutorato clinico.

Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali e dei modificati assetti organizzativi aziendali, l'attività formativa continuerà a garantire la collaborazione con i medici in formazione specialistica, anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti da diverse Scuole di Specializzazione (nel 2017 n. 46 specializzandi). In ambito di specializzazione si evidenzia, altresì, l'impegno

del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche nella formazione degli Psicologi (nel 2017 n. 28 Psicologi).

Nei limiti della propria missione istituzionale l'Azienda garantisce la collaborazione, per quanto riguarda l'attività di ricerca e innovazione, con altri soggetti del sistema, ai progetti di ricerca e di innovazione clinico-organizzativa programmati e finanziati dalla Regione Emilia-Romagna e dall'Università, al fine di garantire i necessari livelli di integrazione tra assistenza, formazione e innovazione scientifica.

Per quanto riguarda la gestione e il monitoraggio delle attività di ricerca, l'Azienda garantirà l'implementazione a livello aziendale della nuova piattaforma applicativa software per la gestione informatizzata dei progetti di ricerca (SIRER).

3.2 Area dello sviluppo organizzativo

Obiettivo di mandato 2.7 - Valorizzazione del capitale umano

Negli ultimi anni diversi sono stati gli interventi del legislatore in materia di riordino della Pubblica Amministrazione. Interventi che si caratterizzano per il deciso impulso nel ripensare il rapporto di pubblico impiego ed in particolare il ruolo della dirigenza pubblica, al fine di una migliore ed efficiente organizzazione del lavoro pubblico, sempre più rivolta ad assicurare qualità dei servizi erogati ai cittadini, una maggiore trasparenza ed integrità dell'agire pubblico, nonché definire un sistema basato sulla meritocrazia degli incarichi pubblici, creando anche all'interno delle Pubbliche Amministrazioni una pressione competitiva, in modo da incentivare l'efficienza e la produttività del lavoro.

Negli ultimi anni, in linea con tali indirizzi, l'AUSL di Imola ha provveduto a rivisitare le procedure aziendali di valutazione della dirigenza in essere, adeguando il proprio sistema ai nuovi principi normativi, avviando un percorso rivolto all'introduzione di nuove modalità di valutazione della performance individuale del personale dirigente, che è entrato a regime a partire dall'anno 2016.

Percorso avviato nella consapevolezza che sempre più all'interno delle aziende sanitarie sono necessari nuovi strumenti di management, capaci di apprezzare i vari livelli di performance dei dirigenti, ma anche capaci di agire sul clima e la cultura organizzativa, sullo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di relazioni interne ed esterne verso i partner e gli stakeholder sociali, nonché, in particolare, per quanto riguarda la gestione delle risorse umane, andare oltre alle tradizionali politiche retributive e di carriera, ponendo maggiore attenzione al miglioramento della qualità del lavoro, fornire nuove opportunità di sviluppo professionale, investire su relazioni interne più salde e capaci di produrre significati e valori condivisi.

L'obiettivo del nuovo sistema, pertanto, va oltre al puro adempimento dell'applicazione delle procedure vincolate ai risultati gestionali, ma è rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale la cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza dover aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

Ma ancor di più si pone il problema di quali siano i valori professionali di riferimento a cui orientarsi per stabilire la bussola del proprio agire. In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione, basata su un commitment interno e sulla valorizzazione del lavoro individuale, può rappresentare un'alternativa rispetto all'introduzione di mere logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando un diverso senso e dignità al lavoro.

E' necessario, infatti, oggi, che le persone che operano nei servizi pubblici, oltre che competenti, siano motivate e abbiano consapevolezza della centralità del loro ruolo. Occorre che recuperino la rilevanza della loro missione, ne colgano i valori e il senso profondo. Il lavoro rappresenta la risorsa fondamentale per le organizzazioni che producono servizi pubblici.

La sfida cui si pone di fronte l'AUSL di Imola è quella della creazione di un nuovo modello di gestione delle risorse umane maggiormente orientato sulle capacità individuali, capace di andare oltre ai tradizionali meccanismi burocratici-amministrativi, per entrare maggiormente nello sviluppo dei saperi, delle conoscenze e delle qualità personali.

Partendo da questa consapevolezza l'AUSL di Imola, anche per il futuro, intende investire sul proprio personale e sulla crescita di una nuova cultura organizzativa interna. La natura del cambiamento prospettato richiederà investimenti sulla motivazione intrinseca dei lavoratori, sul legame tra i lavoratori e l'Azienda e sull'immagine di sé che si trasferisce nell'autostima e nell'efficacia personale.

Aspetti che non riguardano solamente problemi di tecniche e strumenti di gestione, ma anche e soprattutto di clima, di investimenti emotivi, di valori da trasmettere e di codici morali da rispettare.

Il percorso avviato sul fronte della valutazione della performance del personale, oltre che creare strumenti di gestione del personale, deve permettere di generare benessere organizzativo inteso come capacità di ascolto, sviluppo delle relazioni, gestione positiva del cambiamento, crescita, coinvolgimento, riconoscimento del risultato ecc., secondo un nuovo concetto di welfare aziendale.

La promozione e lo sviluppo delle competenze in relazione alle specificità di ognuno, l'assegnazione di precisi obiettivi e responsabilità, attraverso una maggiore partecipazione e condivisione della mission aziendale, la valutazione della performance a livello organizzativo ed individuale dei professionisti, sono ambiti di lavoro ed approfondimento, che l'Azienda intende riconfermare anche per il triennio 2018-2020.

Valutazione della performance, delle competenze e degli incarichi

L'Azienda, alla luce degli indirizzi dettati dall'OIV-SSR si è dotata di un nuovo sistema di valutazione della performance e delle competenze e degli incarichi assegnati al personale, (delibera DG n. 136 del 22.6.2018) volto alla crescita delle competenze professionali, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

I nuovi strumenti, in parte già a regime per quanto riguarda la dirigenza, nel triennio 2018-2020 si estenderanno, secondo la tempistica sotto riportata, anche al personale del comparto con incarico di funzione, permettendo di riorientare i sistemi premianti in ordine ad una più specifica valutazione del contributo individuale al raggiungimento dei obiettivi aziendali e permettere una più appropriata valutazione delle competenze professionali in un'ottica di sviluppo individuale.

Nel triennio di riferimento, l'attività si orienterà sulle seguenti azioni:

- Formalizzazione delle modifiche ed aggiornamenti al regolamento aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze al dettato della delibera OIV-SSR n. 5/2017.
- Ridefinizione ed adeguamento degli strumenti aziendali di valutazione delle competenze tecnico-professionali, relazionali, organizzative e manageriali.
- Applicazione a tutto il personale dirigente e del comparto con incarico di funzione della valutazione annuale delle competenze.
- Attività formativa nei confronti del personale chiamato a svolgere funzioni di valutatore.
- Avvio dell'utilizzo del GRU per quanto riguarda il modulo "valutazione del personale".

Benessere organizzativo

Altro aspetto di fondamentale importanza riguarda il benessere organizzativo e la qualità del lavoro. In continuità con l'esperienza già avviata negli ultimi anni, l'Azienda intende proseguire su questo fronte. Le dimensioni del benessere organizzativo e l'attenzione agli aspetti di sviluppo organizzativo sono elementi essenziali del governo di una realtà complessa come un'azienda sanitaria, dove la componente professionale è determinante.

Molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, la qualità dei servizi erogati e il clima organizzativo aziendale. Puntare sul miglioramento della performance aziendale richiede di attivare strumenti e processi focalizzati su sistemi e meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento e nell'efficienza gestionale.

Partendo dalle esperienze condotte negli ultimi anni l'Azienda intende rafforzare l'intero sistema della gestione delle Risorse Umane. Nell'ambito degli obiettivi regionali rivolti a migliorare la qualità dei luoghi di lavoro, l'AUSL di Imola intende dare ulteriore impulso al progetto denominato "Laboratorio del Benessere Organizzativo" al fine di non disperdere l'esperienza acquisita in questi ultimi anni, rilanciando una nuova progettualità tesa al consolidamento degli strumenti già implementati e strutturare tale funzione a supporto delle singole articolazioni aziendali di linea.

4. Dimensione di performance della sostenibilità

4.1 Area economico-finanziaria

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

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

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

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

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

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie (PAC)

Ai sensi di quanto previsto dalla DGR n. 150/2015, l'Azienda ha posto in essere le Procedure amministrativo-contabili dell'Area Crediti-Ricavi, Debiti-Costi e Disponibilità Liquide secondo le Linee Guide regionali. Ha altresì aggiornato i Regolamenti aziendali aventi incidenza sui processi amministrativo-contabili e partecipato ai lavori che hanno portato alla definizione e adozione di Procedure interaziendali di Area Metropolitana.

Il Collegio Sindacale ha operato nel corso del 2017 le Revisioni Limitate come previsto dalle indicazioni regionali.

L'Azienda è impegnata a garantire il presidio dei percorsi amministrativo contabili secondo le Procedure adottate nonché a sviluppare il Progetto di Audit in relazione al quale ha approvato con deliberazione n. 189 del 25.9.2017 la partecipazione dell'Azienda all'AUDIT di Area Metropolitana che, tramite specifico gruppo di lavoro multidisciplinare e sovraziendale, si pone l'obiettivo di garantire un approccio organico nella valutazione dei processi amministrativo contabili e di attivare il relativo percorso di Audit.

Obiettivo di mandato 2.5 – Governo delle risorse umane

Il governo delle risorse umane richiede oggi più che mai lo sviluppo di nuovi percorsi organizzativi che mirino a creare un diverso approccio nella gestione del capitale professionale. In linea con la normativa vigente l'Azienda attiverà politiche del personale coerenti con i programmi di innovazione e qualificazione del sistema sanitario regionale. In tale ambito si descrivono di seguito le principali azioni che l'Azienda intende assicurare.

Copertura dei fabbisogni di personale

La copertura dei fabbisogni di personale sarà condizionata dalla predisposizione del Piano Triennale del fabbisogno di Personale, con la definizione sia dei contingenti da reclutare rispetto alle cessazioni e al turn over del personale dedicato all'assistenza, sia della previsione di costo complessivo delle risorse umane. La copertura di incarichi di Strutture, dovranno essere coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015 e recepiti dalla DGR 2040/2016. Al riguardo si fa espresso rinvio al Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale che sarà redatto ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. 30.3.2001 n. 165, come modificato dal D. Lgs. 25.5.2017 n. 75.

Azioni in favore dell'occupazione

Saranno programmate e realizzate azioni in favore dell'occupazione per dare esecuzione alle disposizioni normative in materia di stabilizzazione del personale precario e agli Accordi sindacali e si dovranno caratterizzare per la volontà di investire progettualità e risorse verso processi di stabilizzazione del personale, attualmente inquadrato sia a tempo determinato che con contratti "atipici". La progressione delle suddette politiche di stabilizzazione, dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata; l'eventuale attivazione di tali contratti dovrà, in ogni caso, essere disposta in coerenza con la normativa vigente.

Procedure di reclutamento

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure concorsuali, l'AUSL di Imola sarà orientata verso procedure concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato a livello di area vasta.

Integrazione a livello sovraaziendale

L'Azienda manterrà l'impegno, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. In tale contesto assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria il 19 settembre 2016 "Accordo in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario" e successivi Verbali di incontro.

A tal fine si riconferma l'impegno nel garantire la prosecuzione delle attività di implementazione dei progetti denominati "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), e del sistema unitario per la "Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile" (GAAC), per rispettare le scadenze pianificate e il cronoprogramma di avanzamento dei lavori. L'elevato grado di complessità dei progetti richiede un alto livello di attenzione e la puntuale collaborazione da parte del personale durante tutte le fasi

di implementazione del Sistema. Rispetto alle potenzialità offerte dallo sviluppo del suddetto Progetto GRU, obiettivo prioritario sarà garantire il pieno utilizzo degli strumenti messi a disposizione dal portale, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale.

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale.

Attraverso l'istituzione del SUMAP si vuole garantire omogeneità alle modalità di gestione del personale a livello provinciale. Attraverso incontri periodici a livello regionale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, inoltre, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Valutazione del personale

Nel corso del 2018 l'Azienda darà avvio al percorso di completo sviluppo dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale al "modello a tendere" condiviso con l'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e con un pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). Con delibera n. 136 del 22.6.2018 l'Azienda, infatti, ha adottato un nuovo regolamento per la valutazione integrata della performance e delle competenze e degli incarichi assegnati al personale, con allegato un cronoprogramma di messa a regime del nuovo sistema di valutazione, così come indicato dall'OIV-SSR n. 5/2017.

Relazioni con le Organizzazioni Sindacali

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali devono restare improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali. Resta altresì prioritario, in sede di confronto con le OO.SS., lo svolgimento di un'analisi puntuale riguardo gli istituti a sostegno dello sviluppo e della valorizzazione professionale, nonché sulla possibile ridefinizione del sistema indennitario previsto dal contratto collettivo del comparto e dagli atti di indirizzo della dirigenza.

4.2 Area degli investimenti

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

Per quanto riguarda la razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio, gli investimenti strutturali ed impiantistici saranno orientati prioritariamente sugli ospedali e sulle Case della salute.

Nel rispetto delle linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna si è proceduto nel rispetto delle tempistiche nella predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum (ex art. 20 L. 67/88) e nella comunicazione entro 18 mesi dal Decreto di ammissione a finanziamento all'aggiudicazione degli interventi. Per quanto riguarda le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati si procederà alla trasmissione delle richieste di liquidazione nei tempi previsti dalla Regione.

In particolare verranno effettuati gli interventi di seguito descritti e previsti dal piano investimenti del triennio 2018/2020.

Programma investimenti straordinari in Sanità (ex art. 20 Legge 67/88 – 2° stralcio - IV fase)

- Nel 2015 è iniziato il 1° stralcio dell'intervento di "Manutenzione straordinaria per reparto di geriatria e lungodegenza Ospedale di Imola" (Intervento AP 47) che prevedeva di intervenire su una superficie complessiva di 3.000 mq. L'intervento, completato ad agosto 2017, è stato realizzato in 2 stralci funzionali per un importo complessivo di € 3.106.135,39. Nel corso del 2018 le opere saranno collaudate.
- Ad ottobre 2017 è stata ottenuta l'ammissione al finanziamento degli "Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola" - Intervento APb.20 – addendum, per complessivi 900.000 euro, che prevede l'acquisto di attrezzature per le sale operatorie dell'Ospedale di Imola e i lavori per l'adeguamento antincendio (in ottemperanza alla scadenza prevista dalla normativa antincendio per l'adeguamento delle strutture sanitarie) per l'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme per un importo quota parte per i fabbricati di € 500.000. Le attrezzature sanitarie ed i lavori sono stati aggiudicati entro maggio 2018 (la Dichiarazione di aggiudicazione/affidamento è del 15/06/2018 PG. 19522), gli interventi saranno completati entro il 2019.
- A seguito della progettazione (della quale una parte pari a € 2.783,70 è stata affidata a studi tecnici esterni) e della conseguente domanda di sostegno inoltrata ad aprile 2017 per l'Operazione 7.4.01 "Strutture Polifunzionali socio-assistenziali per la popolazione", a settembre 2017 è stato concesso il finanziamento per la "Realizzazione della Casa della Salute piccola della Vallata del Santerno" per un quadro economico di € 326.000,00. A novembre 2017 è stata avviata la procedura di gara, a marzo 2018 sono iniziati i lavori che si concluderanno nell'anno in corso.

Programma regionale investimenti in sanità

A seguito del completamento della progettazione preliminare e definitiva dell'"Ampliamento dell'Ospedale di Imola - Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative" (Intervento P.3) sono in fase di completamento le verifiche preliminari archeologiche e belliche nell'area oggetto di intervento.

L'importo previsto per l'Ampliamento dell'ospedale, da quadro economico, è di € 7.000.000 finanziati per € 3.500.000 dalla Regione e per € 3.500.000 con la permuta dell'immobile del Silvio Alvisi. Per quanto riguarda la valorizzazione di quest'ultimo immobile, a dicembre 2017 il Comune di Imola ha adottato il Piano Operativo Comunale 2017-2022, ad aprile 2018 è stato firmato l'accordo ex art. 18 LR 20/2000 e l'iter si concluderà con l'approvazione dello strumento urbanistico. Nel 2018 si procederà con la redazione del progetto esecutivo e successivamente all'ammissione al finanziamento si procederà con la gara per l'affidamento dei lavori.

Interventi da realizzare con mutuo

A settembre 2017 è stata aggiudicata la gara di appalto per l'intervento di "Adeguamento Data-Center" dell'AUSL di Imola avente un importo complessivo di € 400.000. I lavori si concluderanno entro il 2018.

Interventi da realizzare con donazioni e contributi da altri soggetti

E' in corso di progettazione l'intervento "Realizzazione del nuovo punto prelievi presso la Casa della salute di Medicina", avente un importo complessivo di € 120.000. Si prevede l'inizio lavori entro il 2018. L'intervento sarà finanziato dal Comune di Medicina.

Prevenzione sismica

Per le azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici delle Aziende sanitarie definiti strategici dalla normativa in materia di prevenzione sismica si attueranno gli adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica.

Manutenzione

Per il monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili delle Aziende sanitarie ed in particolare l'adesione al progetto AGENAS "Monitoraggio manutenzione ordinaria" saranno attuati gli adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria.

Uso razionale dell'energia

Si prevede di adottare misure volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017. Saranno effettuati i monitoraggi delle azioni in materia di uso razionale dell'energia, gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile mediante il sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile).

In particolare saranno fornite dall'Energy manager, delle Aziende sanitarie dell'Area metropolitana, le informazioni richieste (nel formato elaborato e condiviso nel tavolo regionale del gruppo energia) e tutti i dati necessari al monitoraggio dei fabbisogni energetici delle strutture Aziendali. L'Energy Manager, inoltre, parteciperà attivamente ai lavori del gruppo regionale energia.

In sintonia con le disposizioni regionali, l'AUSL di Imola, proseguirà con le azioni manutentive degli impianti e degli immobili, per un uso più razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale, tra le quali:

- monitoraggio e manutenzione dei sistemi di rifasamento nelle cabine elettriche degli immobili aziendali, con obiettivo che il fattore di potenza sia superiore a 0,95 (Cos fi) per ridurre le perdite di rete per effetto joule sui cavi di trasporto di energia elettrica;

- monitoraggio delle azioni di efficientamento energetico fissate con HERA in sede di convenzione di Teleriscaldamento, in corso di attuazione presso L'Ospedale di Imola, allo scopo di contenere le dispersioni di calore nei tragitti tecnologici;
- sostituzione delle macchine di raffrescamento giunte a fine vita con macchine a "pompa di calore" aventi COP migliorato;
- adozione standardizzata di soluzioni innovative (sorgenti a led, dimmerizzazione, automazioni, ecc.) nella progettazione e realizzazione dei nuovi interventi di riqualificazione dei reparti, ambulatori e degli spazi comuni. Si prevede di realizzare una illuminazione a led del porticato ex Lolli di Imola e di alcuni spazi a parcheggio dell'Ospedale di Imola.

Si proseguirà la campagna di sensibilizzazione sullo spegnimento (fuori orario di servizio) dei PC aziendali e delle luci ambientali con azioni di informazione e di segnalazioni tramite il progetto "Io spengo lo spreco" oltre alla raccolta periodica dei dati per l'autolettura dei contatori di acqua, gas e il rilievo periodico e sistematico delle temperature di climatizzazione estiva ed invernale monitorando così sia la corretta fatturazione sia la presenza o meno di dispersioni o eccessivi consumi per guasti o cattiva regolazione.

Per quanto riguarda l'acquisto di beni e servizi si aderirà alle Convenzioni "Verdi" di Consip ed Intercent-ER (Energia Elettrica, gas, Multiservizio, ecc.).

Mobilità sostenibile

In seguito alla redazione del Piano di Spostamento Casa-Lavoro, si darà continuità alla Convenzione per l'acquisizione a condizioni economiche agevolate di abbonamenti personali annuali, con TPER (Trasporto Passeggeri Emilia-Romagna), al fine di favorire l'uso da parte dei dipendenti del trasporto pubblico.

Si provvederà alla predisposizione delle schede previste dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale.

Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)

Per il Censimento dei Complessi Immobiliari (CI) delle Aziende sanitarie, la rilevazione degli attributi dei CI come da indicazioni regionali e raccolta delle informazioni necessarie al collegamento dei CI alle anagrafi regionali relative alle prestazioni erogate ed al sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC) si attueranno gli adempimenti previsti dalla raccolta dati attivata con sistema informativo regionale (Complessi Immobiliari e GAAC).

Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale

Gli immobili dell'AUSL di Imola, con nota del Servizio Strutture Tecnologie e Sistemi Informativi della Regione Emilia-Romagna PG 9009 del 20/03/2018, dopo una prima selezione effettuata dall'Agenza del Demanio non risultano nell'elenco degli immobili da conferire al fondo immobiliare, ma si garantirà comunque, secondo format e scadenze prestabilite, le informazioni necessarie ad eventuali ulteriori caratterizzazioni degli immobili che possono essere conferiti al fondo immobiliare. Si garantirà inoltre la collaborazione tecnico amministrativa necessaria per l'avvio e l'espletamento delle procedure tecnico amministrative necessarie per la costituzione del fondo mediante la predisposizione e trasmissione di set informativi secondo le modalità e scadenze prestabilite.

5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

5.1 Gli ambiti di valutazione

Per quanto riguarda la misurazione e la valutazione della performance vengono individuate due dimensioni valutative, concettualmente distinte ma operativamente integrate e che riguardano la Performance Organizzativa e la Performance Individuale.

La [Performance organizzativa a livello complessivo aziendale](#) risulta strettamente collegata alla programmazione triennale formalizzata attraverso il presente Piano della Performance e la rendicontazione annuale viene formalizzata con la Relazione sulla Performance. Tale documento ha lo scopo di rendicontare l'attività di periodo e i risultati raggiunti, secondo, anche la declinazione sull'anno di riferimento, degli obiettivi a livello aziendale complessivo. In questo ambito assumono importanza fondamentale gli [obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale](#) e gli [obiettivi annuali indicati nelle linee di programmazione adottate dalla Regione](#).

Questo livello di performance è rendicontato attraverso gli esiti raggiunti misurati con indicatori di risultato comuni a tutte le Aziende (in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità), così come rappresentati nel Capitolo 6 del presente Piano. Il sistema di misurazione e gestione della performance così delineato, permette, in modo sistemico e strutturato, di utilizzare indicatori effettivamente significativi e quindi necessariamente comuni ai vari livelli, assegnando particolare importanza a quelli sui quali è basata la valutazione del SSR e delle Aziende da parte del livello nazionale.

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

La valutazione della [Performance organizzativa ed individuale del personale](#) è finalizzata ad apprezzare il contributo dato da ogni articolazione aziendale ed individualmente da ogni dirigente e dipendente al raggiungimento dei risultati della gestione complessiva.

Questo livello si traduce nell'AUSL di Imola nella misurazione e valutazione degli obiettivi operativi ed individuali annualmente assegnati.

5.2 Sistema aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze

La misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale interna, a livello aziendale, trova il suo principale riferimento normativo nel "[Regolamento Sistema aziendale di valutazione integrata della performance annuale, delle competenze e degli incarichi al personale](#)", adottato con deliberazione DG n. 2 del 15.1.2016 ed aggiornato ai sensi della delibera OIV-SSR n. 5/2017 nel nuovo testo allegato al presente documento di cui alla Deliberazione DG n. 136 del 22/06/2018 (Allegato 2).

La Valutazione della [Performance organizzativa](#) a livello delle varie articolazioni aziendali, strettamente collegata alla Pianificazione strategica aziendale, viene definita e declinata annualmente, sotto il profilo operativo, in sede di documento di Budget aziendale e concerne:

- a) la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;

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

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

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

Sistema della valutazione degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione assegnati al personale del comparto

Tutto il personale titolare di incarico è anche soggetto a valutazione periodica alla scadenza dell'incarico ricevuto. La valutazione, viene effettuata da parte del diretto superiore gerarchico e si basa sul grado di raggiungimento degli obiettivi di mandato assegnati al dipendente all'atto del conferimento dell'incarico, nonché sull'apprezzamento delle competenze professionali espresse e dei comportamenti organizzativi tenuti, oltre ai risultati di performance annualmente conseguiti.

5.3 Il Ciclo della Performance

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

Il Ciclo della Performance, partendo dagli indirizzi strategici e sulla base degli obiettivi dettati dalla Regione nel documento annuale di indirizzo e finanziamento del SSR, si sviluppa attraverso la definizione ed attribuzione degli obiettivi alle articolazioni aziendali, secondo quanto disciplinato nel "**Regolamento del Sistema di Budget**" (**Allegato 1**) di cui alla Deliberazione DG n. 2 del 15.1.2016 che, secondo un percorso consolidato ed in attuazione degli indirizzi regionali nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC), definisce il percorso di attribuzione e verifica degli obiettivi a tutte le articolazioni aziendali in relazione ai risultati che l'Azienda intende perseguire.

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

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

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

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

Pertanto, il sistema di valutazione della performance nell'AUSL di Imola si inquadra nell'ambito del Ciclo della Performance prevedendo, ad inizio di ogni esercizio, l'assegnazione degli obiettivi annuali da perseguire e dei relativi indicatori di misurazione e target di performance attesi e si conclude con la rendicontazione del grado di raggiungimento degli stessi obiettivi assegnati.

Tale Ciclo è regolamentato nel suo insieme dai citati Regolamenti di Budget e valutazione delle Performance (Allegati 1 e 2).

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

5.4 Interventi a completamento e miglioramento del sistema di valutazione della performance

Tutto il personale dirigente e del comparto titolare di posizione organizzativa è soggetto annualmente a valutazione della performance. Nel corso del 2018 tale dimensione valutativa sarà estesa anche al personale del comparto che svolge funzioni di coordinamento. Rispetto a quanto dettato con la delibera OIV-SSR n. 5/2017, non ci sono particolari interventi correttivi da effettuare dal punto di vista dell'impianto nel suo complesso, se non nella parte relativa alla valutazione delle competenze tecnico-professionali e di carattere organizzativo/relazionale, in ordine alla declinazione degli item e alla scala di valutazione. Rimane da estendere tale tipologia di valutazione al restante personale del comparto.

L'Azienda, pertanto, nel prossimo triennio, oltre a continuare nel lavoro di miglioramento rivolto alla elaborazione delle schede e alla crescita culturale di sistema, si pone l'obiettivo di estendere e consolidare il sistema a tutto il personale del comparto con incarico di funzione.

Attraverso iniziative formative si intende sviluppare le migliori condizioni possibili all'implementazione del nuovo modello nella consapevolezza che l'introduzione di strumenti di valutazione della performance e

meritocratici hanno molto spesso impattato su una realtà che non solo è “culturalmente” impreparata, ma anche “emotivamente” mal predisposta. Il percorso formativo, di conseguenza, deve essere rivolto a costruire i necessari meccanismi operativi, culturali e relazionali a sostegno dell'intero impianto del nuovo sistema della valutazione della performance. Inoltre, dovrà essere garantito un adeguato e costante supporto da parte della competente struttura di staff a garanzia della piena e regolare entrata a regime del sistema di valutazione della performance.

6. INDICATORI DI RISULTATO

A seguito della Delibera n. 3/2016 dell'OIV-SSR sono stati individuati a livello regionale un insieme di indicatori di risultato, comuni a tutte le Aziende, che permette di valutare annualmente il livello di performance organizzativa aziendale raggiunta in riferimento alle Dimensioni/Aree sulle quali, come rappresentato al precedente [Capitolo 2 "Impegni strategici e dimensioni della performance"](#), si articola il Piano della Performance.

Alla luce delle novità emerse a livello nazionale, ovvero l'individuazione di un nuovo set di indicatori del Nuova Sistema di Garanzia, e la definizione di nuove priorità in diversi ambiti dell'assistenza sanitaria a livello regionale, nel 2018 la Regione ha ritenuto utile revisionare tale elenco ed individuare nuovi indicatori tra quelli già presenti sulla piattaforma INSIDER inserendo nuovi ambiti quali: Pronto Soccorso, Assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità, Interruzioni volontarie di gravidanza Assistenza socio-sanitaria.

Per altri ambiti già ampiamente rappresentati, come ad esempio la prevenzione, è stato deciso di inserire ulteriori indicatori su vaccinazioni (MPR, HPV, antinfluenzale per operatori sanitari e meningococco), sicurezza sul lavoro e di inserire ex-novo indicatori sull'attività della sicurezza veterinaria. Altri indicatori sono stati sostituiti in quanto il protocollo di calcolo è stato modificato e aggiornato. Nel caso delle cure palliative, sono stati eliminati due indicatori in quanto non sono stati ritenuti più interessanti da monitorare a livello regionale e perché anche a livello nazionale sono stati proposti nuovi indicatori di monitoraggio.

[InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna](#), piattaforma collegata alle banche dati esistenti, riporta gli indicatori monitorati nel [Piano Performance Aziendale 2018-2020](#).

Di seguito vengono riportati gli indicatori di risultato con il trend atteso per ciascuno nel triennio 2018-2020, partendo dai valori rilevati al 2017. Il trend viene espresso in modo quantitativo/qualitativo in modo da individuare l'evoluzione attesa come effetto delle azioni aziendali, permettendo a consuntivo (nella Relazione della performance) un confronto tra risultati attesi e quanto conseguito.

Ogni singolo indicatore, in base al risultato rilevato nel 2017, è stato classificato nella tabella che segue (colonna codice indicatore), tramite una scala colori la cui legenda viene di seguito rappresentata.

Legenda

	Pessimo
	Scarso
	Medio
	Buono
	Ottimo
	Indicatori di osservazione

UTENTE

Accesso e Domanda

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
212	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	140,28	137,97	139,3	134,48	da 145 a 160 (< 145)		<=Anno 2017		Mantenimento
319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	88,32	94,42	91,68	97,05	da 90 a 95 (> 95)		>=95		
320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	87,77	96,17	97,13	98,31	da 90 a 95 (> 95)		>=Anno 2017		Mantenimento
244	% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	78,92	76,13	68,88	64,41	da 40 a 50 (> 50)		>=Anno 2017		Mantenimento
288	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,76	10,28	9,84	10,22	da 7 a 15 (< 7)		<= 7		
137	% abbandoni dal Pronto Soccorso	4,66	4,45	5,3	4,98					Indicatore di osservazione
105	% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	56,02	55,61	46,04	67,87					Indicatore di osservazione
107	% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	58,11	57,4	52,38	60,96					Indicatore di osservazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
410	Tasso di accessi in PS (*1000 abitanti)	394,85	396,04	381,23	381,94					Indicatore di osservazione
698	Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg		62,42	69,57	77,18					Indicatore di osservazione
699	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg		86,61	95,45	81,04					Indicatore di osservazione
700	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata		72,65	75,24	70,61					Indicatore di osservazione

Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
207	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,84	3,92	4,39	4,14	da 1,8 a 3 (> 3)	=>Anno 2017			Mantenimento
236	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	20,4	31,63	25,75	22,36	da 25 a 30 (< 25)	<=25			
280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni (*1000 abitanti)	217,29	183,56	186,51	194,63	da 200 a 250 (> 250)	da 200 a 250	>= 250		
683	Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti	172,29	136,51	158,83	126,63	da 100 a 141 (< 100)	da 100 a 141	< 100		
686	Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni	308,14	300,57	313,22	417,31	da 309 a 409 (< 309)	< 309			
673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	13,15	10,34	7,17	3,21					Indicatore di osservazione
311	% IVG medica sul totale IVG	12,23	19,16	22,52	29,92					Indicatore di osservazione
542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	39,88	37,96	15,57	31,48					Indicatore di osservazione

ESITI

Gli indicatori di Esito selezionati sono quelli contenuti nel Decreto Ministeriale del 21 Giugno 2016 relativo alla definizione dei piani di rientro per le Aziende Ospedaliere.

Risk Adjustment

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

Confronto

La procedura di risk adjustment è stata applicata a livello di singolo stabilimento di ricovero, pertanto a livello Aziendale e Regionale, vengono riportati esclusivamente i dati non aggiustati (e dunque non associati a soglie di valutazione), rappresentati graficamente con il colore fucsia.

Per ciascun indicatore è stata calcolata la numerosità minima per struttura per poter applicare il modello di risk adjustment ed ottenere un valore statisticamente significativo per l'effetto atteso. L'esito aggiustato è dunque riportato, in forma grafica e tabellare, per le sole strutture con volume di attività superiore alla numerosità minima precedentemente definita. Per gli altri stabilimenti viene riportato, nel solo formato tabellare, il dato non aggiustato.

Per l'[Edizione 2018](#), i valori aggiustati sono stimati moltiplicando il corrispondente valore grezzo, calcolato sui dati regionali, per il rapporto tra valore aggiustato e valore grezzo calcolato sui dati 2016 nell'Edizione PNE 2017 (fattore "k").

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
271	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	58,73	69,39	57,14	80,73		>Anno 2017		Risk Adjustment = 60,33
389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,11	6,47	13,37	9,06		<Anno 2017		Risk Adjustment = 11,69
390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	11,89	16,47	15,51	43,18		>Anno 2017		Risk Adjustment = 14,97
391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	15,56	14,39	13,84	12,68		<Anno 2017		Risk Adjustment = 12,38
393	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	7,19	8,87	12,99	10,66		<Anno 2017		Risk Adjustment = 11,55
395	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	10,88	12,64	9,06	9,99		<Anno 2017		Risk Adjustment = 6,67
398	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	7,58	17,57	10,98	6,11		<Anno 2017		Risk Adjustment = 10,55
400	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	0	0	0	4,74		= Anno 2017		
401	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,44	8	4,17	4,35		<Anno2017		
402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,8	0,88	1,34	0,9		<Anno2017		Risk Adjustment = 1,39

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,7	0,85	0,33	0,98			<Anno 2017	Risk Adjustment = 0,32
441	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	91,28	84,15	90,77	72,80			>= Anno 2017	Risk Adjustment = 92,45
494	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,30	21,03	20,67	18,01			<Anno 2017	Risk Adjustment = 23,09
396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	Il dato dal 2015 al 2017 relativo all'AUSL di Imola non comprende l'attività di chirurgia interaziendale svolta in collaborazione con l'AOSPU di Bologna. Tale casistica, infatti, è stata completamente assegnata all'AOSPU di Bologna. Dall'1.1.2018 tale attività è registrata in capo all'AUSL di Imola.							Indicatore di osservazione
397	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	0	0	100	81,55				Indicatore di osservazione
404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	2	3	3	2				Indicatore di osservazione

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
102	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,31	3,85	0	0	da 2 a 3 (< 2)	=<=Anno 2017			Mantenimento
301	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,26	0,47	0,15	-0,34	da -1,2 a -0,55 (< -1,2)	da -1,2 a -0,55		< -1,2	
302	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,18	0,1	0,21	-0,52	da -1,2 a -0,55 (< -1,2)	da -1,2 a -0,55		< -1,2	
303	Degenza media pre-operatoria	1,25	1,11	0,95	0,73	da -0,85 a 1 (< -0,85)	< -0,85			
409	Volume di accessi in PS	54.023	54.088	51.537	1.891.003					Indicatore di osservazione
411	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	8.766	8.655	9.489	359.943					Indicatore di osservazione
412	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.589	4.457	4.300	256.848					Indicatore di osservazione
413	Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.139	2.111	1.366	38.898					Indicatore di osservazione
414	Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	1.476	1.374	1.222	84.951					Indicatore di osservazione

Produzione-Territorio

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
224	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	20,94	20,49	20,50	20,08	da 19 a 20 (> 20)		>= Anno 2017		Mantenimento
225	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	59,76	63,97	70,17	78,62	da 50 a 60 (> 60)		>= Anno 2017		Mantenimento
310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	39,11	40,06	44,79	49,98					Indicatore di osservazione
661	% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	60,33	59,59	60,64	57,57					Indicatore di osservazione
662	% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	26,72	27,05	32,32	25,47					Indicatore di osservazione
317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	9,18	8,00	7,51	5,45					Indicatore di osservazione
211	Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	21,37	21,13	20,91	20,57	da 10,82 a 14 (> 14)				Indicatore di osservazione
415	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	161.354	157.320	163.369	6.839.955					Indicatore di osservazione
416	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	142.967	146.292	149.674	6.519.422					Indicatore di osservazione
417	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.197.654	1.041.427	1.178.946	46.157.827					Indicatore di osservazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,27	0,25	0,26	0,36					Indicatore di osservazione
669	Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	-	-	100	75					Indicatore di osservazione
670	Durata media di degenza in OSCO	17,70	24,25	19,58	18,94					Indicatore di osservazione
678	Volume di accessi in ADI: alta intensità	35.747	30.688	31.630	427.050					Indicatore di osservazione
679	Volume di accessi in ADI: media intensità	18.056	17.356	21.276	741.659					Indicatore di osservazione
680	Volume di accessi in ADI: bassa intensità	55.124	57.524	83.334	1.672.625					Indicatore di osservazione
681	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	77.432	71.366	86.869	5.964.392					Indicatore di osservazione

Produzione-Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
160	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	43,7	43,9	42,5	49,10	da 50 a 60 (> 60)		da 50 a 60		
161	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	18,5	19	20,10	35,10	da 30 a 35 (> 35)		da 30 a 35		
164	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	65,12	65,62	64,86	75,65	da 60 a 70 (> 70)		>70		
170	% di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate	53,54	47,24	48,82	49,03	da 50 a 60 (> 60)		da 50 a 60		
172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	55,23	53,39	56,14	53,25	da 75 a 90 (> 90)		da 75 a 90		
177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,12	94,07	96,39	94,03	da 95 a 98 (> 98)		>98		
185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,71	8,75	9,36	9,79	da 8 a 9 (> 9)		>= 2017		Mantenimento
408	Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	93,05	92,18	99,09	100	da 90 a 95 (> 95)		>= 2017		Mantenimento

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
125	% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	51,24	49,42	46,94	49,65	da 55 a 60 (> 60)	da 55 a 60		>60	
343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	846,22	910,23	823,16	777,31	Da 700 a 850 (< 700)	< 700			
213	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,36	2,20	1,95	2,17	da 4 a 7 (< 4)	<= Anno 2017			Mantenimento
214	Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	129,82	122,05	31	33,49	da 75 a 90 (< 75)	<= Anno 2017			Mantenimento
216	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,20	0,21	0,22	0,21	da 0,1 a 0,21 (< 0,1)	da 0,1 a 0,21		< 0,1	
210	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	9	7,92	8,69	6,86					Indicatore di osservazione
101	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,92	9,67	10,84	10,06					Indicatore di osservazione
421	% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	9,09	0	0	43,54					Indicatore di osservazione
621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	9,09	7,58	5,36	5,86					Indicatore di osservazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,03	1,78	1,88	3,18					Indicatore di osservazione
333	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	21,03	21,35	21,51	21,04					Indicatore di osservazione
505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	13,86	14,71	13,67	13,68					Indicatore di osservazione
506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	10,42	6,98	10	4,9					Indicatore di osservazione

Anticorruzione-Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,52	100	100	98,75	da 85 a 95 (> 95)	= Anno 2017			Mantenimento
682	% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	-	78,22	79,31	85,59					Indicatore di osservazione

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore RER 2016	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
614	Costo pro capite totale	1.791	1.801,33	1.749,70	=< Media RER			
267	Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	53,22	52,69	52,97	=< Media RER			
616	Costo pro capite assistenza distrettuale	1.058,06	1.072,17	1.044,21	=< Media RER			
615	Costo pro capite assistenza ospedaliera	674,34	671,91	652,52	=< Media RER			

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato atteso 2018	Risultato atteso 2019	Risultato atteso 2020	NOTE
363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	91,97	92,99	92,51	97,48	da 85 a 95 (> 95)	>95			
365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	78,62	78,72	82,58	83,75	da 83 a 84,5 (> 84,5)	da 83 a 84,5		> 84,5	
697	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	172,44	173,88	175,46	164,77	da 155 a 165 (< 155)	=< Media RER			
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-17	-14	-9	-					Indicatore di osservazione

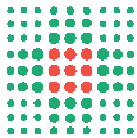
ALLEGATI AL PIANO DELLA PERFORMANCE

1. REGOLAMENTO SISTEMA DI BUDGET

2. REGOLAMENTO SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE INTEGRATA DELLA PERFORMANCE ANNUALE, DELLE COMPETENZE E DEGLI INCARICHI AL PERSONALE

REGOLAMENTO SISTEMA DI BUDGET

Deliberazione aziendale n. 33 del 27 marzo 2015



REGOLAMENTO SISTEMA di BUDGET

1. OBIETTIVO

Il presente documento ha l'obiettivo di definire e regolamentare il sistema di budget quale meccanismo operativo aziendale nell'ambito del processo di programmazione e controllo periodico e sistematico della gestione, in attuazione di quanto indicato nella DGR Emilia Romagna n. 865/2013 con particolare riferimento all'obiettivo A.2 *“Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati”*.

La gestione per budget rappresenta nel suo insieme il piano globale di attività dell'esercizio e costituisce la traduzione operativa, a carattere annuale, dei programmi strategici aziendali e degli indirizzi di programmazione regionale.

La sua funzione consiste nel prefigurare obiettivi, attività e risorse quale atto di incontro fra differenti livelli di responsabilità.

Il suo valore risiede nella capacità di generare coerenza dell'azione gestionale complessiva, potenziando gli effetti sinergici al fine di garantire l'unitarietà delle dinamiche aziendali e l'azione coordinata delle diverse parti dell'organizzazione.

Il budget pertanto quale meccanismo operativo risponde alle seguenti principali funzioni:

- a) rappresenta, attraverso i propri strumenti, la modalità gestionale che consente di legare la programmazione al controllo attraverso la definizione di obiettivi, la formulazione di piani di azione, l'identificazione di indicatori quali-quantitativi sintetici, l'identificazione delle responsabilità, consentendo il processo di controllo attivo e costante delle attività e dei costi.
- b) costituisce parte integrante del Piano della Performance, ai sensi del D. Lgs 150/2009, che include nel suo ciclo complessivo l'articolazione integrata del budget, con la misurazione e valutazione delle performance organizzativa e individuale e la rendicontazione istituzionale dei risultati, al fine di garantire la trasparenza degli obiettivi e dei risultati conseguiti e perseguire una costante azione di *accountability* nell'interesse dei cittadini e degli *stakeholder*.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- DGR Emilia Romagna n. 865 del 24 giugno 2013 *“Approvazione del percorso attuativo della certificabilità ai sensi del DM 1 marzo 2013”*.
- L.R. Emilia Romagna n. 29/2004 *“Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale”*

- L.R. Emilia Romagna n. 50/1994 *“Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere”*.
- Regolamento di Contabilità Economica Regionale dell’Emilia Romagna n. 61/1995
- D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto *“Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*.
- D. Lgs. 23 Giugno 2011 n. 118 *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”*
- Le *“Linee Guida al Regolamento di Budget della Regione Emilia-Romagna”* così come comunicate dal Servizio Programmazione e Controllo ha definito i contenuti minimi a cui si devono attenere le aziende sanitarie nel redigere i propri regolamenti

3. DEFINIZIONI E ABBREVAZIONI

DIREZIONE GENERALE. La Direzione generale si compone del Direttore Generale, organo dell’Azienda, e del Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo di cui si avvale. La Direzione generale si avvale inoltre del Collegio di Direzione, organo dell’Azienda, ed è supportata sotto il profilo tecnico e professionale delle Direzioni Tecniche Aziendali (Direzione medica di presidio, Direzione dell’Assistenza farmaceutica, Direzione Infermieristica e Tecnica), delle Tecnostrutture in staff e delle Direzioni amministrative.

COLLEGIO DI DIREZIONE. Il Collegio di Direzione è organo dell’Azienda con funzioni di elaborazione, proposta e consultive nei riguardi della Direzione generale.

DISTRETTO. Il Distretto rappresenta la sede di definizione della committenza in termini di bisogno della collettività di riferimento in ordine all’assistenza residenziale, domiciliare, ambulatoriale e ospedaliera. Il Direttore del Distretto presiede alla complessiva macro attività di committenza.

DIPARTIMENTO. Il Dipartimento rappresenta la struttura complessa fondamentale dell’Azienda ed è costituito da una pluralità di Unità Operative Complesse (UOC), Strutture semplici dipartimentali (SSD), e componenti interne di UOC (SSU). Il Direttore di Dipartimento rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la Direzione generale dell’Azienda. Nell’ambito del Dipartimento hanno budget autonomo le Unità Operative Complesse (UOC) e le Strutture Semplici Dipartimentali (SSD).

CDR: Centro di Responsabilità. Unità organizzativa il cui titolare è responsabile del conseguimento di uno specifico insieme di risultati nonché dell’uso di determinati fattori produttivi. E’ rappresentativo di una struttura organizzativa complessa (Dipartimento e UOC) o Semplice (SSD). I CdR rappresentano la suddivisione del sistema organizzativo aziendale correlato ai ruoli di responsabilità. I centri di responsabilità sono consultabili nel piano dei CdR/CdC, pubblicato alla pagina intranet della Tecnostruttura Programmazione e controllo direzionali - Controllo di gestione.

DIREZIONI TECNICHE. Strutture a supervisione diretta da parte del Direttore Sanitario, con responsabilità proprie o delegate, sulle funzioni esercitate. Sono costituite da: Direzione Medica di Presidio, Direzione Infermieristica e Tecnica, Direzione dell'Assistenza Farmaceutica.

TECNOSTRUTTURA Unità organizzative gerarchicamente in staff alla Direzione generale con funzioni tecnico-specialistiche nelle materie di: Programmazione e Controllo Direzionali, Sistema di Valutazione, Informazione e Comunicazione, Governo Clinico, Formazione.

CONTROLLO DI GESTIONE: Sotto il profilo funzionale, costituisce l'insieme delle funzioni tese ad assicurare che le risorse economiche ed i fattori produttivi a disposizione siano impiegati in modo efficace ed efficiente.

Sotto il profilo organizzativo, il Controllo di gestione è collocato nell'ambito della Tecnostruttura Programmazione e Controllo direzionale. Supporta l'attività di programmazione e controllo attraverso i meccanismi operativi del *budgeting, reporting, valutazione*

Ad ulteriore specificazione delle strutture, funzioni, ruoli e relative responsabilità relative all'organizzazione aziendale, si richiamano integralmente i contenuti dell'Atto Aziendale e del Regolamento attuativo vigente nonché il nuovo assetto dipartimentale vigente dall'1.1.2015.

PAC: Percorso Attuativo della Certificabilità. Percorso introdotto dal Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 1 marzo 2013 "*Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità*" ai fini di rendere certificabili i bilanci delle aziende sanitarie.

4. CARATTERISTICHE GENERALI

Vengono di seguito illustrate le caratteristiche generali del sistema di budget in aderenza ai requisiti minimi individuati nelle Linee Guida Regionali.

4.1 Principi Generali

Il sistema di budget si compone di una serie di documenti e si realizza attraverso un processo formale dinamico, composto da diverse fasi, finalizzate al governo della gestione complessiva aziendale. Costituiscono principi e componenti generali del sistema di budget i seguenti elementi:

- a) La programmazione aziendale e la sua traduzione operativa nel documento di Budget annuale deve inquadarsi nell'ambito della sostenibilità economica e rispondere a criteri di sostenibilità tecnica.
- b) Il budget deve essere espresso e dettagliato per singolo livello di responsabilità in termini di obiettivi, risorse, attività, costi. Esso costituisce parte del Bilancio economico preventivo nell'ambito della programmazione economico-finanziaria dell'Azienda ai sensi della L.R. Emilia Romagna n. 50/1994. I livelli di responsabilità sono rappresentati nel piano dei Centri di

Responsabilità consultabile alla pagina intranet aziendale dedicata alla Tecnostruttura Programmazione e Controllo direzionali - Controllo di gestione.

- c) Il budget quale atto di incontro tra i differenti livelli di responsabilità ha valore di impegno bilaterale e postula un programma operativo attivo, che supera l'accezione di mera programmazione, bensì rimanda all'impegno dinamico verso il miglioramento organizzativo, il governo gestionale, la responsabilizzazione diffusa e partecipata, la comunicazione aziendale.
- d) Il Budget complessivo di Azienda si compone e articola in:
 - 1) Budget trasversale
 - 2) Budget degli Investimenti
 - 3) Budget operativo

I contenuti dei Budget operativi in termini di risorse e costi devono risultare coerenti con i contenuti del Budget trasversale e Budget degli Investimenti.

- e) Le parti che reciprocamente formalizzano il budget sono costituiti da:

Budget operativo:

- a) Direzione Generale e Direttori di Dipartimento//Direzioni Tecniche e Tecnostrutture
- b) Direttori di Dipartimento e relativi Direttori di UO Complessa o Semplice con gestione di risorse e/o SSD Struttura semplice dipartimentale.

Budget trasversali:

- a) Direzione Generale e singoli Responsabili gestori di Budget trasversali

- f) I costi sono rappresentati per fattori produttivi con espressa riconduzione ai conti di contabilità generale aziendali, ai conti economici regionali e ai conti economici ministeriali, al fine di garantire il principio di armonizzazione del linguaggio contabile. Il piano dei Fattori Produttivi è consultabile alla pagina intranet aziendale dedicata alla Tecnostruttura Programmazione e Controllo direzionali - Controllo di gestione.
- g) La realizzazione del processo di budgeting deve svolgersi nel rispetto dei tempi e dei percorsi individuati nei successivi paragrafi al fine di garantire l'adeguata successione delle singole fasi: definizione linee guida di programmazione annuale, negoziazione, monitoraggio e verifica, rendicontazione, misurazione e valutazione delle performance.
- h) Il processo di budgeting si avvale per la sua realizzazione operativa del sistema informativo aziendale e dei suoi sottoinsiemi costituiti in particolare da: DWH aziendale, contabilità analitica, contabilità generale, contabilità dei magazzini, reporting direzionale, flussi informativi regionali e nazionali.
- i) Il processo di budgeting costituisce parte integrante del più ampio ciclo della Performance, cornice entro la quale si colloca il Piano della Performance, documento programmatico triennale introdotto e disciplinato dal D.lgs. 27 ottobre 2009 n.150 contenente gli indirizzi, gli

obiettivi strategici e operativi e i relativi indicatori per la misurazione della performance organizzativa e individuale.

4.2. Ciclo della Performance

Ferme restando le finalità e specificità proprie del Sistema di Programmazione e Controllo (*budgeting*) e del Sistema di Valutazione i due meccanismi operativi risultano correlati e integrati. A tal fine, l'Azienda adotta annualmente, ai sensi del D. Lgs.150/2009, il Piano della Performance, quale processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, monitoraggio, misurazione, valutazione. Il Ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle seguenti fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere, a livello di performance organizzativa e a livello di performance individuale;
- 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.

4.3 Il Budget Operativo

Il **budget operativo** trova rappresentazione nella scheda di budget per centro di responsabilità aziendale, (Dipartimento, Unità Operativa Complessa o Semplice Dipartimentale), i cui contenuti sono costituiti da: a) Obiettivi; b) Costi diretti; c) Risorse umane; d) Attività.

- a) **Obiettivi**: Gli obiettivi inseriti nella scheda di budget sono riferibili alle linee guida di programmazione. Per ogni obiettivo è definito il risultato atteso e l'indicatore specifico (certo e misurabile)

La scheda di Budget operativo è suddivisa nelle seguenti Aree:

- **AREA Obiettivi di mantenimento** (*performance organizzativa*)

A parità di risorse, questa area individua obiettivi, risultati attesi e indicatori volti a rappresentare il mantenimento/consolidamento delle migliori performance registrate nell'esercizio precedente, rispetto a: volumi di produzione, indicatori di efficienza, appropriatezza e autosufficienza della struttura.

- **AREA Obiettivi di miglioramento** (*performance organizzativa*)

Tale area comprende azioni di miglioramento specifiche nell'ambito delle Aree prioritarie indicate nelle Linee guida aziendali ed più in generale derivanti dalla programmazione aziendale e regionale. Tali obiettivi possono svilupparsi in archi temporali più ampi rispetto al budget. In tale area trovano altresì collocazione obiettivi specifici che possono derivare

da criticità emerse nel corso dell'anno precedente, per le quali è necessario prevedere interventi adeguati.

- b) **Costi diretti**: La scheda riporta i consumi attesi dei fattori produttivi direttamente governabili dal responsabile di CdR.
- c) **Risorse umane**: Le rappresentazione delle risorse umane comprende:
- personale dipendente (rappresentato per qualifica, come da terminologia dei conti economici aziendali, riconducibili ai conti economici ministeriali del mod. CE);
 - personale atipico (lavoro autonomo, borse di studio e co.co.co.);
 - medici specialisti convenzionati interni.

Le risorse umane sono espresse in numero di teste *Full Time Equivalent* (FTE) per centro di responsabilità di appartenenza esistenti al 1° gennaio dell'esercizio.

La scheda delle risorse umane supporta anche il governo del personale.

- d) **Attività**: La scheda di budget operativo per CdR, (Dipartimento e relative UOC/SSD) comprende il Report di I livello, nel quale sono riportati, con confronto temporale, i dati relativi a: volumi di produzione (ospedaliera e/o territoriale), indici di efficienza operativa e di appropriatezza, indici e dati di attrattività, consumi dei fattori produttivi controllabili.

Ulteriori dati di attività che per uno specifico anno di budget siano rilevanti per il perseguimento di determinate azioni di programmazione possono essere inseriti tra gli indicatori a monitoraggio di specifici obiettivi.

4.4 I Budget Trasversali

I **budget trasversali** sono i budget di acquisizione dei fattori produttivi necessari all'azienda per il suo funzionamento. Ciascun budget trasversale rappresenta un sottoinsieme del budget economico generale aziendale.

Il gestore di budget trasversale è responsabile dei fattori produttivi rientranti nel suo processo di acquisizione e gestione. Garantisce la corretta programmazione, l'acquisizione e il monitoraggio dei diversi fattori produttivi.

Per ciascun sottoinsieme di budget trasversale è individuato altresì un referente amministrativo, incaricato di supportare il Responsabile del budget trasversale stesso nonché gli interlocutori interni quali l'UOC Contabilità e Finanze e lo staff Controllo di Gestione, al fine di presiedere e adempiere in modo coordinato le attività di rendicontazione dati e di monitoraggio a supporto del controllo della complessiva gestione e dell'andamento economico aziendale.

L'azienda USL di Imola individua i seguenti sotto-insiemi di fattori produttivi oggetto di budget trasversali e le relative Macrostrutture o Servizi responsabili:

Fattori produttivi	Macrostrutture o Servizi responsabili
Farmaci ospedalieri, Dispositivi Medici/Beni di consumo a gestione farmacia, Assistenza Farmaceutica convenzionata e territoriale	Direzione Farmaceutica
Dispositivi Medici/Beni di consumo e servizi in appalto a gestione economale	UOC Economato e Logistica (UOEL)
Manutenzioni immobili e impianti, Servizio teleriscaldamento, Servizi tecnici, Utenze, Affitti	UOC Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche (UOPTI)
Manutenzione apparecchiature biomediche e servizi in appalto per l'acquisizione di tecnologie biomediche (noleggi-service)	UOC Ingegneria Clinica
Manutenzioni al software e alle tecnologie informatiche, servizi in appalto informatici e di acquisizione di tecnologie informatiche (noleggi-service)	UOC Tecnologie Informatiche e di Rete
Acquisto di servizi sanitari e Consulenze per prestazioni in rete – Trasporti sanitari	Direzione Medica di Presidio
Acquisto di prestazioni sanitarie e socio sanitarie territoriali – Assistenza integrativa e protesica – Assistenza specialistica ivi compresa Simil-Alp per abbattimento liste di attesa	Distretto in collaborazione con DCP
Convenzioni con MMG e PDLs, e Continuità Assistenziale (Guardia Medica)	Dipartimento delle Cure Primarie
Acquisto di prestazioni sanitarie e costi per oneri e rette per assistenza psichiatrica adulti, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche	Dipartimento di Salute Mentale
Costi della formazione	Direzione della Formazione
Assicurazioni RCT e Spese Legali	UOC Affari Generali e Legali
Piano di Produzione - Mobilità sanitaria	Direzione Sanitaria aziendale in collaborazione con Direzione Medica di Presidio e UOC Contabilità e Finanze

Fattori produttivi	Macrostrutture o Servizi responsabili
Costi del personale	UOC Risorse Umane. La Direzione generale, con il contributo ed il supporto dell'UOC Risorse Umane e delle Direzioni Tecniche (Direzione Medica di Presidio e Direzione Infermieristica e Tecnica), definisce il piano annuale delle assunzioni, che sarà recepito all'interno del budget trasversale delle risorse umane. Il budget comprende altresì l'istituto della Simil-alp per carenze di organico
Piano Investimenti	Coordinato dall'UOC Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche con la collaborazione e il contributo integrato dell'UOC di Ingegneria Clinica, dell'UOC Tecnologie Informatiche e di Rete, dell'UOC Economato e Logistica.

I fattori produttivi sono rappresentati con espressa riconduzione ai conti di contabilità generale aziendali, riconducibili ai fattori e ai conti di contabilità regionale e ai conti economici ministeriali (CE).

4.5 Le Linee Guida della programmazione di budget

La definizione delle Linee guida di budget compete alla direzione generale dell'Azienda. Esse sono redatte sulla base:

- (a) delle linee di indirizzo nazionali;
- (b) delle linee di indirizzo regionali (che contengono i criteri di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie, i vincoli derivanti dalla normativa nazionale e regionale, gli obiettivi definiti nell'ambito della programmazione sanitaria);
- (c) dei documenti di programmazione sanitaria locale;
- (d) del preconsuntivo dell'anno in corso.

La definizione delle linee guida di budget prevede il coinvolgimento dei gestori dei Budget trasversali di risorse e delle Direzioni Tecniche.

Descrizione del percorso di budget

Il percorso di budgeting si svolge a cura della Tecnostruttura Programmazione e Controllo direzionali che presiede al coordinamento di tutto il percorso e si sviluppa nelle seguenti fasi:

- 1) Definizione delle Linee Guida
- 2) Definizione dei budget trasversali

- 3) Budget operativi – Apertura fase di negoziazione: incontri fra la Direzione Generale ed i Direttori di Dipartimento, con la partecipazione dei Direttori di Unità Operativa (apertura fase di negoziazione dei budget operativi)
- 4) Budget operativi: fase istruttoria di preparazione e consolidamento delle schede di budget operativo a livello dipartimentale e a livello di Unità operativa.
- 5) Incontri fra la Direzione generale ed i Direttori di Dipartimento, con la partecipazione dei Direttori di Unità Operativa, (conclusione negoziazione e formalizzazione dei budget operativi fra la Direzione generale e i Direttori di Dipartimento)
- 6) Verifica della coerenza dei contenuti dei budget operativi con i budget trasversali e consolidamento dei budget trasversali

1) Definizione delle Linee Guida

La definizione delle Linee Guida da parte della Direzione generale, con il supporto della Tecnostruttura Programmazione e Controllo direzionale, si realizza attraverso il coinvolgimento delle Direzioni Tecniche e dei gestori di Budget trasversale.

La configurazione delle Linee Guida è presentata e discussa in seno al Collegio di Direzione.

Le Linee guida validate dal Collegio di Direzione costituiscono parte integrante del Piano della Performance di cui al D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

Le Linee guida validate in seno al Collegio di Direzione sono pubblicate sulla intranet aziendale alla sezione dedicata Programmazione e Controllo Direzionale – Controllo di Gestione – Budget.

L'informazione della pubblicazione e del corrispondente link é inviata, mediante comunicazione mail, a tutti i Direttori di Dipartimento, Direttori di Unità Operativa, Direzioni Tecniche, Budget trasversali.

Le Linee guida sono accompagnate dalla *mappa degli obiettivi* al fine di fornire una rappresentazione globale dei Macro obiettivi e del relativo livello di coinvolgimento dei singoli Dipartimenti e delle Direzioni Tecniche.

Con riferimento agli obiettivi che riguardano trasversalmente più Dipartimenti la cui realizzazione richiede una compartecipazione interdipartimentale sarà individuato, in sede di negoziazione, da parte della Direzione generale in condivisione con i Dipartimenti interessati, il Dipartimento o l'Unità Operativa che fungerà da *project manager* il quale avrà cura di coordinare, monitorare e rendicontare la realizzazione dell'obiettivo.

2) Definizione e negoziazione dei budget trasversali

Il percorso di definizione dei budget trasversali si svolge sotto il coordinamento integrato dell'UOC Contabilità e Finanze e dello staff Programmazione e Controllo direzionali – Controllo di gestione.

Il Responsabile del budget trasversale, ciascuno per la parte di propria competenza, predispone la proposta di budget rappresentata in termini di valore/consumo dei rispettivi fattori produttivi, tenendo conto del pre-consuntivo dell'esercizio in chiusura, degli indirizzi e dei vincoli di programmazione economica emanate dalla Regione nonché di tutte le informazioni incidenti sugli

aggregati di propria gestione (variazioni prezzi/contratti, richieste espresse dai Dipartimenti/UE, modifiche organizzative, etc.)

Le proposte così definite sono trasmesse all'UOC Contabilità e Finanze e al Controllo di gestione che in collaborazione verificano gli scostamenti e la coerenza con le linee di programmazione economica. Sono pertanto sottoposte alla Direzione generale con la quale viene definito un calendario di incontri con i Responsabili di budget trasversale, singolarmente o in forma aggregata, per la negoziazione dei contenuti ed in particolare per la definizione delle azioni da porre in essere al fine di presidiare il raggiungimento della programmazione concordata.

I budget trasversali sono consolidati al termine del percorso di budget operativo dopo la verifica di coerenza tra i due ambiti.

3) Budget operativi – Apertura fase di negoziazione

La fase di negoziazione prende avvio con specifici incontri fra la Direzione generale e i Direttori di Dipartimento unitamente al Coordinatore Infermieristico, con la partecipazione dei Direttori di Unità Operativa. Alle sedute di negoziazione partecipano altresì le Direzioni Tecniche e i gestori di Budget trasversali.

In tale seduta la Direzione generale presenta una proposta di budget operativo sulla base delle Linee guida validate.

La proposta è articolata per Dipartimento e relative Unità Operative ed è accompagnata dai dati di attività e di costo a pre-consuntivo dell'esercizio in chiusura.

La scheda budget dipartimentale comprende la rappresentazione degli obiettivi in capo all'area delle professioni sanitarie.

4) Budget operativi: Fase istruttoria

Questa fase si svolge a livello dipartimentale ed è finalizzata:

- Al completamento della proposta di budget dipartimentale, in relazione alla quale possono configurarsi integrazioni e/o modifiche, aderenti alle Linee guida e/o comunque rientranti nella sostenibilità economica e tecnica dell'Azienda, da presentare alla Direzione generale;
- Alla definizione dei budget operativi a livello di Unità Operativa
- Alla comunicazione e diffusione della conoscenza degli obiettivi di budget annuale.

4.a) Condivisione degli indirizzi aziendali nei Dipartimenti

I Direttori di Dipartimento e i Responsabili Tecnici o Infermieristici dipartimentali, nell'esercizio del proprio ruolo, nell'ambito del Comitato di Dipartimento, forniscono indicazioni ai Direttori di Unità Operativa rispetto alla proposta di budget ricevuta e alle linee guida aziendali, promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva, al fine di addivenire alla predisposizione dei budget operativi di Unità operativa e al completamento della proposta di Budget dipartimentale.

4.b) Elaborazione della proposta di budget delle Unità Operative

I Direttori di unità operativa elaborano in modo partecipato, coinvolgendo i propri collaboratori, la

propria proposta di budget, tenendo presente delle scelte direzionali assunte a livello dipartimentale, da inoltrare al Direttore di Dipartimento e ai Responsabili Tecnici o Infermieristici dipartimentali per la successiva discussione e negoziazione.

Gli obiettivi che vengono negoziati a cascata nelle diverse Unità Operative devono garantire la coerenza con le indicazioni della Direzione Dipartimentale.

Qualora l'indicatore non possa essere monitorato attraverso il sistema informativo aziendale, all'atto della negoziazione devono essere esplicitati gli strumenti propri di rilevazione e monitoraggio.

4.c) Elaborazione proposta di budget di Dipartimento/Macrostruttura

Le direzioni di Dipartimento e i Responsabili Tecnici o infermieristici dipartimentali completano la scheda budget con le proposte di integrazioni o modifiche scaturite dal confronto dipartimentale.

Tale proposta di budget è trasmessa alla Tecnostruttura Programmazione e Controllo direzionali che procede al consolidamento delle proposte e ad una loro analisi evidenziando gli eventuali scostamenti rispetto alle Linee guida o ai Budget trasversali a supporto della successiva fase di negoziazione.

5. Conclusione Negoziazione e formalizzazione scheda budget

Tale fase prevede la conclusione della negoziazione e la formalizzazione del budget operativo fra la Direzione generale e i Direttori di Dipartimento / Macrostruttura.

In sede di incontro, la Direzione Generale valuta la proposta pervenuta dal Dipartimento/Macrostruttura ed in particolare le integrazioni proposte, in termini di congruenza con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.

La negoziazione si chiude con l'intesa tra la Direzione generale il Direttore di Dipartimento / Macrostruttura.

Nella stessa sede avviene la formalizzazione dell'intesa mediante sottoscrizione del documento di Budget operativo da parte della: Direzione generale, Direttore di Dipartimento/Macrostruttura, Coordinatore infermieristico.

5.a) Formalizzazione del budget operativo delle Unità Operative

La formalizzazione della scheda budget delle Unità Operative avverrà in sede dipartimentale successivamente alla formalizzazione della scheda budget dipartimentale o in concomitanza con la formalizzazione del Budget operativo dipartimentale, a scelta del Dipartimento stesso.

5.b) Comunicazione interna negoziazione budget operativi

Conclusa la fase di negoziazione e formalizzazione del budget, i Direttori di Unità Operativa hanno il compito di informare i professionisti afferenti all'Unità Operativa stessa dell'esito della negoziazione e di documentarne l'avvenuta comunicazione, tramite invio della scheda budget sottoscritta dai propri collaboratori ovvero tramite l'invio di verbale comprovante la completa

diffusione dei contenuti dello stesso budget, alla Tecnostruttura Programmazione e Controllo direzionali.

6. Attribuzione obiettivi individuali – Performance individuale

In correlazione al Sistema di valutazione delle performance, organizzativa e individuale, definita a livello aziendale, il percorso di budget è accompagnato anche dalla definizione e formalizzazione delle schede di Obiettivi individuali, secondo la regolamentazione di cui al Sistema di valutazione vigente, al fine di valutare annualmente i contributi e le competenze professionali espresse dai singoli professionisti.

7. Verifica della coerenza dei contenuti dei budget operativi con i budget trasversali e consolidamento dei budget trasversali

Conclusa la fase di negoziazione tra la Direzione generale e i Direttori di Dipartimento/Direzioni Tecniche/Tecnostrutture, lo staff Programmazione e Controllo direzionali – Controllo di gestione in collaborazione con l'UOC Contabilità e Finanze e i gestori di Budget trasversali, effettua la verifica di coerenza dei contenuti in termini di valori economici di consumo dei fattori produttivi tra i Budget operativi e i Budget trasversali. Eventuali integrazioni e/o modifiche che dovessero scaturire dalla verifica dovranno essere previamente riconsiderate e validate dalla Direzione generale. Al termine di tale fase i Budget trasversali si considerano consolidati.

8. Mappa degli obiettivi

Al termine delle negoziazioni di Budget, la Tecnostruttura Programmazione e Controllo direzionali procederà all'aggiornamento della mappa degli obiettivi con indicazione del Dipartimento o Unità Operativa individuato quale project manager degli obiettivi trasversali o valenza interdipartimentale.

9. Tempistica

Il percorso di budget si svolge secondo una tempistica definita annualmente dall'Azienda in coerenza con la tempistica di programmazione regionale ed esplicitata nelle Linee guida aziendali di apertura del percorso budgeting.

10. Evidenza documentale e Pubblicazione

L'evidenza documentale degli incontri di negoziazione è rappresentata dalle Schede budget sottoscritte tra:

- Budget operativo dipartimentale: Direzione generale, Direttore di Dipartimento/Macrostruttura, Coordinatore infermieristico.
- Budget operativo di Unità Operativa: Direttore di Dipartimento/Macrostruttura, Direttore di Unità Operativa.

Le schede di Budget operativo negoziate sono altresì pubblicate sulla intranet aziendale alla sezione Programmazione e Controllo direzionali – Controllo di gestione – Budget.

11. CONTROLLO PERIODICO E SISTEMICO

L'accettazione e la condivisione del documento di budget chiude una fase importante dell'attività di programmazione aziendale. Nel corso dell'esercizio è richiesta un'attenta attività di verifica dell'andamento complessivo della gestione del budget e della sua coerenza con quanto definito in sede di negoziazione. La verifica si attua mediante il monitoraggio del budget operativo e dei budget trasversali.

11.1 Monitoraggio dei budget trasversali

Il governo dell'andamento economico aziendale prevede un sistema di monitoraggio dei budget trasversali con periodicità bimestrale sotto il coordinamento integrato dell'UOC Contabilità e Finanze e lo staff Programmazione e Controllo direzionali – Controllo di gestione. I gestori di budget trasversali sono chiamati ad alimentare i report di monitoraggio predisposti dall'UOC Contabilità e Finanze con l'indicazione dei valori economici in proiezione al termine dell'esercizio.

I report di monitoraggio devono riflettere il reale andamento delle voci oggetto di osservazione tenendo conto di tutti gli elementi che possano influire sull'andamento del singolo fattore.

L'UOC Contabilità e Finanze e il Controllo di gestione predispongono una sintesi da sottoporre alla Direzione generale con evidenza, ciascuno per la parte di propria competenza, degli effetti sull'andamento economico complessivo e con evidenza degli scostamenti e delle cause anche in rapporto all'andamento dell'attività.

I report di monitoraggio riportano:

- a) Il valore dell'anno precedente;
- b) Il valore dell'anno in corso inserito nel bilancio preventivo e/o nel budget;
- c) La proiezione (algebrica o ragionata) dell'anno corrente;
- d) I differenziali in valore assoluto e in percentuale tra i diversi aggregati.

L'analisi degli scostamenti è effettuata mediante analisi dei dati rilevati dai sistemi informativi aziendali nonché mediante le evidenze documentali che i gestori di budget trasversale forniscono o sono chiamati a fornire.

La Direzione generale organizza incontri di norma trimestrali con i responsabili di budget trasversali finalizzati al monitoraggio degli andamenti dei fattori produttivi nel suo complesso.

Il monitoraggio è coerente con il debito informativo legato all'invio delle verifiche infrannuali ministeriali (modelli CE Trimestrali) e regionali (verifiche straordinarie alla gestione).

I valori del bilancio a supporto degli invii delle verifiche trimestrali ministeriali e regionali sono adeguati in coerenza alle indicazioni fornite dalla Direzione generale.

11.2 Monitoraggio budget operativi

Il sistema di reporting aziendale a supporto del monitoraggio del budget operativo è reso disponibile con cadenza periodica, coerentemente con le tempistiche aziendali, tendenzialmente trimestrale, di norma entro 40 giorni dalla chiusura del trimestre.

La Tecnostruttura Programmazione e Controllo Direzionale ha la funzione di elaborare le informazioni a supporto del processo di budgeting e dei monitoraggi infrannuali.

Il Direttore di Dipartimento, i Dirigenti Tecnici e Infermieristici dipartimentali e i Direttori di Unità operativa hanno a disposizione il sistema di reporting aziendale destinato al controllo e alla verifica dei risultati periodici ed annuali.

Il sistema è alimentato dagli strumenti di rendicontazione messi in atto dall'Azienda e produce le informazioni riconducibili a:

- Reportistica standard (Report di I livello) articolata per Dipartimento e Unità Operativa
- Reportistica direzionale rilasciata con cadenza mensile
- Produzione di reportistica dedicata per il monitoraggio di obiettivi specifici.

La diffusione della reportistica, differenziata in base alle diverse finalità conoscitive e ai diversi destinatari, garantisce all'interno del percorso di programmazione e controllo un riferimento puntuale sui risultati, da utilizzare a supporto delle decisioni.

I report sono divulgati ai diversi destinatari - Direzione Aziendale, Direzioni Tecniche, Direzioni sanitarie, Direttori di Dipartimenti, Direttori di Unità Operative, Budget Trasversali/Referenti di budget, e Responsabili dei Centri di Responsabilità - attraverso gli usuali mezzi di comunicazione interna: pubblicazione sull'intranet aziendale, invio per e-mail, distribuzione durante incontri di monitoraggio e verifica.

Tutta la reportistica di controllo è pubblicata sulla intranet aziendale alla sezione Programmazione e Controllo direzionali – Controllo di gestione – Reportistica di controllo.

La produzione e l'analisi della reportistica con periodicità trimestrale consente di apprezzare l'andamento degli obiettivi rispetto al budget. Nel corso dell'anno, laddove l'analisi rilevi scostamenti rilevanti tra i dati effettivi e quelli di budget, si avvia un percorso di confronto con il Dipartimento interessato ed se del caso si addiuvano ad una revisione del Budget.

Nel corso dell'anno (di norma fra Giugno e Settembre) è previsto almeno n. 1 incontro di monitoraggio fra la Direzione generale e i Dipartimenti affiancati dal Coordinatore infermieristico, e con la partecipazione dei Direttori di Unità Operativa. A tali incontri partecipano altresì le Direzioni Tecniche e i Responsabili di Budget trasversali.

In tale sede, il monitoraggio esita in eventuali revisioni di Budget o alla conferma del budget previsto.

12. Revisione di Budget

La fase di revisione di budget consente di:

- a) Analizzare le criticità emerse nel monitoraggio del budget operativo e dei budget trasversali;
- b) Analizzare le criticità formalmente evidenziate dai Direttori di Dipartimento o Macrostruttura

Lo staff Programmazione e Controllo direzionali – Controllo di gestione supporta la Direzione Generale nell'analizzare le problematiche e le richieste di modifica ai budget negoziati.

Gli incontri di monitoraggio infrannuali nonché le revisioni di budget trovano riscontro documentale in apposito Verbale redatto a cura dello staff Programmazione e Controllo direzionali – Controllo di gestione.

13. Rendicontazione di fine anno

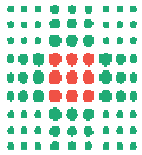
La scansione temporale delle sotto-fasi atte a consentire la rendicontazione di fine anno è definita annualmente dallo staff Programmazione e Controllo direzionali - Controllo di Gestione coerentemente con le tempistiche dettate dalla Direzione Generale.

L'esecuzione delle sotto-fasi deve garantire l'elaborazione della rendicontazione finale entro la data di adozione del bilancio di esercizio.

Nell'ambito del Ciclo della Performance si inserisce la "Relazione sulla performance" annuale, ai sensi del D. Lgs. 150/2009, che l'Azienda adotta in correlazione e secondo le tempistiche di cui al Bilancio di Missione.

REGOLAMENTO
SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE INTEGRATA
DELLA PERFORMANCE ANNUALE, DELLE COMPETENZE
E DEGLI INCARICHI AL PERSONALE

Deliberazione aziendale n. 136 del 22 giugno 2018



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

REGOLAMENTO
SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE INTEGRATA
DELLA PERFORMANCE ANNUALE, DELLE COMPETENZE
E DEGLI INCARICHI AL PERSONALE

INDICE

TITOLO I: ASPETTI GENERALI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INTEGRATO DELLA PERFORMANCE ANNUALE, DELLE COMPETENZE E DEGLI INCARICHI AL PERSONALE DIPENDENTE	5
ART. 1 – RIFERIMENTI NORMATIVI.....	7
ART. 2 – PRINCIPI.....	8
ART. 3 – I SOGGETTI PREPOSTI E COINVOLTI NELLA VALUTAZIONE INTEGRATA DEL PERSONALE.....	8
TITOLO II: IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE E DELLE COMPETENZE	13
ART. 4 – ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA.....	13
ART. 5 – AMBITI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ANNUALE.....	13
ART. 6 – LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE E IL SISTEMA <i>BUDGETTARIO</i>	14
ART. 7 – LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	15
ART. 8 – LA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE.....	15
ART. 9 – LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEI CONTRIBUTI INDIVIDUALI	17
ART. 10 - LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE	18
ART. 11 – LA MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEI CONTRIBUTI INDIVIDUALI.....	21
ART. 12 – LA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE	22
ART. 13 – LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE.....	23
TITOLO III: IL PROCEDIMENTO VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE E GLI EFFETTI DELLA VALUTAZIONE	25
ART. 14 - IL PROCEDIMENTO DELLA VALUTAZIONE INDIVIDUALE	25
ART. 15 – PROCEDURA DI RIESAME IN SECONDA ISTANZA DELLA VALUTAZIONE.....	26
ART. 16 - EFFETTI DELLA VALUTAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	27
TITOLO IV: IL SISTEMA PREMIANTE.....	28
ART. 17 - STRUMENTI DI INCENTIVAZIONE ECONOMICA E DI CARATTERE ORGANIZZATIVO.....	28
ART. 18 - RETRIBUZIONE DI RISULTATO	28
ART. 19 – BONUS ANNUALE DELLE ECCELLENZE	28
TITOLO V: VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI ASSEGNATI AL PERSONALE	30
ART. 20 – VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI.....	30
ART. 21 – CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI	30
ART. 22 – IL CONTRATTO INDIVIDUALE.....	31

ART. 23 – OGGETTO DELLA VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI.....	31
ART. 24 – FASI DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI	31
ART. 25 – TERMINI DEL PROCEDIMENTO DI VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI	33
ART. 26 – LA VALUTAZIONE DI I^ E II^ ISTANZA DEL PERSONALE DIRIGENTE.....	33
ART. 27 – ITER DELLA VALUTAZIONE.....	34
ART. 28 – VALUTAZIONE COLLEGIO TECNICO A SEGUITO DI VALUTAZIONE DI I^ ISTANZA NEGATIVA.....	35
ART. 29 – GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE	38
ART. 30 – PESI ED ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI PER AREA E PER TIPOLOGIA DI INCARICO	39
ART. 31 – RISULTATI ED EFFETTI DELLA VALUTAZIONE.....	40
ART. 32 – VALUTAZIONE STRAORDINARIA DELL’INCARICO DIRIGENZIALE	41
TITOLO V: LA VALUTAZIONE DEL PERIODO DI PROVA.....	43
ART. 33 – MODALITA’ PER LA VALUTAZIONE DEL PERIODO DI PROVA.....	43
TITOLO VI: RINVII NORMATIVI E DECORRENZA	43
ART. 34 – NORME FINALI E DECORRENZA DI APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO	43
TEMPISTICA ED AZIONI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	44
ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE	45
ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE – Area obiettivi individuali	46
ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE – Area contributi individuali	47
ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPETENZE ORGANIZZATIVE	48
ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPETENZE MANAGERIALI	49
ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPETENZE RELAZIONALI	50
ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI	51
ALLEGATO B) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE INCARICHI	52
ALLEGATO C) FAC SIMILE SCHEDA ORGANISMO MONOCRATICO DA USARE IN CASO DI VALUTAZIONE 1^ ISTANZA POSITIVA	57

TITOLO I: ASPETTI GENERALI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INTEGRATO DELLA PERFORMANCE ANNUALE, DELLE COMPETENZE E DEGLI INCARICHI AL PERSONALE DIPENDENTE

1. Il presente Regolamento riunisce in un unico testo la disciplina della valutazione del personale alla luce dei principi e delle indicazioni e disposizioni introdotte nel Sistema Sanitario Regionale dalla normativa sul pubblico impiego, dalle Leggi e dai provvedimenti regionali in materia, dai CC.CC.NN.LL. e dalle delibere dell'OIV-SSR, di cui in particolare, da ultimo, la delibera n. 5/2017. Oltre ad armonizzazione il sistema di valutazione aziendale con le disposizioni di cui alle fonti normative sopra richiamate, il presente testo unica più precise ed aggiornate indicazioni di carattere metodologico ed applicativo degli strumenti operativi definiti e sviluppati nel tempo, anche in ragione all'esperienza acquisita ed al contributo dei lavoratori e delle rappresentanze sindacali. Il Sistema di valutazione del personale, presso l'Azienda Usl di Imola, si articola in ambiti distinti e strettamente integrati tra loro ed identificabili nelle seguenti tipologie:

- 1. Valutazione annuale della performance individuale del personale dipendente**
- 2. Valutazione annuale delle competenze individuali del personale dipendente**
- 3. Valutazione incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa e di coordinamento**
- 4. Valutazione pluriennale equiparazione a 5/15 anni del personale dirigente ruolo sanitario**
- 5. Valutazione periodo di prova del personale dipendente.**

2. La valutazione è rivolta a tutto il personale e si realizza, secondo scadenze diversificate:

- annuale alla fine di ogni esercizio finanziario, per personale dirigente e del comparto;
- allo scadere dell'incarico (di norma triennio o quinquennio), per personale dirigente e personale del comparto titolari di posizione organizzativa o di coordinamento;
- al termine del primo quinquennio, per personale dirigente;
- al compimento dei 5-15 anni di anzianità di servizio in applicazione di specifiche disposizioni contrattuali, per personale dirigente ruolo sanitario;
- a conclusione del periodo di prova a tutto il personale dipendente.

La valutazione annuale della performance individuale, essendo finalizzata alla erogazione della retribuzione di risultato, fa riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati a livello organizzativo ed individuale, nonché al contributo individuale espresso dal dipendente nelle attività della struttura di appartenenza.

La valutazione triennale/quinquennale è finalizzata alla conferma o modifica delle posizioni in ordine agli incarichi assegnati ai dirigenti e ai titolari di posizioni organizzative e con funzioni di coordinamento. Gli ambiti di verifica fanno riferimento alla valutazione degli obiettivi di mandato assegnati all'atto dell'assegnazione dell'incarico, ai risultati conseguiti nel periodo, oltreché alla verifica delle competenze professionali, relazionali, organizzative e manageriali nel caso di incarichi di natura gestionali.

La valutazione alla fine del primo quinquennio, per i soli dirigenti neoassunti, è finalizzata all'assegnazione di incarichi di natura professionale o gestionale, in considerazione alle attitudini e alle capacità mostrate dal dipendente.

La valutazione a conclusione del periodo di prova è rivolta alla conferma dell'assunzione in ruolo del dipendente in ragione della tipologia del profilo professionale e dell'inquadramento contrattuale attribuito.

Nella Tabella che segue, rispetto ad ogni intervallo temporale identificato, è descritta la tipologia della valutazione, le dimensioni valutative applicate e l'Obiettivo della Valutazione.

TEMPI DELLA VALUTAZIONE	PERSONALE VALUTATO	OGGETTO	OBIETTIVO
QUINQUENNALE	Dirigenti ruolo sanitario con incarico di struttura complessa	Risultati raggiunti nel periodo in relazione agli obiettivi di mandato assegnati.	Conferma, modifica o revoca dell'incarico in essere
	Dirigenti ruolo sanitario con incarico di struttura semplice e professionale. Dirigenti PTA	Risultati annuali raggiunti in ordine all'attività gestionale e/o professionale svolta.	
TRIENNALE	Titolari posizioni organizzative. Personale con funzioni di coordinamento	Competenze professionali.	
ANNUALE	Tutto il personale	Risultati della gestione. Obiettivi individuali assegnati. Contributi individuali espressi	Erogazione della retribuzione variabile di risultato Alimentazione valutazione incarico
		Competenze professionali	Alimentazione valutazione incarico
AL TERMINE DEL PRIMO QUINQUENNIO	Dirigenti neo-assunti	Raggiungimento degli obiettivi assegnati	Conferimento di incarico di responsabilità di struttura semplice o di natura professionale, di ricerca o di alta specializzazione
		Competenze professionali	
AL TERMINE DEL PERIODO DI PROVA	Tutto il personale	Livello di conoscenze e capacità possedute. Affidabilità e livello di responsabilità professionale	Conferma assunzione in ruolo

ART. 1 – RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Sistema di Valutazione del personale dipendente trova riferimento dalle seguenti fonti normative:

- **D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.** “Riordino della disciplina in materia Sanitaria” e successive integrazioni e modificazioni.
- **D.Lgs. 229/1999 e s.m.i.** "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
- **D.Lgs. 286/1999 e s.m.i.** “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59”
- **D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.** “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”.
- **D.Lgs. 150/2009 e s.m.i.** “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.
- **Legge 190/2012 e s.m.i.** “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”.
- **Legge regionale 29/2004** “Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale”.
- **Legge regionale 43/2001** “Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella regione Emilia-Romagna”.
- **Legge regionale 26/2013** “Disposizioni urgenti in materia di organizzazione del lavoro nel sistema delle amministrazioni regionali”.
- **DGR 636/2013** “Costituzione dell'organismo indipendente di valutazione della performance della regione Emilia-Romagna”.
- **DGR 334/2014** “Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA) della Regione Emilia Romagna”.
- **Delibera OIV-SSR 1/2014** “Provvedimento in materia di trasparenza, anticorruzione, valutazione e ciclo di gestione della performance - Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS”.
- **Delibera OIV-SSR n. 2/2015** Paragrafo 4 “Il sistema di valutazione del personale”.
- **Delibera OIV-SSR n. 5/2017** “Sistema di valutazione integrata del personale: linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali”.
- **Circolari ANAC** (ex CIVIT) in tema di valutazione della performance.
- **CCNL** Area della Dirigenza Medico e Veterinaria e SPTA.
- **CCNL** Area comparto.

ART. 2 – PRINCIPI

Nell'ambito di una efficace gestione del capitale professionale dell'azienda, la valutazione è intesa come processo che deve contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale coinvolgere tutti i lavoratori, rendendoli informati e partecipi dei valori e dei principi dell'organizzazione aziendale e maggiormente responsabili in ordine ai risultati aziendali.

Il sistema aziendale di valutazione del personale rappresenta la fase finale di un articolato processo organizzativo, che si basa sui seguenti principi:

- a) Implementazione di strumenti e metodologie di valutazione orientati allo sviluppo professionale e al riconoscimento del merito.
- b) Conoscenza e consapevolezza, da parte di tutti gli interessati (valutati e valutatori), dei criteri e delle regole che disciplinano i sistemi di valutazione adottati.
- c) Trasparenza delle procedure e dei meccanismi di valutazione e loro applicazione puntuale.
- d) Adeguata formazione dei valutatori, in modo da realizzare condivisione e comprensione delle metodologie di valutazione adottate e garantire omogeneità nelle attitudini valutative.
- e) Preventiva definizione dei valutatori, con particolare attenzione alla catena delle responsabilità gerarchico-funzionali e alla conoscenza diretta dell'attività del valutato da parte del valutatore.
- f) Assegnazione formale di obiettivi individuali gestionali e/o professionali, da formalizzare tramite colloquio e sottoscrizione di una scheda individuale.
- g) Monitoraggio costante dello stato di avanzamento di tutti gli obiettivi assegnati, mediante report quantitativi e qualitativi, da diffondere periodicamente a tutti i livelli dell'organizzazione.
- h) Consuntivazione a fine anno, o alla scadenza degli incarichi professionali, di tutti i risultati raggiunti, mediante momenti di verifica congiunta e personalizzata nel corso dei quali motivare le valutazioni finali espresse.
- i) Individuazione concordata di azioni organizzative, professionali e formative, che favoriscano il miglioramento di ambiti o modalità di svolgimento dell'attività lavorativa riscontrate non conformi alle aspettative.

ART. 3 – I SOGGETTI PREPOSTI E COINVOLTI NELLA VALUTAZIONE INTEGRATA DEL PERSONALE

Il Sistema di Valutazione del personale vede coinvolte, a livello aziendale, le diverse articolazioni organizzative e il personale tutto, secondo i ruoli di rispettiva competenza, come di seguito sinteticamente e in maniera non esaustiva riassunto:

Direzione Aziendale

- Emana i regolamenti e le direttive generali in materia di valutazione del personale.
- Detta gli indirizzi strategici a livello aziendale e adotta, con il supporto della dirigenza aziendale, il Piano della Performance triennale.
- Emana le Linee Guida per la definizione degli obiettivi di Budget annuali.

- Promuove all'interno dell'Azienda la cultura della valorizzazione del merito.
- Provvede alla valutazione annuale della performance organizzativa a livello di macro articolazione e alla valutazione dei dirigenti di vertice dell'Azienda.

Ufficio di Coordinamento Sistemi di Valutazione del Personale

- Supporta la Direzione Generale nell'adozione del Piano triennale della performance e nella elaborazione della Relazione annuale della performance;
- Supporta la Direzione Generale nella predisposizione dei regolamenti aziendali in materia di valutazione del personale;
- Coordina la conseguente attività relativa alla elaborazione e revisione a livello aziendale degli strumenti e delle metodologie di valutazione del personale dipendente;
- Sovrintende sotto l'aspetto applicativo ed operativo l'intero sistema di valutazione del personale;
- Supporta la Direzione Aziendale nella valutazione annuale della performance organizzativa a livello di macro articolazione e alla valutazione dei dirigenti di vertice dell'Azienda;
- Orienta e supporta le strutture aziendali alla corretta applicazione degli strumenti di valutazione della performance e degli incarichi affidati al personale;
- Favorisce l'accrescimento nelle strutture aziendali e nel personale di una cultura orientata ai risultati e al miglioramento continuo della performance;
- Garantisce il raccordo tra il percorso di negoziazione annuale del budget e di assegnazione degli obiettivi ai vari livelli aziendali e il percorso di valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale;
- Garantisce il raccordo tra il percorso di valutazione annuale della performance e quello di valutazione al termine dell'incarico;
- Programma iniziative di formazione e di aggiornamento individuali e di equipe in linea con gli orientamenti aziendali in ambito di valutazione della performance.

Organismo Indipendente di Valutazione unico regionale del SSR

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del recepimento ed applicazione del D.Lgs. 150/2009, ha istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione unico per gli Enti e le Aziende del Sistema Sanitario Regionale. L'OIV con il compito di:

- Supportare il Servizio Sanitario Regionale nell'implementazione di sistemi di valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative ed individuali espletate dalle Aziende e dagli Enti del SSR.
- Valutare la correttezza metodologica dei sistemi di valutazione e misurazione implementati e sviluppati a livello di singole Aziende sanitarie ed Enti.
- Promuovere ed attestare la trasparenza e l'integrità amministrativa.
- Monitorare il funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni alle Aziende ed Enti del SSR.

- Esercitare ogni altra funzione attribuitagli dalla legge in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
- si avvale, per l'espletamento delle proprie funzioni, a livello di singole Aziende, dell'ausilio di un Organismo Aziendale di Supporto (OAS).

Organismo Aziendale di Supporto all'OIV

Le funzioni dell'OAS attengono a:

- Assicurare il supporto all'attività di programmazione e valutazione interna, in particolare per la definizione e manutenzione della metodologia, degli indicatori e degli strumenti di valutazione in applicazione degli indirizzi dell'OIV unico per il SSR.
- Garantire la corretta gestione procedimentale del processo valutativo, riferendo periodicamente alla Direzione Generale aziendale e all'OIV unico per il SSR.
- Monitorare il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione aziendale.
- Assicurare il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione, in special modo nei casi di posizioni difformi.
- Supportare la Direzione Generale in ordine alla valutazione dei dirigenti di vertice.
- Validare, a conclusione del percorso, il processo di valutazione annuale e l'attribuzione dei premi al personale, rappresentando preventivamente gli esiti alla Direzione Aziendale e all'OIV unico regionale, prima della fase di liquidazione degli incentivi.

Tecnostruttura di Programmazione e Controllo

- Gestisce il Processo di Budget e i relativi monitoraggi infrannuali e supporta la Direzione Generale e i Dipartimenti nelle varie fasi di negoziazione e monitoraggio di budget.
- Garantisce la reportistica in ordine all'andamento delle prestazioni e dei risultati rispetto agli obiettivi assegnati durante il periodo di riferimento.
- Supporta la Direzione aziendale nella definizione degli indicatori quali/quantitativi applicabili alle strutture operative aziendali e nella valutazione annuale della performance organizzativa dei Dipartimenti, delle macro articolazioni e delle Direzioni Tecniche e nella valutazione della performance individuale dei dirigenti con incarico di vertice.
- Supporta le articolazioni aziendali nel processo di valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale del personale assegnato.

Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (SUMAP)

- Assicura l'attività di supporto nella contrattazione integrativa aziendale.
- Garantisce la corretta applicazione dei contratti collettivi ed integrativi di lavoro.
- Supporta la Direzione Generale nella stesura dei regolamenti in materia di assegnazione degli incarichi al personale.
- Assicura l'attività di definizione dei contratti individuali di lavoro del personale dipendente.
- Gestisce il dossier curriculare del personale.

- Gestisce i fondi incentivanti e provvede alla liquidazione della retribuzione di risultato.
- Provvede ai processi di assegnazione degli incarichi e di progressione di carriera e di valutazione a conclusione del periodo di incarico e di prova.

Direttore di Dipartimento, Direttore/Responsabile di Unità Operativa Complessa/Struttura Professionale titolare di Budget

- Definisce, in collaborazione con la Direzione Aziendale gli Standard di Servizio relativi alla propria struttura (con esplicitazione degli standard clinici/tecnici, professionali, tecnologici, di accessibilità) e il set di indicatori ad esso collegati.
- Collabora con la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi di performance organizzativa.
- Assegna gli obiettivi ai propri collaboratori ed individua le competenze tecniche e professionali attese.
- Valuta il personale afferente alla propria struttura impiegando gli strumenti e le modalità definite nell'ambito del presente Regolamento.

Direttore delle Professioni Infermieristiche e Tecnico-Sanitarie

- Assegna gli obiettivi al personale dirigente, al personale titolare di posizione organizzativa e con funzioni di coordinamento afferente alle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie.
- Definisce ed esplicita le competenze tecnico professionali richieste in relazione ai singoli ruoli e profili professionali del personale infermieristico, tecnico-sanitario e di assistenza.
- Effettua la valutazione dei dirigenti e del personale del comparto titolare di Posizione organizzativa e con incarico di coordinamento afferenti all'area diretta.
- Assegna gli obiettivi ed effettuata la valutazione del personale infermieristico, tecnico-sanitario ed addetto all'assistenza sotto la diretta direzione e/o coordinamento.
- Delega al personale titolare di posizione organizzativa e/o con funzioni di coordinamento i compiti di assegnazione degli obiettivi e l'effettuazione della valutazione del personale infermieristico, tecnico-sanitario ed addetto all'assistenza alle dirette dipendenze funzionali.

Personale dipendente coinvolto nel processo di valutazione

- Partecipa in modo collaborativo e proattivo al processo di assegnazioni degli obiettivi legati alla performance ed al successivo processo di valutazione.
- Garantisce interattività nell'indicare gli obiettivi e gli indicatori oggetto di valutazione.
- Contribuisce, anche in modo critico, allo sviluppo del sistema di valutazione della performance, quale strumento per il miglioramento della qualità delle prestazioni e servizi erogati e crescita dell'Azienda.

La valutazione della performance individuale e delle competenze possedute e la valutazione fine incarico e periodica, viene effettuata, in prima istanza, dal diretto superiore gerarchico del valutato,

come rappresentato nel riquadro sotto riportato. Il valutatore di norma coincide con il Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa cui afferisce il valutato.

Al Direttore delle Professioni Infermieristiche e Tecnico-Sanitarie compete la valutazione del personale dell'area infermieristica e tecnico-sanitaria con incarico dirigenziale, di posizione organizzativa e di coordinamento. Il restante personale infermieristico e tecnico-sanitario ed addetto all'assistenza del comparto è valutato secondo la linea gerarchica definita negli atti di organizzazione aziendale in materia o su delega del Direttore SIT.

La valutazione del personale del comparto dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico è in capo al Direttore/Responsabile della Unità Operativa o Ufficio di assegnazione.

VALUTATORE	VALUTATO
Direttore Generale	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore di Dipartimento - Direttore del Distretto - Direttore di Direzione Tecnica - Dirigenti di Staff
Direttore di Dipartimento	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore di Unità Operativa Complessa - Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale
Direttore di Unità Operativa Complessa	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabile di Struttura Semplice di UOC di afferenza - Dirigente Professional di afferenza - Personale del comparto amministrativo e tecnico di afferenza
Direttore delle Professioni Infermieristiche e Tecnico-Sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Infermieristico e Tecnico-sanitario - Personale del comparto infermieristico e tecnico sanitario con posizione organizzativa e/o incarico di coordinamento - Personale del comparto infermieristico e tecnico sanitario

TITOLO II: IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE E DELLE COMPETENZE

ART. 4 – ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA

1. La valutazione annuale del personale dipendente ricomprende un articolato sistema di misurazione e osservazione di attività e risultati su diverse dimensioni dell'organizzazione aziendale e della vita professionale del dipendente, relativamente ad aspetti dell'attività professionale, al contributo ed impegno individuale dimostrato, nonché alle competenze tecnico professionali, organizzative, relazionali e manageriali.

In relazione a quanto sopra, la valutazione annuale del personale presso l'AUSL di Imola prende a riferimento le seguenti aree valutative:

- a) Area Performance Organizzativa:** comprende la valutazione in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'equipe o all'Unità Operativa di appartenenza in sede di Budget.
- b) Area Obiettivi Individuali:** in riferimento ad obiettivi specifici assegnati annualmente al singolo professionista, in coerenza al ruolo e all'incarico professionale ricoperto.
- c) Area Contributi individuali:** comprende la valutazione sull'impegno e il contributo dato dalla persona nel raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza, in termini di partecipazione a progetti aziendali o di struttura, di allineamento a piani, codici, regolamenti e direttive aziendali.
- d) Area delle Competenze:** valutazione in ordine al mantenimento e allo sviluppo delle competenze tecnico professionali (capacità professionali/abilità, esperienze e *know how* maturato nel tempo) che caratterizzano ciascuna professione, nonché delle capacità relazionali, delle competenze di natura manageriale (per chi riveste incarichi gestionali) ed organizzative.

ART. 5 – AMBITI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ANNUALE

1. La valutazione annuale della performance individuale è parte integrante del "Ciclo integrato della Performance", che si sviluppa nelle fasi tipiche della funzione di Programmazione e Controllo, riguardante la programmazione economico-finanziaria dell'Azienda e il Sistema budgettario, specificatamente regolamentato a livello aziendale secondo quanto dettato dalla DGR 865/2013.

All'interno di tale quadro programmatico, il Sistema di valutazione della performance si articola secondo le seguenti fasi ed adempimenti:

- a) definizione e assegnazione, alle varie strutture aziendale ed a cascata al personale dipendente, degli obiettivi che si intendono raggiungere nell'anno, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi ed allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, relativamente:

- alla performance dell'Azienda nel suo complesso;
 - alla performance organizzativa, riferita a ciascuna delle Unità Operative nelle quali è articolata l'Azienda o di equipe professionali specificamente individuate;
 - alla performance individuale, riferita a ciascun dipendente.
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli stakeholder: organi istituzionali, cittadini e loro rappresentanze, altri soggetti interessati, al fine di garantire una costante azione di accountability attraverso un controllo diffuso e una corretta comunicazione dei risultati conseguiti, garantendo trasparenza ed accessibilità alle informazioni aziendali;
- g) misurazione e valutazione delle competenze possedute ed espresse dal personale dipendente nell'assolvimento dei compiti assegnati.

2. Gli ambiti in cui si articola il sistema di misurazione e valutazione delle performance annuale, fanno riferimento alla:

- **Performance Organizzativa**
- **Performance individuale**

La Performance organizzativa è riferita alle articolazioni aziendali ed è strettamente collegata alla programmazione strategica aziendale. E' conseguente alle linee di programmazione annualmente definite dalla Regione per il SSR e trova la sua declinazione operativa in sede di approvazione da parte della Direzione Generale del documento di linee guida alla negoziazione di Budget aziendale. La valutazione della Performance individuale annuale è finalizzata a misurare il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati ad ogni singolo dipendente e a valutare il contributo individuale dato alla performance dell'Unità Operativa di appartenenza.

La valutazione della performance individuale annuale complessiva si compone, pertanto, del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Centro di Responsabilità di appartenenza, del livello di raggiungimento di specifici obiettivi individuali assegnati in ragione della professionalità e del ruolo e del contributo ed impegno fornito al raggiungimento dei risultati di gestione della struttura di appartenenza o dell'Azienda.

ART. 6 – LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE E IL SISTEMA BUDGETTARIO

1. Al fine di garantire la massima coerenza tra la Programmazione Strategica, la Programmazione economico-finanziaria annuale e la gestione aziendale, il Ciclo integrato della performance è strutturato in modo che la definizione degli obiettivi da assegnare alle strutture aziendali ed al personale dirigenziale sia direttamente correlata agli indirizzi ed alle priorità discendenti dai documenti di pianificazione strategica (Piano triennale della Performance), trovando la sua articolazione attraverso il sistema di *Budgeting*.

2. Il Documento di Budget annuale, oltre ad essere uno strumento di traduzione operativa della programmazione aziendale, costituisce un atto di incontro tra la direzione strategica e la componente gestionale, professionale e tecnica, che nel quadro dei differenti livelli di responsabilità, rappresentati nell'Atto Aziendale e nel Regolamento Attuativo, orienta i comportamenti 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.

3. La pianificazione degli obiettivi strategici, prima fase del Ciclo di gestione della performance, rappresenta, perciò, il punto di riferimento per la definizione degli obiettivi quali/quantitativi ai Dipartimenti, alle Unità Operative e al personale dirigenziale con responsabilità di struttura.

Attraverso il documento di Budget, approvato dalla Direzione Aziendale secondo una tempistica definita annualmente dalla Azienda in coerenza con la tempistica della programmazione regionale, sono definiti gli ambiti e gli obiettivi strategici da perseguire nell'anno verso i quali l'intera organizzazione aziendale orienta il proprio agire.

ART. 7 – LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

1. La Performance Organizzativa ricomprende la valutazione in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati in sede di Budget (risultati gestionali) alle varie strutture ed Unità Operative in cui si articola l'Azienda. L'appartenenza ad una Unità Operativa comporta la corresponsabilità in capo a tutti i professionisti dei risultati annuali raggiunti dalla struttura.

Collegare la performance organizzativa alla valutazione individuale della performance ha come obiettivo quello di favorire il gioco di squadra ed aumentare il senso di appartenenza in un ambito quale quello sanitario caratterizzato da un elevato livello di autonomia professionale. In relazione al livello di responsabilità e all'incarico professionale rivestito è definito il peso da attribuire a tale dimensione valutativa nell'ambito della valutazione individuale, di cui al successivo art. 10 del presente regolamento.

2. La Valutazione della Performance Organizzativa è annualmente effettuata nei confronti di tutte le articolazioni organizzative ed equipe professionali individuate quali Centri di Responsabilità (CdR) dall'Azienda ed a cui è attribuita, in qualche misura, autonomia gestionale e, di conseguenza, responsabilità di Budget.

ART. 8 – LA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE

1. Gli articoli che seguono trattano, sotto l'aspetto pratico ed operativo, della **Performance individuale annuale del personale dipendente a tempo indeterminato** dell'AUSL di Imola, intesa come contributo che ciascun operatore, in relazione ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti, apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata concepita.

La Valutazione della performance Individuale prende a riferimento gli obiettivi di performance organizzativa, il grado di raggiungimento dei obiettivi individuali assegnati in relazione al ruolo rivestito all'interno dell'organizzazione ed ai contributi espressi dal dipendente, così come formalizzati attraverso apposita scheda individuale di valutazione (**Allegato A – Scheda valutazione performance individuale annuale**).

Per il personale assunto con contratto a tempo determinato, le modalità con cui si procederà alla valutazione individuale sono definite ed esplicitate, di volta in volta, nel contratto individuale sottoscritto tra le parti. La presente disciplina di valutazione della performance si applica al personale dirigente e al personale del comparto con incarichi di responsabilità di posizione organizzativa e al personale, sempre del comparto, che svolge funzioni di coordinamento.

A seguire il sistema si estenderà al restante personale del comparto, secondo la tempistica e le modalità da definirsi in accordo con le OO.SS. di categoria attraverso specifico separato atto.

2. La valutazione della performance individuale annuale è strettamente collegata con il sistema premiante e di merito aziendale (retribuzione di risultato annuale e progressione professionale). Essa è finalizzata a mettere in evidenza i contributi individuali al perseguimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza, oltre ad evidenziare capacità e potenzialità del singolo operatore, al fine di utilizzare al meglio le competenze possedute e di consentire percorsi di sviluppo professionale secondo criteri di merito.

3. La valutazione della performance individuale annuale del personale, integrata con quella organizzativa deve favorire l'accrescimento del senso di appartenenza e di responsabilità del personale ed è, in particolare, finalizzata a:

- Migliorare la qualità dei servizi offerti.
- Orientare i comportamenti organizzativi verso le finalità aziendali e rendere esplicito il sistema delle responsabilità.
- Favorire la crescita delle competenze professionali.
- Ancorare l'erogazione degli incentivi e lo sviluppo professionale previsti dalla contrattazione integrativa ad elementi oggettivi di valorizzazione del merito.
- Evidenziare il contributo individuale del personale rispetto agli obiettivi aziendali e della struttura operativa di appartenenza.
- Supportare i processi decisionali che riguardano la gestione del personale.
- Rappresentare una attività manageriale attraverso la quale chi ha responsabilità di gestione del personale può svolgere la sua funzione di guida.
- Contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole.

ART. 9 – LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEI CONTRIBUTI INDIVIDUALI

1. La dimensione valutativa riferita agli Obiettivi Individuali consente di focalizzare la valutazione sul singolo dipendente, mediante elementi che valorizzano e rendono evidenti le specificità legate alle attività svolte da ogni dipendente ed ai risultati individualmente conseguiti.

2. La Valutazione degli Obiettivi individuali si basa su un ambito di obiettivi individuali correlati al processo di Budget annuale e/o al ruolo rivestito all'interno dell'organizzazione e formalizzati attraverso apposita sezione della scheda individuale di valutazione (**Allegato A – Area Obiettivi individuali**). Oltre agli obiettivi di budget declinati ed attribuiti a “cascata” individualmente ad ogni operatore, possono essere definiti e assegnati al professionista:

- obiettivi declinati da quelli di mandato, assegnati al momento dell'attribuzione dell'incarico;
- obiettivi a valenza istituzionale riferibili ad azioni di sviluppo e miglioramento del funzionamento delle attività istituzionali;
- obiettivi a valenza strategica con riferimento a programmi di sviluppo anche a carattere pluriennale, per i quali è comunque necessario identificare scadenze annuali di attuazione;
- obiettivi che permettano di valutare l'impegno, i contributi forniti e l'allineamento con le strategie e i programmi aziendali, in riferimento all'incarico ricoperto, attraverso specifici indicatori.

3. La Valutazione dei Contributi individuali ha l'obiettivo di misurare l'impegno e il contributo fornito dal personale al raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza, la partecipazione dimostrata nella realizzazione di progetti aziendali o di struttura, nonché comportamenti nel rispetto di codici, regolamenti e direttive aziendali. La valutazione dei contributi individuali è effettuata sulla base di una griglia predefinita di item che descrivono comportamenti attesi e i relativi valori di apprezzamento, rappresentati in apposita sezione della scheda individuale di valutazione annuale (**Allegato A – Area Contributi individuali**).

ART. 10 - LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE

1. La scheda di Valutazione allegata al presente Regolamento (**Allegato A**) è lo strumento a disposizione del management aziendale per la formalizzazione della valutazione della performance individuale annuale. La scheda si articola nelle seguenti Aree di valutazione, così come individuate negli articoli precedenti:

- a) **Area Performance Organizzativa** (risultato di budget della struttura di appartenenza)
- b) **Area Obiettivi individuali**
- c) **Area Contributi individuali**



Per ciascun ruolo/profilo professionale è definita l'incidenza ponderale delle singole aree come di seguito rappresentato:

Ruolo/figura professionale	Obiettivi CDR (Performance organizzativa)	Obiettivi individuali	Contributi individuali
Direttore di Dipartimento Direttore di Distretto	50%	30%	20%
Direttore di Unità Operativa Complessa	50%	30%	20%
Direttore di Direzione Tecnica Dirigente di Ufficio di Staff	50%	30%	20%
Dirigente di Unità Operativa Semplice	40%	30%	30%
Dirigente Professional	30%	40%	30%
Posizioni Organizzative e Coordinamenti (comparto)	20%	50%	30%

2. Nella valutazione della Performance organizzativa del Direttore di Distretto, del Direttore di Dipartimento e del Direttore di Direzione Tecnica, il peso ponderale di questa area, che risulta pari al 50% della valutazione complessiva, viene determinato per il 70% sulla base del risultato di budget e per il 30% dal risultato della valutazione effettuata dalla Regione in ordine agli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale.



Nella valutazione della Performance organizzativa del Direttore di Struttura complessa che risulta avere un peso pari al 50%, viene determinato per il 90% sulla base del risultato di budget e per il 10% dal risultato della valutazione effettuata dalla Regione in ordine agli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale.



3. Ai fini della Valutazione della Performance individuale annuale, la scheda di valutazione individuale, deve riportare pertanto descritti e declinati gli obiettivi in ordine ad ogni dimensione valutativa di cui al precedente comma 1):

a) Performance Organizzativa (risultati di budget)

Riguarda i “Risultati della struttura di appartenenza” in relazione agli obiettivi degli obiettivi di budget assegnati alla struttura di appartenenza del dipendente. A livello di valutazione della performance viene riportato in scheda il risultato in termini percentuali conseguito a livello di U.O. e/o equipe.

b) Obiettivi individuali

Nella sezione degli “Obiettivi individuali” (**Allegato A – Area Obiettivi individuali**) vengono descritti gli obiettivi assegnati al singolo dipendente con il relativo indicatore e il peso attribuito. In particolare, per ogni obiettivo viene riportata:

- La descrizione dell'obiettivo.
- La descrizione dell'indicatore che può essere di efficacia, efficienza, economicità o qualità.

- Il risultato atteso, ovvero il target prefissato.
- Il peso dell'obiettivo all'interno dell'area (%).
- La franchigia: il range (%) entro il quale l'obiettivo si considera raggiunto anche in presenza di un risultato parziale.
- Il risultato osservato.
- L'istruttoria di valutazione.
- La % di raggiungimento dei singoli obiettivi.

c) Contributi individuali

La valutazione dei contributi individuali è effettuata attraverso una sezione specifica della scheda di valutazione (**Allegato A – Area Contributi individuali**).

Al fine di rendere la valutazione omogenea a livello aziendale e aderente al modello regionale, tale dimensione viene rappresentata attraverso una griglia di item uguali per tutto il personale, rispetto ai quali è possibile variare il peso da attribuire alle singole voci oggetto di valutazione, in ragione dell'incarico rivestito da ogni singolo dipendente. Si riporta di seguito la descrizione degli obiettivi oggetto di valutazione:

- Partecipazione a progetti aziendali, dipartimentali, interaziendali, regionali, ecc.
- Partecipazione all'attività della propria struttura di appartenenza (riunioni, progetti, attività ordinaria).
- Allineamento e rispetto dei codici, regolamenti, delibere e direttive aziendali, ecc.
- Impegno assicurato al raggiungimento dei risultati della struttura di appartenenza.
- Flessibilità nell'orario di servizio e sui turni: disponibilità, carico e sostituzioni.

4. Possono influire nella valutazione dei contributi individuali anche altri aspetti verificatisi nel corso dell'anno che meritano un'adeguata e separata considerazione. Nel caso il dipendente si sia reso responsabile di comportamenti e fatti eticamente pregiudizievoli ed incidenti sul rapporto di servizio e/o sanzionati disciplinarmente o nel caso in cui il dirigente sia direttamente responsabile di eventi avversi che possono determinare responsabilità patrimoniale dell'Azienda, la valutazione annuale di tale dimensione potrà subire una decurtazione che, nel caso di sanzioni disciplinari superiori la censura, dovrà essere almeno del 30%. In questi casi la valutazione effettuata dal diretto superiore gerarchico deve essere adeguatamente e specificatamente motivata ed essere evidenziata all'OAS in sede di verifica finale.

5. La valutazione della performance individuale annuale complessiva deriverà dalla somma dei punteggi ottenuti dalle tre dimensioni valutative indicate nel presente articolo. In ordine agli effetti della valutazione della performance annuale si rimanda al successivo articolo 17 e seguenti.

ART. 11 – LA MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEI CONTRIBUTI INDIVIDUALI

1. La valutazione degli obiettivi individuali è effettuata dal diretto superiore gerarchico con l'eventuale supporto del Controllo di Gestione e di tutte le strutture che in Azienda sono competenti, a vario titolo, dei flussi informativi e della loro certificazione. Il risultato della valutazione viene determinato in ordine al grado di raggiungimento degli obiettivi sulla base di indicatori misurati percentualmente, oppure in modo digitale (SI'/NO), rapportato al peso attribuito ad ogni singolo obiettivo.

2. La valutazione dei contributi individuali viene effettuata per fasce, su una scala di valori da 1 a 5.

Ad ogni fascia corrisponde un grado % di apprezzamento di risultato:

1: il livello complessivo non è adeguato allo standard professionale

2: il livello complessivo è appena adeguato ed esistono ampi spazi di miglioramento

3: il livello complessivo è complessivamente adeguato allo standard professionale

4: il livello complessivo è pienamente consolidato, si attesta su elevati livelli professionali ed è quindi di alta soddisfazione per qualità ed intensità

5: il livello complessivo è di elevatissima soddisfazione in quanto esprime e supera, per qualità ed intensità lo standard professionale ottimale.

Il valore di risultato da riconoscere ad ogni fascia di punteggio è il seguente:

- a) Punteggio < 2 corrisponde ad un giudizio negativo con valore = 0.
- b) Punteggio compreso tra 2 e 4 determina un'attribuzione di valutazione in percentuale al punteggio ottenuto, compreso in una scala tra 20% e 100% e precisamente:
 - punteggio pari a 2 equivale ad una percentuale di raggiungimento del 20%.
 - punteggio pari a 4 equivale ad una percentuale di raggiungimento del 100%.
 - punteggio intermedio (fra 2 e 4) determinano un grado di raggiungimento proporzionale compreso all'interno del range sopra indicato (tra 20% e 100%).
- c) Punteggio compreso tra > 4 e 5 determina una maggiorazione percentuale fino ad un massimo del 10% dell'area oggetto di valutazione.

Al fine di apprezzare le migliori performance, per questa dimensione valutativa è previsto un sistema di misurazione che permette di attribuire un incremento di punteggio qualora il contributo individuale si sia dimostrato di particolare qualità, meritando una valutazione oltre il punteggio massimo attribuibile. Il meccanismo permette di riconoscere un incremento del punteggio massimo di valutazione (comunque non superiore al +10%). In questo modo si possono premiare le performance migliori (che vanno oltre il 100%) con il riconoscimento di un incentivo ulteriore del salario di risultato, nel limite di un budget di fondo dell'incentivazione, da definire a seguito di accordo con le OO.SS e come meglio specificato al successivo art. 19.

ART. 12 – LA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE

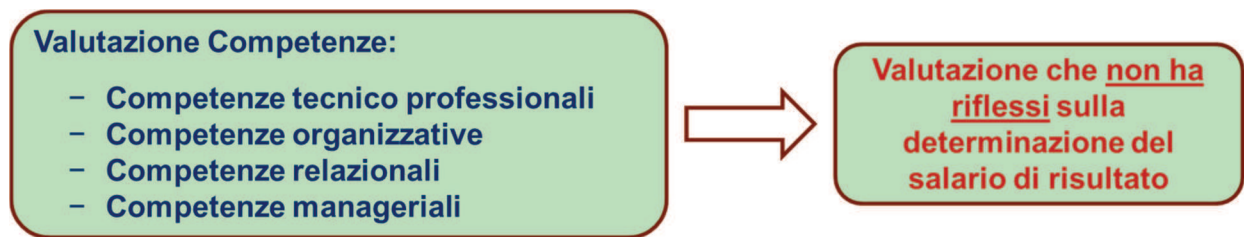
1. La valutazione delle competenze di carattere professionale, relazionale, organizzativo e manageriale viene effettuata annualmente, in corrispondenza della valutazione annuale della performance individuale, attraverso una apposita sezione, allegata alla scheda di valutazione della performance individuale. La valutazione annuale delle competenze, che non ha riflessi sul salario annuale di risultato, è elemento caratterizzante la valutazione degli incarichi assegnati al personale, viene tenuta in considerazione nelle procedure di sviluppo di carriera, secondo quanto definito nei regolamenti aziendali in materia e nei programmi di formazioni. Nel contratto individuale di incarico vengono esplicitati i livelli di competenze attese in ragione dell'incarico e ruolo rivestito nell'organizzazione dal singolo professionista.

2. Per quanto riguarda le competenze professionali, il riferimento rimane il manuale di accreditamento di U.O. dove vengono elencate le competenze tecnico professionali necessarie a garantire il livello quali-quantitativo delle prestazioni offerte. La scheda di valutazione relativa alle competenze non intende sostituire quanto definito nei manuali di accreditamento, ma vuole tracciare un percorso logico-razionale di valutazione su specifiche dimensioni.

3. La tipologia valutativa riguarda la valutazione di competenze di natura professionale e specialistica, di competenze di tipo organizzativo, sia a livello trasversale che di carattere manageriale, e di competenze relazionali espresse da ogni singolo professionista, in coerenza con il profilo professionale assegnato e riferibili alle seguenti dimensioni valutative:

- **Competenze Tecnico-professionali:** relative al bagaglio di conoscenze, know how ed esperienze maturate nel tempo, al contributo fornito in termini di innovazione scientifica, alla qualità delle prestazioni erogate e allo sviluppo di conoscenze specialistiche.
- **Competenze Organizzative:** in ordine a capacità di natura trasversale di orientamento e guida dei collaboratori, di gestione della struttura di riferimento e di promozione nei collaboratori di comportamenti orientati allo sviluppo personale e dell'organizzazione.
- **Competenze Manageriali:** (per i ruoli gestionali) insieme di competenze e capacità evolute proprie dei ruoli di coordinamento e di gestione della complessità organizzativa, capacità di orientamento dei comportamenti delle persone e dell'organizzazione verso i risultati.
- **Competenze Relazionali:** intese come cooperazione dentro e fuori l'organizzazione e come capacità necessarie per la costruzione e la gestione di un sistema relazionale efficace in coerenza con la *mission* istituzionale.

La valutazione delle competenze viene effettuata annualmente, da parte del superiore gerarchico, attraverso apposita sezione della scheda annuale (**Allegato A – Area delle Competenze**) nella quale sono rappresentati e descritti gli ambiti di osservazione e indicati gli item di apprezzamento. La valutazione delle competenze non ha effetti sulla valutazione complessiva annuale legata al salario di risultato.



Costituisce, invece, elemento della valutazione di fine incarico del personale dirigente e del personale del comparto titolare di posizione organizzativa o con incarico di coordinamento, oltre a rappresentare elemento da tenere in considerazione, secondo quanto definito a livello regolamentare aziendale, nelle procedure relative alle progressioni orizzontali e/o processi di sviluppo e avanzamento di carriera per quanto riguarda il restante personale del comparto.

ART. 13 – LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE

1. La valutazione delle competenze viene effettuata tramite una apposita sezione, allegata alla scheda di valutazione della performance individuale, che presenta una griglia di obiettivi e item predefiniti a livello aziendale, selezionati e pesati all'atto della sottoscrizione del contratto individuale di incarico (**Allegato A – Area delle Competenze**).

La misurazione delle competenze viene effettuata per fasce su una scala da 1 a 5, così declinata:

1 = BASSO: competenze espresse a livello basso, incomplete o agite in un ambito ristretto o saltuariamente, con ancora necessità di training specifico per effettuare il compito.

2 = MEDIO: competenze espresse a livello sufficiente ma ancora migliorabili in termini di campo d'applicazione, completezza e frequenza, che necessitano di supervisione per effettuare il compito specifico.

3 = ADEGUATO: competenze espresse a livello elevato in termini di completezza, campo di applicazione e frequenza. Il professionista è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione.

4 = ALTO: competenze espresse di ottima soddisfazione in quanto esprimono, per qualità ed intensità standard professionali ottimali. Il professionista è anche competente per formare altri ad effettuare il compito specifico.

5 = OTTIMO: competenze espresse a livello eccellente di best performer di riferimento per l'Azienda ed il proprio ambito professionale, anche in ragione dei livelli di innovazione introdotta e dell'attività di ricerca sviluppata.

Il valore di risultato da riconoscere ad ogni fascia di punteggio è il seguente:

- a) Punteggio < 2 corrisponde ad un giudizio negativo con valore = 0.
- b) Punteggio compreso tra 2 e 4 determina un'attribuzione di valutazione in percentuale al punteggio ottenuto, compreso in una scala tra 20% e 100% e precisamente:
 - punteggio pari a 2 equivale ad una percentuale di raggiungimento del 20%.

- punteggio pari a 4 equivale ad una percentuale di raggiungimento del 100%.
 - punteggio intermedio (fra 2 e 4) determinano un grado di raggiungimento proporzionale compreso all'interno del range sopra indicato (tra 20% e 100%).
- c) Punteggio compreso tra > 4 e 5 determina una maggiorazione percentuale fino ad un massimo del 10% dell'area oggetto di valutazione.

2. La determinazione finale e complessiva della valutazione delle competenze è espressa in centesimi, sommando i risultati ottenuti per ogni raggruppamento delle dimensioni valutative attribuite. Viene considerato positivo un punteggio superiore o pari a 60 punti, negativo al di sotto. L'esito della valutazione annuale delle competenze viene riportato nella scheda di valutazione di fine incarico.

TITOLO III: IL PROCEDIMENTO VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE E GLI EFFETTI DELLA VALUTAZIONE

ART. 14 - IL PROCEDIMENTO DELLA VALUTAZIONE INDIVIDUALE

1. Il Processo di Valutazione della Performance Individuale è strutturato secondo le seguenti modalità e tempistiche:

- a) Nel periodo di espletamento del percorso finalizzato alla formalizzazione del Budget, il Dirigente di Unità Operativa o il Coordinatore delle Professioni Sanitarie, per quanto di rispettiva competenza, incontra singolarmente ognuno dei collaboratori, comunicando agli stessi le proprie aspettative sia per quanto riguarda gli obiettivi di equipe che individuali, nonché per quanto riguarda i comportamenti e le competenze.
- b) Nel corso dell'anno (di norma almeno tra il 30 giugno e 30 settembre di ciascun anno) deve essere previsto un colloquio, tra valutatore e valutato, volto a verificare l'andamento delle attività del valutato in relazione agli obiettivi individuali da raggiungere e in relazione all'andamento delle competenze dimostrate.
- c) A consuntivo, il valutatore dovrà procedere alla valutazione finale individuale da effettuarsi entro la fine del mese di aprile dell'anno successivo cui la valutazione si riferisce. La valutazione è comunicata dal valutatore al valutato tramite un confronto diretto, cioè un "colloquio di valutazione", durante il quale sono illustrati ed esaminati tutti gli aspetti della valutazione, chiariti eventuali dubbi e concordati eventuali percorsi di miglioramento da intraprendere. Il colloquio, fase fondamentale del processo di valutazione della performance, è il momento in cui il valutatore deve comunicare e spiegare la valutazione al collaboratore, sottolineando gli aspetti positivi e negativi della sua performance, favorendo da parte del valutato un'autovalutazione critica delle proprie prestazioni, al fine di concordare opportune azioni di miglioramento e di crescita professionale.

La chiusura della valutazione deve essere formalizzata con l'accettazione esplicita della stessa da parte del valutato. In caso di non condivisione degli esiti della valutazione, il valutato può richiedere giudizio di seconda istanza avanzando richiesta all'Organismo Aziendale di Supporto. In questo caso il Coordinatore dell'OAS, qualora ne vengano accertate le condizioni, procede ad attivare la procedura di revisione della valutazione, attraverso l'istituzione di apposito collegio terzo e secondo la procedura di cui al successivo art. 15. Il perfezionamento del processo di valutazione avviene con la validazione del procedimento di valutazione da parte dell'OAS e la trasmissione formale degli esiti complessivi alla Direzione Aziendale per quanto di competenza e all'OIV unico per il SSR.

2. La valutazione individuale annuale complessiva si ottiene sommando il grado di raggiungimento delle singole dimensioni oggetto di valutazione per il peso specifico di ciascuna di esse, secondo quanto indicato nella tabella di cui al precedente art.12. Concorrono, quindi, alla determinazione del punteggio complessivo circa il grado di performance individuale annuo conseguito, la valutazione

della performance organizzativa, la performance relativa agli obiettivi individuali assegnati e la valutazione dei contributi individuali.

La valutazione è da considerare positiva qualora il dipendente consegua un punteggio totale => 60 punti, negativa al di sotto di tale soglia. La valutazione è da considerare, inoltre, negativa anche nel caso in cui non si raggiunga una valutazione di sufficienza pari alla metà del punteggio massimo attribuibile, in ognuna delle dimensioni annualmente valutate.

Come disciplinato nel precedente art.11, è possibile una valutazione superiore al 100%, nei casi di performance al di sopra delle aspettative e meritevoli di particolare apprezzamento e da premiarsi specificamente.

ART. 15 – PROCEDURA DI RIESAME IN SECONDA ISTANZA DELLA VALUTAZIONE

1. In caso di valutazione negativa o non condivisione da parte dei dipendenti interessati della valutazione “ricevuta”, sia di ordine organizzativo che individuale, è possibile presentare istanza di riesame. L’istanza di riesame deve essere inoltrata dagli interessati al Coordinatore dell’OAS entro e non oltre 20 giorni dalla data di presa conoscenza della valutazione.

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 su proposta dello stesso Coordinatore dell’OAS e costituito dal componente esterno dell’OAS con funzioni di Presidente, o in caso di assenza di quest’ultimo dal coordinatore dell’OAS, e completato con l’individuazione di ulteriori due componenti, di cui almeno uno esterno all’Azienda.

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

- una valutazione negativa;
- una mancata condivisione, totale o parziale, della valutazione individuale, formalmente espressa in sede di valutazione di 1° istanza e riportata nella scheda di valutazione medesima, qualora siano esplicitati in maniera oggettiva le motivazioni di non condivisione della valutazione espressa dal valutatore;
- errori nello sviluppo della procedura di valutazione.

2. Il procedimento di riesame della valutazione di seconda istanza, deve svolgersi nel rispetto delle seguenti modalità:

- a) l’istanza deve essere presentata al Coordinatore dell’OAS entro e non oltre 20 giorni dalla data di avvenuta conoscenza della valutazione e deve essere motivata nonché eventualmente corredata dai documenti a sostegno;
- b) all’atto della convocazione del Collegio di valutazione di seconda istanza il Coordinatore dell’OAS dà informazione della richiesta di riesame al soggetto che ha effettuato la valutazione di prima istanza, assegnandogli 7 giorni per produrre le proprie controdeduzioni;

c) il Collegio di seconda istanza, qualora non sia in grado di decidere sulla base dei soli documenti prodotti, deve convocare il valutatore di prima istanza ed il valutato, con facoltà, per quest'ultimo di farsi assistere dalle OOSS o dalla RSU o altra persona di fiducia, al fine di acquisire chiarimenti, ma dovrà comunque esprimersi entro 30 giorni dall'insediamento, con atto formale in via definitiva.

ART. 16 - EFFETTI DELLA VALUTAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

1. La valutazione del personale, diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa, è caratteristica essenziale ed ordinaria del loro rapporto di lavoro.

Gli esiti della valutazione annuale della performance individuale secondo quanto disciplinato dal presente regolamento, sono inseriti nel fascicolo personale del dipendente e vanno a costituire il dossier curriculare individuale. Parimenti la valutazione della performance va ad alimentare il Sottosistema Premiante, relativamente al salario di risultato.

2. L'esito positivo della valutazione annuale determina l'attribuzione al dipendente della retribuzione di risultato, nei limiti del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. L'esito della valutazione annuale concorre, inoltre, assieme agli altri elementi, anche alla valutazione da effettuarsi alla scadenza degli incarichi.

3. La valutazione annuale delle competenze alimenta il sistema di valutazione degli incarichi e delle progressioni di carriera, oltre che avere uno stretto collegamento con il sistema della formazione professionale.

4. L'esito negativo della valutazione della performance annuale determina responsabilità dirigenziale nei termini previsti nei CC.CC.NN.LL. e Contratti Integrativi e comporta:

- a) perdita della retribuzione di risultato con riguardo all'anno al quale la valutazione si riferisce;
- b) definizione di un piano individuale di azioni di miglioramento quale contributo al superamento delle criticità riscontrate.

TITOLO IV: IL SISTEMA PREMIANTE

ART. 17 - STRUMENTI DI INCENTIVAZIONE ECONOMICA E DI CARATTERE ORGANIZZATIVO

1. Per premiare il merito, l'Azienda, utilizza i seguenti strumenti di incentivazione:
 - a) Retribuzione di risultato.
 - b) Bonus annuale delle eccellenze.
 - c) Progressioni di carriera e attribuzione incarichi di responsabilità.
2. La disciplina delle premialità è definita a livello di contrattazione integrativa aziendale e secondo i criteri generali stabiliti dalla legge e dai CC.CC.NN.LL.
3. Gli incentivi di cui alle lett. a) e b) di cui al comma 1 sono riconosciuti nei limiti delle risorse disponibili a livello aziendale.

ART. 18 - RETRIBUZIONE DI RISULTATO/ PRODUTTIVITA' COLLETTIVA

1. La retribuzione di risultato ha la finalità di riconoscere il merito del dipendente in ordine al livello di performance conseguita nell'anno. Viene attribuita, a seguito di valutazione positiva della performance annuale individuale complessiva, in relazione agli esiti della valutazione della performance individuale.
2. Si accede alla retribuzione di risultato a seguito di valutazione positiva della performance secondo quanto definito al precedente art. 14. Ogni Direttore di U.O. provvede alla valutazione annuale il cui esito riconoscerà ad ogni singolo operatore una retribuzione di risultato pari al grado percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati e riportati nella scheda individuale di valutazione. La parte di incentivazione non distribuita (differenza rispetto al 100%) potrà essere utilizzata in ambito dipartimentale per premiare le performance eccellenti, di cui all'articolo seguente del presente regolamento, secondo quanto sarà definito in specifico a seguito di contrattazione integrativa.

ART. 19 – BONUS ANNUALE DELLE ECCELLENZE

1. E' istituito il bonus annuale delle eccellenze, rivolto al personale che abbia ottenuto una valutazione superiore al 100% ai sensi del precedente art. 14, ovvero elevate performance conseguendo i risultati attesi in relazione a specifici progetti di miglioramento dell'assistenza e contenimento dei costi, definiti e/o negoziati annualmente con la Direzione aziendale. Tale forma di incentivazione che ha l'obiettivo di premiare le performance migliori si aggiunge alla retribuzione di risultato di cui al precedente art.18. L'assegnazione del bonus compete, nei limiti dei residui generati a seguito del riconoscimento della retribuzione di risultato di cui al precedente articolo, secondo criteri e modalità da definirsi in sede di contrattazione integrativa, al Direttore di Dipartimento/Direttore Professioni Infermieristiche e Tecniche/Direzione Generale, a conclusione

del processo di valutazione della performance individuale, sulla base di motivate proposte da parte dei Direttori di UU.OO. afferenti al dipartimento/altre articolazioni.

TITOLO V: VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI ASSEGNATI AL PERSONALE

ART. 20 – VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI

1. La valutazione dei dirigenti e del personale del comparto titolari di incarichi di posizione organizzativa e con incarichi di coordinamento è caratteristica essenziale del rapporto di lavoro e ne costituisce elemento essenziale. Essa è diretta a riconoscere ed a valorizzare la qualità e l'impegno del dipendente, anche al fine del conseguimento di più elevati livelli di responsabilità nell'organizzazione.

2. Sono soggetti a valutazione tutti i dirigenti e il personale del comparto titolare di posizione organizzativa e di funzioni di coordinamento, alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti.

3. La valutazione di fine incarico dei dirigenti è effettuata, in prima istanza, dal dirigente della struttura di appartenenza del valutato e in seconda istanza dal Collegio Tecnico. La valutazione di fine incarico del personale titolare di posizione organizzativa e con funzioni di coordinamento è effettuata, in prima istanza, dal dirigente della struttura di appartenenza del valutato (es. direttore SIT relativamente al personale infermieristico e tecnico-sanitario, il dirigente responsabile della struttura di assegnazione per quanto riguarda il personale amministrativo e tecnico) e in seconda istanza, qualora ne ricorrano le condizioni, dal Collegio di riesame nei casi e con le modalità previste al precedente art.15 .

ART. 21 – CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

L'assegnazione degli incarichi dirigenziali viene effettuata con provvedimento del Direttore Generale, nel rispetto delle procedure definite a livello aziendale, di cui al:

- Regolamento approvato con delibera del DG n. 14 del 27.1.2009, allegato 1 e s.m.i. per l'affidamento e revoca degli incarichi di responsabile di struttura semplice e di natura professionale, al personale dirigente dell'area Medico e Veterinaria.
- Regolamento approvato con delibera del DG n. 14 del 27.1.2009, allegato 2 e s.m.i., di affidamento e revoca degli incarichi al personale dirigente dell'area Sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa.
- Regolamento approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 120 del 2.9.2002 e s.m.i., per il conferimento delle funzioni di coordinamento al personale dipendente del SIT.
- Regolamento a seguito di accordo sindacale approvato in data 2.12.2008 e s.m.i. per il conferimento degli incarichi di Posizione organizzativa al personale del comparto.

Restano ferme le disposizioni di legge relative all'affidamento degli incarichi di struttura complessa al personale dell'area Medico e Veterinaria e del ruolo della dirigenza sanitaria.

ART. 22 – IL CONTRATTO INDIVIDUALE

1. Gli incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa e di coordinamento al personale del comparto, sono oggetto di apposito contratto individuale, il quale dovrà essere sottoscritto, di norma, entro il termine massimo di trenta giorni, dal provvedimento di conferimento dell'incarico da parte del Direttore Generale, salvo diversa proroga stabilita dalle parti. L'invito alla sottoscrizione deve essere formalmente comunicato con raccomandata o PEC al dipendente interessato. In mancanza di consenso e di conseguente sottoscrizione del contratto, non si può procedere al conferimento dell'incarico e le parti riassumono la propria autonomia negoziale.

2. Il rinnovo del medesimo incarico dirigenziale, a seguito di valutazione positiva, può avvenire attraverso la sola stipulazione di appendice integrativa al precedente contratto scaduto.

ART. 23 – OGGETTO DELLA VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI

1. La valutazione ha per oggetto la verifica dei seguenti elementi:

- a) livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- b) risultati raggiunti annualmente nel periodo di incarico;
- c) livelli di competenza dimostrati e sviluppati nel periodo di incarico, anche in ragione dell'acquisizione di specifiche capacità e specializzazioni.

2. Coerentemente a quanto già rappresentato al precedente art. 2 del presente regolamento, i processi di valutazione devono essere improntati ai seguenti principi:

- a) trasparenza dei criteri di valutazione che devono essere preventivamente resi noti al Valutato e dei risultati che devono essere comunicati alle parti interessate;
- b) oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- c) doppia istanza di valutazione (con Valutatore di prima e seconda istanza);
- d) diretta conoscenza dell'attività del Valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione;
- e) imparzialità;
- f) informazione e partecipazione del Valutato al processo di valutazione anche attraverso la comunicazione e l'eventuale contraddittorio nella valutazione;
- g) celerità e puntualità al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse all'incarico conferito.

ART. 24 – FASI DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI

1. La valutazione degli incarichi assegnati al personale costituisce il risultato conclusivo di un percorso che si sviluppa nel tempo e che richiede un costante coinvolgimento delle parti in termini di confronto, con periodiche verifiche, almeno annuali, in ordine all'andamento ed al livello di

perseguimento degli obiettivi fissati. Il sistema di valutazione degli incarichi si articola nelle seguenti fasi:

- Contratto individuale: definizione obiettivi e sottoscrizione
- Condivisione e sottoscrizione della scheda obiettivi di incarico
- Autovalutazione
- Valutazione di 1° istanza
- Valutazione di 2° istanza con collegio tecnico
- Conferma, modifica o revoca incarico.

2. La valutazione richiede la partecipazione attiva del valutato, sia in fase di definizione degli obiettivi legati all'incarico assegnato, sia in fase di valutazione periodica e finale, anche, attraverso una autovalutazione. Il valutatore dovrà esplicitare la valutazione effettuata, anche attraverso un confronto diretto con il valutato. Il colloquio con il valutato è una fase fondamentale del processo di valutazione. È il momento in cui il valutatore deve comunicare e spiegare la valutazione al dipendente, sottolineando gli aspetti positivi e negativi della sua performance, incentivando nel valutato un'autovalutazione critica delle proprie prestazioni, al fine di concordare opportune azioni di miglioramento e sviluppo professionale.

La valutazione richiede pertanto chiarezza e condivisione degli obiettivi fin dal momento della sottoscrizione del contratto di incarico.

3. Con la scheda allegata al contratto di incarico vengono esplicitati e condivisi gli obiettivi di mandato, i target attesi, il livello di competenze richieste, nonché la metodologia e gli indicatori che saranno presi a riferimento per la valutazione finale.



ART. 25 – TERMINI DEL PROCEDIMENTO DI VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI

1. La procedura di valutazione viene avviata dal SUMAP almeno 90 giorni prima la scadenza dell'incarico o della maturazione dei requisiti di cui ai CC.CC.NN.LL. dell'area della dirigenza sanitaria nel tempo vigenti (compimento del primo quinquennio di servizio, o esperienza ultra quinquennale), mediante l'invio al Valutatore di prima istanza ed al Valutato della scheda di valutazione, già compilata nelle parti di propria conoscenza e competenza.

2. La valutazione dovrà di norma concludersi:

a) nei casi di valutazione dell'incarico dirigenziale, entro la scadenza dell'incarico stesso, allo scopo di assicurare senza soluzione di continuità, il rinnovo o l'affidamento di altro incarico nell'ottica di una efficace organizzazione del lavoro. Qualora la procedura di valutazione non fosse ancora conclusa alla data di scadenza dell'incarico, il titolare continua ad esercitare, in regime di proroga, le relative funzioni nelle more della conclusione della procedura stessa e della nuova assegnazione dell'incarico;

b) negli altri casi dovrà concludersi non oltre 30 giorni successivi il maturare del requisito.

Il Valutatore provvederà a completare la scheda, in ordine ai risultati raggiunti dal valutato con l'eventuale supporto delle strutture di staff di coordinamento del sistema di valutazione aziendale.

ART. 26 – LA VALUTAZIONE DI I^ E II^ ISTANZA DEL PERSONALE DIRIGENTE E PERSONALE DEL COMPARTO TITOLATE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA O FUNZIONI DI COORDINAMENTO

1. La valutazione del personale dirigente, in conformità a quanto dettato dai CC.CC.NN.LL., si sviluppa su due livelli:

a) Valutazione di I^ istanza

b) Valutazione di II^ istanza (Collegio Tecnico) nei rispettivi ambiti come esplicitati nei CC.CC.NN.LL. vigenti nel tempo.

a) Il valutatore di prima istanza

E' il soggetto sovraordinato che procede alla valutazione del Dirigente, di norma entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della scheda. Il Valutatore di prima istanza, formula la propria valutazione sull'attività professionale svolta dal dipendente, utilizzando atti e/o fatti che attengono in modo diretto all'attività del valutato durante il periodo di riferimento. Il Valutatore e lo stesso dipendente sottoposto a valutazione, qualora quest'ultimo abbia svolto – nel periodo di riferimento della valutazione - la propria attività in altra U.O. aziendale o in altra Azienda Sanitaria o Pubblica Amministrazione, hanno facoltà di integrare l'istruttoria attraverso altri giudizi e/o produrre la relativa documentazione.

Il Dirigente Direttore/Responsabile di Struttura, all'atto della cessazione dal rapporto di servizio, è tenuto a produrre una relazione per ciascun dirigente afferente alla propria struttura, indipendentemente dalla scadenza dell'incarico, che non sarà vincolante per il perfezionamento della procedura di valutazione, ma solo orientativa.

b) Il Collegio Tecnico

Il Collegio Tecnico, di norma composto, anche, da personale dirigenziale esterno all'Azienda è individuato secondo i criteri previsti da apposito regolamento aziendale.

Le funzioni di Presidente del Collegio Tecnico sono di norma svolte, a seconda dell'area della dirigenza di riferimento dal Direttore Sanitario o Amministrativo o dal Direttore di Dipartimento.

Il Collegio Tecnico è tenuto a dare un giudizio "complessivo" che, oltre a tenere conto del precedente lavoro di valutazione di prima istanza, deve verificare la correttezza della regolarità della procedura di valutazione, anche in termini di corretto contraddittorio. In caso di valutazione di prima istanza negativa è tenuto a svolgere nuova istruttoria e considerare, ai fini dell'espressione del giudizio finale, anche eventuali ulteriori elementi integrativi.

Il Collegio Tecnico opera nella sua composizione piena e con la presenza di professionalità esterne, solo nel caso di valutazione negativa o nel caso in cui la valutazione di prima istanza si concluda con mancanza di condivisione del giudizio finale, mentre nel caso di valutazione di prima istanza positiva e qualora non ci siano specifiche richieste di riesame da parte delle parti, il Collegio Tecnico si esprimerà in composizione monocratica attraverso il solo Presidente del Collegio, attestando la conformità della procedura seguita al regolamento aziendale e la conformità del giudizio finale rispetto agli elementi presi in considerazione per la valutazione (**Allegato C**).

2. Considerata l'unitarietà della procedura la "valutazione di seconda istanza" da parte del Collegio Tecnico non deve essere considerata sinonimo di secondo grado. La valutazione, infatti, resta unica ed il giudizio espresso sul dirigente è uno solo, frutto di valutazione e comparazione degli elementi di valutazione a diversi livelli.

ART. 27 – ITER DELLA VALUTAZIONE

1. Acquisita dal SUMAP la richiesta e la scheda di valutazione, il Valutatore ai fini dell'istruttoria si attiverà, presso i competenti Uffici aziendali, in modo da acquisire:

- a) la certificazione in ordine alla partecipazione del Valutato ai programmi di formazione permanente aziendale;
- b) la certificazione relativa alla formazione effettuata valida ai fini E.C.M.
- c) la documentazione in ordine all'attività espletata e le prestazioni eseguite;
- d) la documentazione scientifica attestante livelli personali di preparazione ulteriori, rispetto a quelli desumibili dall'attività professionale svolta nel periodo di riferimento;
- e) la relazione, eventualmente, elaborata dal valutato sull'attività svolta nel periodo oggetto di valutazione concernente la natura e la durata delle funzioni svolte, l'attività didattica, di formazione, scientifica, di sperimentazione e di ricerca svolte.

2. Il Dirigente sottoposto a valutazione, a sua volta, ricevuta la scheda, provvederà a richiesta del valutatore a compilarla ai fini dell'autovalutazione ed a trasmetterla, allegando la relazione di cui al precedente punto e). Nell'autovalutazione il Dirigente deve fare riferimento in via esclusiva alle

attività professionali effettuate nel periodo considerato. L'omessa autovalutazione nei termini richiesti non pregiudica il prosieguo della procedura di valutazione.

3. Il Valutatore di prima istanza, acquisiti tutti gli elementi e la scheda di autovalutazione compilata dal valutato, invita il Dirigente per un colloquio utile ai fini della valutazione. A detto colloquio il Valutatore di prima istanza può sottoporre al Valutato una bozza di scheda, in precedenza predisposta, con relativi punteggi ovvero illustrare i punteggi al momento ipotizzati. Dal contraddittorio emergerà il punteggio e il giudizio definitivo, che verrà riportato nella scheda definitiva. E' facoltà del Valutatore e del Valutato riportare nella scheda di valutazione considerazioni e/o osservazioni. In caso di valutazione che raggiunga comunque un esito positivo le osservazioni del Dirigente Valutato non pregiudicano il proseguimento del procedimento.

4. La scheda deve essere datata e sottoscritta dal Valutatore e dal Valutato. La mancata sottoscrizione da parte del valutato, o qualora questa non sia condivisa, determina l'avvio della valutazione di seconda istanza da parte di Collegio Tecnico. In caso di non condivisione della valutazione di prima istanza vanno riportati in scheda o in allegato i motivi che spingono il valutato a non condividere il giudizio conclusivo.

5. La scheda di valutazione di prima istanza viene, quindi, trasmessa dal Valutatore di prima istanza alla SUMAP, che provvederà alla convocazione del Collegio Tecnico. Nel caso di valutazione di prima istanza positiva il Collegio Tecnico in composizione monocratica, procede a verificare, in funzione di garanzia l'iter formale dell'intero procedimento, il rispetto dei principi di cui al presente regolamento, quindi compila la scheda di valutazione di seconda istanza, trasmettendola poi al SUMAP per gli adempimenti di competenza.

6. Per i Direttori di Dipartimento e i dirigenti a capo di Strutture in staff alla Direzione Generale la valutazione di prima istanza è di competenza della Direzione Generale secondo la linea gerarchica prevista nell'atto aziendale. La valutazione, oltre agli obiettivi di mandato assegnati al dirigente, deve tener conto della rispondenza dell'attività svolta in relazione alle linee strategiche dettate dalla Direzione Generale, elemento che attiene direttamente al rapporto fiduciario insito negli incarichi che assumono rilievo strategico per l'Azienda.

7. Al termine del procedimento di valutazione, le schede e i verbali recanti gli esiti finali definitivi delle verifiche saranno inseriti da parte del SUMAP nel fascicolo personale del Dirigente.

ART. 28 – VALUTAZIONE COLLEGIO TECNICO A SEGUITO DI VALUTAZIONE DI I^A ISTANZA NEGATIVA

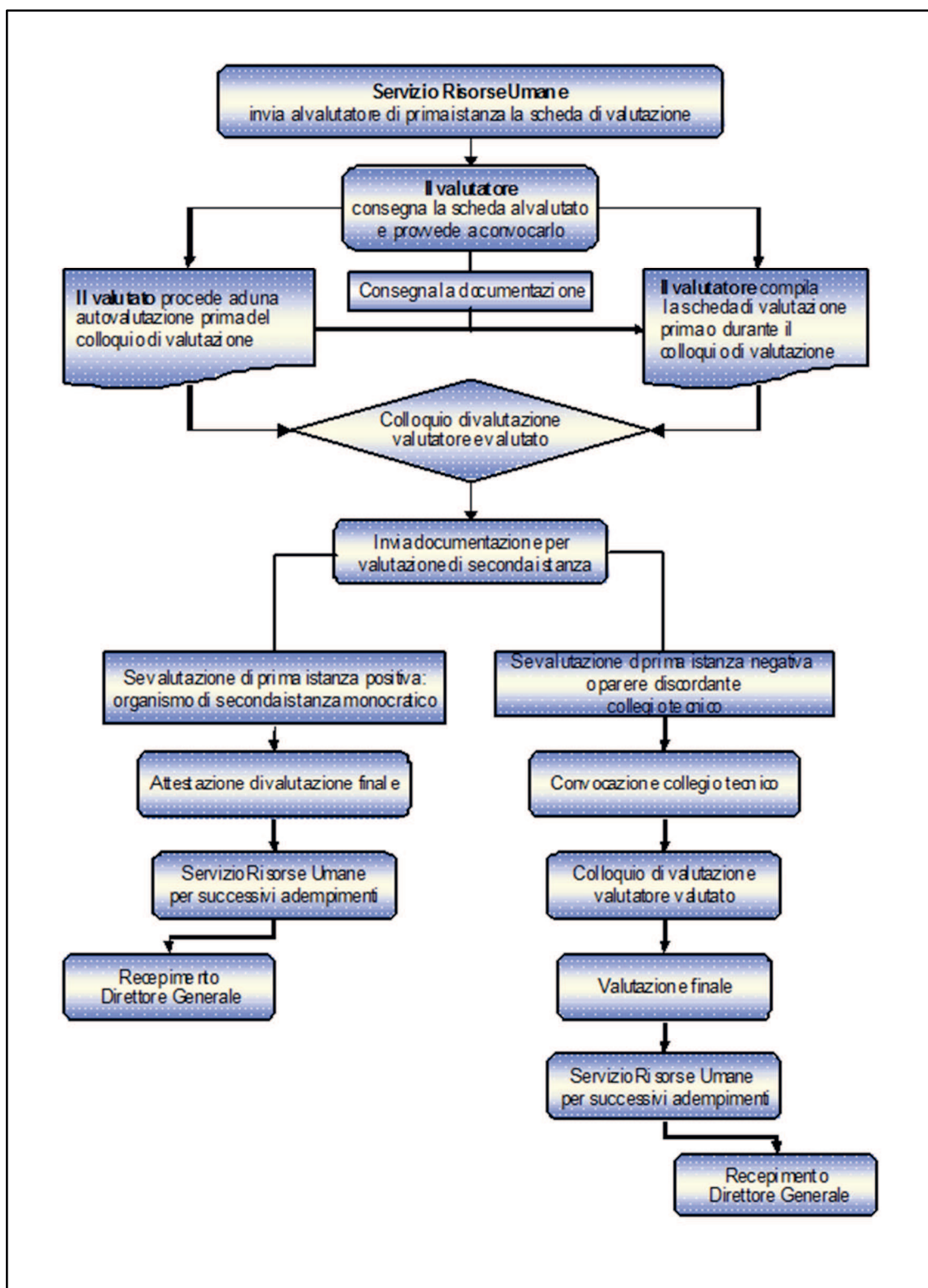
1. In caso di valutazione di prima istanza negativa, si procede alla valutazione di seconda istanza da parte del Collegio Tecnico nella sua composizione ordinaria, con anche la presenza di membri esterni all'Azienda. Il Collegio Tecnico è tenuto alla verifica degli atti e del procedimento di valutazione di prima istanza e a procedere ad una propria istruttoria, anche attraverso l'acquisizione

di ulteriore documentazione e ad apposite distinte audizioni del Valutatore di prima istanza e del Valutato. In questa sede il Valutato può essere assistito da persona di sua fiducia ed il Valutatore di prima istanza può produrre ulteriore documentazione o indicare testimoni utili a supporto della valutazione già espressa. Per detti fini il Collegio Tecnico deve dare congruo termine ai Dirigenti coinvolti.

2. Il Collegio Tecnico deve completare i propri lavori entro il termine di 30 giorni dall'insediamento, che deve avvenire entro 10 giorni dalla comunicazione di nomina. Qualora per oggettive e comprovate ragioni tale termine non possa essere rispettato, il Collegio Tecnico, previa comunicazione al Direttore Generale, può richiedere una proroga di ulteriori 30 giorni.

3. Il Collegio Tecnico, nel caso di conferma del giudizio negativo, predispone oltre alla scheda di valutazione di seconda istanza apposita relazione scritta, alla quale sono allegate le eventuali controdeduzioni e dichiarazioni rese in audizione dal Dirigente valutato e dal valutatore di prima istanza. Detta documentazione è trasmessa formalmente tramite il SUMAP al Direttore Generale dell'Azienda per gli adempimenti di competenza.

Di seguito si riporta la Flowchart del percorso valutazione incarichi.



ART. 29 – GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

1. Ai fini della correttezza dello svolgimento dei processi valutativi, è fondamentale che fin dalla sottoscrizione del contratto individuale di lavoro ogni dirigente abbia piena contezza degli obiettivi attribuiti in ordine al contesto organizzativo di assegnazione, per cui sarà fondamentale che ogni direttore/responsabile di struttura proceda ad informare ogni collaboratore dei risultati attesi, delle competenze richieste, nonché della metodologia di valutazione a fine incarico, illustrando in maniera opportuna gli strumenti di valutazione (schede), che di seguito vengono illustrati.

2. Gli elementi fondamentali per la valutazione devono, pertanto, trovare la loro esplicitazione nell'ambito del contratto individuale, quale strumento base per la definizione dei contenuti del "patto" fra il dirigente e l'Azienda. La valutazione di fine incarico viene effettuata in via generale sulla base di tre distinte aree:

- obiettivi di mandato
- competenze (tecnico-professionali, relazionali, organizzative e manageriali per chi ricopre incarichi di natura gestionale)
- risultati annuali conseguiti nel periodo di incarico.

Ogni area di valutazione va declinata in apposita scheda allegata al contratto individuale di incarico, in termini di obiettivi, indicatori e target attesi.

Obiettivi di mandato. Devono essere specificatamente indicati, per ogni dirigente, in relazione all'incarico attribuito, all'atto della sottoscrizione del contratto. Il contratto individuale deve specificare, in relazione all'incarico affidato, gli obiettivi di mandato assegnati con i relativi indicatori, target e standard, ove possibile.

Competenze professionali. Tale valutazione deve consentire di apprezzare in modo efficace i diversi aspetti della valorizzazione del sapere posseduto e della relazione di scambio con l'organizzazione in cui la risorsa opera. All'atto della sottoscrizione del contratto individuale di incarico verrà definito il livello di competenze richiesto per l'espletamento dell'incarico assegnato e dello sviluppo atteso nel periodo. Per quanto riguarda i criteri di valutazione delle competenze si rimanda agli artt. 12 e 13 del presente regolamento. Annualmente il Direttore della struttura provvederà, attraverso apposita scheda alla valutazione del livello di competenze espresso nell'anno. La media dei punteggi conseguiti annualmente determinerà il risultato della valutazione di fine incarico. Transitoriamente, fino all'entrata a regime delle seguenti modalità di valutazione delle competenze, stante la vigenza di contratti individuali di incarico sottoscritti tra le parti, che prevedono diverse modalità di valutazione delle competenze, si conviene che fino alla scadenza dei contratti in essere le nuove modalità e criteri di valutazione delle competenze potranno essere considerati elementi istruttori, nei limiti e termini in cui il valutatore riterrà opportuno.

Risultati annuali conseguiti nel periodo di incarico. Ai fini della valutazione complessiva dell'incarico vengono prese in considerazione anche i risultati conseguiti in ordine alla performance annuale di cui ai titoli precedenti.

ART. 30 – PESI ED ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI PER AREA E PER TIPOLOGIA DI INCARICO

Di seguito si esplicitano, in relazione alla tipologia dell'incarico assegnato i pesi delle singole aree di valutazione di cui al capitolo precedente.

Dirigente con incarico di struttura (complessa o semplice)

- Area obiettivi di mandato: peso 25 punti, da attribuirsi proporzionalmente sulla base del livello percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati.
- Area competenze peso 35 punti così ripartiti: 10 punti in relazione al livello delle competenze tecnico-professionali; 10 punti in relazione al livello di competenze organizzative; 5 punti in relazione alle competenze relazionali; 10 in relazione alle competenze di carattere manageriale.
- Area relativa alla valutazione delle performance annuali: peso 40 punti da attribuirsi in ragione della media percentuale delle valutazioni annuali del periodo preso in considerazione.

Dirigente Professional

- Area obiettivi di mandato: peso 25 punti da attribuirsi proporzionalmente sulla base del livello percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati.
- Area competenze peso 35 punti così ripartiti: 20 punti in relazione al livello delle competenze tecnico-professionali; 10 punti in relazione al livello di competenze organizzative; 5 punti in relazione alle competenze relazionali.
- Area relativa alla valutazione delle performance annuali: peso 40 punti da attribuirsi in ragione della media percentuale delle valutazioni annuali del periodo preso in considerazione.

Dirigente neo assunto o con incarico base

- Area obiettivi di mandato: peso 15 punti, da attribuirsi proporzionalmente sulla base del livello percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati.
- Area competenze peso 35 punti così ripartiti: 20 punti in relazione al livello delle competenze tecnico-professionali; 5 punti in relazione al livello di competenze organizzative; 10 punti per quanto riguarda le competenze relazionali.
- Area relativa alla valutazione delle performance annuali: peso 50 punti da attribuirsi in ragione della media percentuale delle valutazioni annuali del periodo preso in considerazione.

Dirigente sanitario: valutazione pluriennale di equiparazione a 5/15 anni di

- Area competenze peso 50 punti così ripartiti: 20 punti in relazione al livello delle competenze tecnico-professionali; 15 punti in relazione al livello di competenze organizzative; 15 punti per quanto riguarda le competenze relazionali.
- Area relativa alla valutazione delle performance annuali: peso 50 punti da attribuirsi in ragione della media percentuale delle valutazioni annuali del periodo preso in considerazione.

Titolare di Posizione organizzativa e Funzioni di coordinamento

- Area obiettivi di mandato: peso 25 punti, da attribuirsi proporzionalmente sulla base del livello percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati.
- Area competenze peso 35 punti così ripartiti: 10 punti in relazione al livello delle competenze tecnico-professionali; 20 punti in relazione al livello di competenze organizzative e manageriali per il personale che assume incarichi anche di natura gestionale; 5 punti in relazione alle competenze relazionali.
- Area relativa alla valutazione delle performance annuali: peso 40 punti da attribuirsi in ragione della media percentuale delle valutazioni annuali del periodo preso in considerazione.

ART. 31 – RISULTATI ED EFFETTI DELLA VALUTAZIONE

1. In ottemperanza a quanto dettato dai CC.CC.NN.LL. la valutazione, a conclusione del periodo di incarico assegnato, è elemento imprescindibile per la riconferma o meno dell'incarico e/o l'assegnazione di incarichi di livello superiore.

2. La valutazione è considerata positiva qualora il dipendente consegua un punteggio complessivo ≥ 60 punti, negativa al di sotto di tale soglia.

La valutazione è considerata negativa anche nei casi in cui non si raggiunga una valutazione di sufficienza, pari almeno alla metà del punteggio attribuito, in ognuna delle aree di valutazione (obiettivi di mandato, competenze professionali, valutazione performance annuale);

3. L'esito positivo della valutazione produce i seguenti effetti:

- a) per i dirigenti di struttura complessa o semplice, alla scadenza del periodo di incarico realizza la condizione per la conferma nell'incarico già assegnato o per il conferimento di altro della medesima tipologia di pari o maggior rilievo gestionale ed economico;
- b) per gli altri dirigenti realizza la condizione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di pari o maggior rilievo professionale ed economico o di struttura semplice;
- c) per i dirigenti neo assunti, al termine del quinto anno e nei termini e con le modalità previste dalla legge, dai rispettivi CCNL e dai regolamenti aziendali in materia di conferimento degli incarichi: l'attribuzione di incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, nonché di responsabilità/direzione di struttura; l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia superiore (limitatamente al personale del ruolo sanitario);
- d) per i dirigenti del ruolo sanitario al maturare dell'esperienza professionale richiesta dei cinque e dei quindici anni, i riconoscimenti previsti dai vigenti CC.CC.NN.LL.;
- e) per il personale del comparto titolare di posizione organizzativa e con funzioni di coordinamento alla scadenza del periodo di incarico realizza la condizione per la conferma nell'incarico già assegnato o per il conferimento di altro della medesima tipologia di pari o maggior rilievo gestionale ed economico.

4. L'esito positivo della valutazione è condizione necessaria, ma non sufficiente, per la conferma del medesimo incarico oggetto di valutazione, fermo restando il conferimento di altro incarico della medesima tipologia, di pari o maggiore rilievo gestionale ed economico, fatte salve le disposizioni di legge vigenti. La proposta di conferma/conferimento di incarico dirigenziale dovrà essere proposta dal Direttore/Responsabile della Struttura al Direttore Generale, dandone motivazione scritta.

5. L'esito negativo della valutazione produce i seguenti effetti:

- a) in caso di esito negativo della valutazione nel caso di dirigenti di struttura complessa l'incarico non è confermato. Il dirigente è mantenuto in servizio con altro incarico di natura professionale, nei termini e condizioni disciplinati dal CCNL vigente;
- b) nei confronti dei restanti dirigenti, compresi quelli con incarico di direzione di struttura semplice, il risultato negativo della valutazione non consente la conferma nell'incarico già affidato e comporta l'affidamento di un incarico di natura professionale;
- c) per i dirigenti con meno di cinque anni, il risultato negativo della valutazione al termine del quinquennio comporta il ritardo di un anno nell'eventuale conferimento di un incarico ai sensi di quanto previsto al precedente comma 3 lett. c);
- d) per il personale del comparto titolare di posizione organizzativa e il personale del ruolo sanitario con funzioni di coordinamento la valutazione negativa non consente la conferma dell'incarico fermo restando le garanzie previste dai CC.CC.NN.LL. e dai regolamenti aziendali vigenti. Rimane nella facoltà della Direzione aziendale l'attribuzione al dipendente di nuovo analogo incarico in altre aree/settori dell'Azienda.

ART. 32 – VALUTAZIONE STRAORDINARIA DELL'INCARICO DIRIGENZIALE

1. In via straordinaria i dirigenti con incarico di struttura complessa e semplice possono essere sottoposti a verifica nel corso dell'incarico, oltre che nella circostanza di due valutazioni annuali negative, qualora si verificano situazioni di grave pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività, alla regolare funzionalità del servizio e al livello di qualità delle prestazioni erogate all'utenza, ovvero vengano riscontrate a carico dei dirigenti violazioni gravi a livello gestionale e professionale.

2. La valutazione straordinaria esula, comunque, dai procedimenti di carattere disciplinare in ordine all'inosservanza dei doveri d'ufficio o di gravi inadempienze che comportano responsabilità dirigenziale.

3. La valutazione straordinaria nel corso dell'incarico è effettuata dal Collegio Tecnico, previa istruttoria curata dal soggetto che effettua in prima istanza la valutazione.

4. In caso di valutazione straordinaria, il Valutatore di prima istanza, a conoscenza del sussistere in capo al Dirigente delle ipotesi di risultati gestionali negativi o gravi criticità in tema di regolare svolgimento dell'attività di servizio, sentito il Direttore Generale e con il supporto della Struttura aziendale preposta alla valutazione, avvia la procedura di valutazione mediante contestazione dei

risultati e fatti all'interessato, con l'indicazione dell'ufficio presso il quale potrà prendere visione della documentazione a supporto.

5. E' facoltà dell'interessato prendere visione delle documentazione della procedura e di estrarne copia nonché di produrre memorie scritte e documenti che l'organo procedente ha l'obbligo di valutare ove siano pertinenti all'oggetto della procedura, oltre a procedere a confronto in contraddittorio.

6. Il Valutatore di prima istanza, terminata l'istruttoria e sentito il Dirigente, trasmette la scheda di valutazione con le risultanze al Collegio Tecnico.

7. Il Collegio Tecnico, esaminata la documentazione, procede con le modalità e la tempistica di cui al precedente art. 28, acquisendo in contraddittorio le controdeduzioni del Dirigente interessato che può farsi assistere da persona di fiducia.

8. A conclusione dei lavori qualora il Collegio Tecnico esprima un giudizio negativo dovuto ai risultati negativi in ambito sanitario o della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa o all'inosservanza delle direttive ricevute, trasmette gli atti tramite il SUMAP al Direttore Generale per l'eventuale adozione dei provvedimenti previsti dai CC.CC.NN.LL. nel tempo vigenti.

9. Se al termine della procedura di valutazione straordinaria il Collegio Tecnico non formula un giudizio negativo la procedura verrà archiviata.

TITOLO V: LA VALUTAZIONE DEL PERIODO DI PROVA

ART. 33 – MODALITA' PER LA VALUTAZIONE DEL PERIODO DI PROVA

1. L'Azienda provvede a definire strumenti e modalità uniformi di valutazione del periodo di prova del personale neo-assunto.

2. Alla scadenza del periodo di prova il superiore gerarchico, su richiesta del SUMAP, è tenuto ad esprimere un giudizio attraverso la compilazione di una scheda di valutazione in merito alla capacità ed alle attitudini dimostrate durante il periodo di prova dal neo assunto, nonché l'impegno ed il livello generale di adeguatezza al ruolo rivestito.

3. Per quanto riguarda il personale del comparto la valutazione del periodo di prova è conseguente ad un percorso strutturato che prevede l'affiancamento del neoassunto con un tutor di riferimento. Durante il periodo di prova vengono effettuati momenti di verifica intermedia volti ad evidenziare punti di forza e punti di debolezza del personale in inserimento.

A fine percorso il Direttore dell'U.O. e il tutor esprimono la valutazione di conclusione del periodo di prova che, se positiva, viene inviata al SUMAP per gli adempimenti di competenza in ordine alla conferma in ruolo. In caso di giudizio non positivo o se a metà percorso viene rilevato che il dipendente mostra difficoltà, la Direzione di riferimento può provvedere ad organizzare un secondo percorso di affiancamento in un'altra U.O. o settore di attività, in seguito al quale si provvederà alla valutazione definitiva.

TITOLO VI: RINVII NORMATIVI E DECORRENZA

ART. 34 – NORME FINALI E DECORRENZA DI APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si applica la normativa nazionale e regionale, nonché i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti nel tempo.

2. Il presente Regolamento, che effettua un'armonizzazione delle disposizioni di cui alle delibere OIV-SSR e delle disposizioni dettate dalla Regione Emilia-Romagna in materia di valutazione della personale e dei CC.CC.NN.LL., sarà sottoposto a revisione qualora future leggi o contratti dispongano diversamente rispetto alle presenti statuizioni.

3. Il presente regolamento sostituisce a decorrere dalla data di adozione del relativo atto di recepimento, i seguenti precedenti atti:

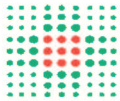
- regolamento aziendale in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali approvato con deliberazione Dg n.46 del 15.4.2014 e s.m.i.
- regolamento aziendale "Sistema aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze" approvato con deliberazione Dg n.2 del 15.1.2016 e s.m.i.

4. La procedura di valutazione degli incarichi di cui al presente regolamento non si applica per gli incarichi relativi a contratti già in corso, per i quali alla scadenza si applicheranno le procedure di valutazione definite e condivise all'atto della sottoscrizione del contratto individuale di incarico.

TEMPISTICA ED AZIONI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

PERIODO	AZIONE	TEMPISTICA	TITOLARITA' DELL' AZIONE
Inizio percorso Novembre/Aprile	Adozione Piano triennale della performance	Novembre/gennaio	Direzione Generale Struttura Tecnica di staff
	Adozione Linee Guida al Budget ed avvio del processo di negoziazione con Direttori di Dipartimento	Novembre/dicembre	Direzione Generale Struttura Tecnica di staff
	Definizione degli obiettivi ed indicatori di budget legati alla performance organizzativa	Novembre/dicembre	Direzione Generale Struttura Tecnica di staff
	Attribuzione degli obiettivi ai Dipartimenti	Dicembre/gennaio	Direzione Generale
	Negoziazione del budget con U.O. e attribuzione degli obiettivi (Performance organizzativa)	febbraio/marzo	Direttore Dipartimento
	Attribuzione obiettivi individuali e dei comportamenti ai Direttori di U.O. Complessa e ai Responsabili di U.O.S. a livello dipartimentale (Performance Individuale)	febbraio/marzo	Direttore Dipartimento
	Attribuzione obiettivi individuali e dei comportamenti organizzativi ai dirigenti con incarico di Responsabili di U.O.S. e incarico Professional (Performance individuale)	marzo/aprile	Direttore U.O.C.
Metà periodo Giugno/Ottobre	Verifiche intermedie degli obiettivi di Dipartimento e degli obiettivi individuali del personale con incarico di Direttore di Dipartimento	giugno/ottobre	Direzione Generale
	Verifiche intermedie degli obiettivi di CdR e degli obiettivi individuali del personale con incarico di Direttore di U.O.C.	giugno/ottobre	Direttore di Dipartimento
	Verifiche intermedie degli obiettivi individuali personale dirigente	giugno/ottobre	Direttore U.O.C.
Fine periodo Aprile/Settembre anno successivo	Verifica finale degli obiettivi di Dipartimento e degli obiettivi individuali Direttore di Dipartimento	Aprile/maggio	Direzione Generale
	Verifica finale degli obiettivi di CdR e degli obiettivi individuali Direttore di U.O.C.	Aprile/maggio	Direttore di Dipartimento
	Verifica finale degli obiettivi individuali personale dirigente e dei comportamenti organizzativi	Aprile/maggio	Direttore U.O.C.
	Validazione del percorso di valutazione della performance e corresponsione retribuzione di risultato al personale	Maggio/giugno	Direzione Generale / OAS
	Corresponsione retribuzione di risultato al personale ed inserimento nel dossier curriculare individuale degli esiti della valutazione	Giugno/settembre	U.O. Risorse Umane
	Relazione sulla performance / Bilancio di Missione	Giugno/settembre	Direzione Generale Struttura tecnica di Staff

ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE

SCHEDA OBIETTIVI INDIVIDUALI ANNO 2018		 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA <small>Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</small>
VALUTATO: <i>Cognome Nome:</i> <i>Profilo Professionale:</i> <i>Descrizione Incarico:</i> <i>DIPARTIMENTO:</i> <i>UNITA' OPERATIVA:</i> VALUTATORE:	Data condivisione scheda: _____ Firma valutato: _____ Note/Commenti: Firma valutatore: _____	
AREA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: Totale peso area della performance organizzativa: Vedi scheda di budget		
AREA OBIETTIVI INDIVIDUALI: Totale peso area obiettivi individuali: Vedi dettaglio pagina 2		
AREA CONTRIBUTI INDIVIDUALI: Totale peso area dei contributi individuali: Vedi dettaglio pagina 3		
TOTALE VALUTAZIONE INDIVIDUALE		0%

ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE – Area obiettivi individuali

AREA OBIETTIVI INDIVIDUALI:		Totale peso area obiettivi individuali:		0%
Macroarea obiettivi	Obiettivo	Peso	Risultato atteso	Franchigia %
Totale pesi area contributi individuali:		0,00		

ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE – Area contributi individuali

AREA CONTRIBUTI INDIVIDUALI		0%	0
Totale peso da attribuire nell'area:		0%	0
Macroarea	Descrizione comportamento da valutare	Peso	Esempi ambiti di valutazione
CONTRIBUTI INDIVIDUALI (IMPEGNO E ALLINEAMENTO)	Partecipazione a progetti aziendali, dipartimentali, interaziendali, extraaziendali, regionali, ecc.		Partecipazione alle attività di pianificazione e programmazione
			Partecipazione ai lavori di gruppo nell'ambito di tavoli di ricerca ed innovazione
			Partecipazione ai Comitati di Dipartimento
			Partecipazione a Progetti in ambito di Area Metropolitana, Area Vasta e Regionali
	Partecipazione all'attività della propria struttura di appartenenza (riunioni, progetti, attività ordinaria)		Regolarità nel garantire l'attività assegnata
			Disponibilità alla collaborazione verso i colleghi e i superiori gerarchici
			Precisione nello svolgimento dei compiti assegnati
	Allineamento e rispetto dei codici, regolamenti, delibere e direttive aziendali, ecc.		Allineamento ai Regolamenti di Budget e di Valutazione della Performance
			Allineamento alle disposizioni in ambito di sicurezza del lavoro
			Rispetto degli adempimenti in materia di Anticorruzione e Trasparenza
			Rispetto del codice di comportamento
	Impegno assicurato al raggiungimento dei risultati della struttura di appartenenza		Disponibilità a condividere le proprie conoscenze all'interno della struttura di appartenenza o gruppo di lavoro
			Proattività nell'attività del lavoro di gruppo
			Puntualità nello svolgimento dei compiti assegnati
			Disponibilità alla cooperazione con colleghi e altri soggetti esterni
	Flessibilità e disponibilità nell'orario di servizio e turni		Disponibilità alla flessibilità nell'orario di servizio
Disponibilità alla sostituzione in situazioni di necessità			
Rispetto dei carichi di lavoro			
Rispetto dei turni di pronta disponibilità			
Totale pesi area contributi individuali:		0,00	

ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPETENZE ORGANIZZATIVE

VALUTAZIONE AREA DELLE COMPETENZE:					0,0%
<i>Totale punteggio assegnato:</i> 100%					
<i>Totale punteggio raggiunto:</i> -					
Macroarea	Descrizione comportamento	Punti	valutazione da 1 a 5	punti per area	Standard atteso
COMPETENZE ORGANIZZATIVE	Organizzazione del lavoro Programma ed organizza in modo appropriato le proprie attività (e di eventuali colleghi). Contribuisce alla predisposizione di piani di lavoro integrati e multiprofessionali anche con altre UU.OO. Valuta gli esiti, propone ed introduce correttivi.				Applica le strategie aziendali traducendole in direttive e proposte organizzative operative Indirizza le conoscenze, competenze e azioni verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati Orienta il proprio operato all'efficienza e all'efficacia Mantiene la motivazione e la focalizzazione sul risultato finale
					Orienta i comportamenti individuali ed organizzativi alla realizzazione dei risultati Definisce con chiarezza ciò che ci si attende Diffonde nell'organizzazione una visione ed un orientamento verso gli obiettivi da raggiungere Esprime capacità, nei limiti del ruolo ricoperto, di elaborare soluzioni autonome per la risoluzione di problemi (capacità di problem solving)
					Interpreta gli scenari in modo prospettico, promuovendo iniziative orientate al miglioramento Supporta lo sviluppo delle innovazioni organizzative, contribuendo a superare le resistenze Diffonde atteggiamenti positivi nei confronti degli interventi di riorganizzazione Appoggia concretamente suggerimenti ed idee che possono offrire opportunità migliorative
	Orientamento ai risultati Garantisce risultati, qualità, appropriatezza ed efficienza di percorsi di cura e processi di lavoro. Rispetta gli impegni assunti, monitorando lo stato di avanzamento. Gestisce le proprie attività, prendendo decisioni ed assumendo le responsabilità connesse.				
Miglioramento e innovazione Promuove, in coerenza alle strategie aziendali, soluzioni tecniche e/o organizzative per migliorare qualità dei servizi, processi di lavoro e crescita professionale. Persegue un proprio miglioramento continuo. Si aggiorna su sviluppi tecnico-scientifici ed organizzativo-normativi del proprio settore.					

ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPETENZE MANAGERIALI

COMPETENZE MANAGERIALI	Gestione del budget Gestisce risorse economiche, strumentali, umane e logistiche assegnate per il raggiungimento degli obiettivi della struttura ed aziendali. Garantisce il rispetto dei tempi di progetti e programmi. Individua e se necessario ridefinisce priorità di breve/medio periodo, allocando conseguentemente le risorse.				Gestisce in maniera sistematica le risorse
					Opera in un'ottica di sistema orientando l'organizzazione a generare efficienza ed eccellenza
					Diffonde e sostiene nell'organizzazione la cultura della programmazione
					Assegna correttamente in base ad importanza ed urgenza le attività, garantendo la realizzazione degli obiettivi nel rispetto delle scadenze
	Gestione risorse umane Garantisce alle risorse umane affidate condizioni per un corretto svolgimento delle attività. Chiarisce i ruoli in base a competenze ed aspirazioni, riconoscendo i successi. Individua opportunità di crescita sui i punti deboli. Guida, informa e coinvolge per generare motivazione impegno e spirito di squadra. Garantisce la diffusione delle competenze.				Coniuga i bisogni dell'organizzazione con le competenze e le aspirazioni delle persone che vi lavorano
					Favorisce opportunità di crescita delle persone, promuovendo percorsi di sviluppo professionale
					Valuta i propri collaboratori sapendo cogliere ed esprimere le differenziazioni di valutazione
					Individua competenze e aspirazioni delle persone, riconoscendo i successi e affrontando i punti deboli con opportunità di crescita
					Distribuisce attività e responsabilità attribuendo corretti livelli di delega
	Leadership Assume un ruolo di riferimento, guida e responsabilità verso gli altri (collaboratori, colleghi, superiori). Indirizza energie intellettuali ed emotive al raggiungimento degli obiettivi prefissati e al miglioramento continuo degli standard di lavoro.				Diffonde nel proprio team una visione e i relativi obiettivi da raggiungere
					Definisce ciò che ci si attende dagli altri, sapendo orientarli verso l'obiettivo finale
					Diffonde con autorevolezza visione, strategie e orientamento ai risultati, suscitando consenso e collaborazione
Ottiene risultati dalle persone anche in situazioni difficili e in carenza di risorse					

ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPETENZE RELAZIONALI

COMPETENZE RELAZIONALI	<p>Relazioni interne alla propria struttura Orienta il proprio operato in costante sensibilità con l'ambiente di riferimento, promuovendo integrazione, collaborazione ed ascolto tra le parti.</p>				Lavora in modo collaborativo ed incline ai collegamenti inter funzionali
					Si confronta con collaboratori e colleghi per procedere in modo integrato nella realizzazione delle attività
					Dimostra disponibilità al confronto e all'ascolto delle parti
					Disponibile a ricercare il miglior compromesso nell'interesse dell'organizzazione e dei singoli
	<p>Relazioni esterne (pazienti/utenti ed interlocutori esterni) Comunica con chiarezza le informazioni, interpretando correttamente i bisogni dell'utenza. Si interfaccia correttamente con gli interlocutori esterni.</p>				Orienta le relazioni verso una corretta interpretazione dei bisogni e delle esigenze dell'utenza in un'ottica di una loro soddisfazione
					Funge da raccordo tecnico-operativo nei rapporti tra struttura organizzativa e soggetti esterni
					Assicura un adeguato livello di comunicazione in relazione alle modalità di intervento e in risposta ai bisogni espressi dall'utenza
					Cura le relazioni con gli interlocutori esterni, mostrando disponibilità al dialogo e alla collaborazione
	<p>Lavoro di squadra Interagisce nei gruppi con i diversi ruoli organizzativi e professionali riconoscendo e valorizzando le competenze. Garantisce un contributo costruttivo nei team di lavoro, formulando proposte e condividendo informazioni. Facilita le decisioni, prevenendo o gestendo eventuali conflitti.</p>				Mostra, nelle attività di gruppo e di team, senso di appartenenza e condivisione degli obiettivi comuni
					Mostra disponibilità alla collaborazione, anche se impegnato nel proprio ambito lavorativo
					Lavora in maniera propositiva, collaborando alle soluzioni da mettere in campo
					Diffonde e mette al servizio degli altri le proprie conoscenze ed informazioni

ALLEGATO A) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI

COMPETENZE TECNICO- PROFESSIONALI	Conoscenze Mostra ed esprime un livello di conoscenze tecnico-professionali adeguato al ruolo rivestito e coerente con quanto previsto dalla disciplina di appartenenza.				Esprime un adeguato livello di conoscenze tecnico professionali in relazione a: disciplina di appartenenza, normativa di riferimento, strumenti utilizzati
					Mostra un adeguato livello di conoscenze specialistiche della propria disciplina professionale e dello specifico settore di appartenenza
					Contribuisce con proposte e progetti all'innovazione tecnico-scientifica ed organizzativa
					Esprime un adeguato livello di conoscenze trasversali rispetto alla specifica professionalità (conoscenze informatiche, lingue straniere straniere, ecc.)
	Capacità Possiede adeguata esperienza e know how per garantire continuità ed autonomia nell'esecuzione delle attività professionali e nel perseguimento degli obiettivi assegnati.				Esegue autonomamente le procedure (diagnostiche ed interventistiche) come da manuale di accreditamento
					Si attiene alle indicazioni vigenti di clinical competence in riferimento a complessità e volumi delle casistiche trattate
					Fornisce attività di tutoraggio per i neoassunti e/o colleghi meno esperti, trasferendo le proprie conoscenze e capacità professionali
	Comportamenti professionali Mostra atteggiamenti e comportamenti agiti coerenti con il proprio ruolo professionale e con i mansionari professionali vigenti (Manuali di accreditamento, Linee guida EBM, ecc.)				Garantisce appropriatezza e qualità clinica nella erogazione delle prestazioni in coerenza coi manuali di accreditamento, certificazioni di qualità, EBM, ecc.
					Svolge attività formativa, di docenza e altra attività didattica effettuata nell'ambito dei programmi di formazione a livello aziendale
Dimostra un adeguato livello di qualificazione nell'attività di ricerca (clinica applicata, sperimentazioni cliniche, organizzative e tecniche, ecc.)					
Mostra un adeguato livello di qualità nell'attività scientifica: pubblicazioni, interventi ad eventi informativi/divulgativi (convegni, conferenze, work group, ecc.)					

ALLEGATO B) FAC SIMILE SCHEDA VALUTAZIONE INCARICHI

Fac simile - Scheda valutazione incarichi

SCHEDA VALUTAZIONE DI INCARICO

Profilo della Posizione

Titolo della Posizione	
Unità Organizzativa	
Periodo di incarico	
Titolare	

A. Obiettivi di mandato relativi all'ambito organizzativo e professionale dell'incarico dirigenziale affidato

(max punti 25 = incarico di struttura; max 20 punti = incarico professionale; max 15 punti = incarico base e neoassunto)

OBIETTIVI	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	VALUTAZIONE RISULTATO

Note _____

Valutazione: punteggio /

B. Area delle competenze professionali

(max punti 35 = incarico di struttura; max 40 punti = incarico professionale; tra i 35 e 50 punti = incarico base e neoassunto)

B.1 Conoscenze legate alla formazione professionale

CREDITI FORMATIVI	PESO	CREDITI DA ACQUISIRE	VALUTAZIONE Si/NO
Credit ECM		% professionisti con crediti ECM annui compresi tra 29 e 75 nel triennio 2014-2016	
Indicatore		>= 90%	

Valutazione: punteggio

B.2 Conoscenze tecnico-professionali

(max punti 15 = incarico di struttura; max 30 punti = incarico professionale; 25 punti incrementabili fino a 40 punti in assenza di obiettivi di mandato = incarico base e neoassunto)

COMPETENZE/CONOSCENZE RICHIESTE PER LA POSIZIONE	1	2	3	4

Legenda:

Livello 1: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello 2: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

Livello 3: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello 4: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Note

Valutazione: punteggio

B.3 Area competenze Relazionali

MACROAREA	DESCRIZIONE	INDICATORI	VALUTAZIONE				
			1	2	3	4	5
COMPETENZE RELAZIONALI	Relazioni interne alla propria struttura Orienta il proprio operato in costante sensibilità con l'ambiente di riferimento, promuovendo integrazione, collaborazione ed ascolto tra le parti.	Lavora in modo collaborativo ed incline ai collegamenti inter funzionali					
		Si confronta con collaboratori e colleghi per procedere in modo integrato nella realizzazione delle attività					
		Dimostra disponibilità al confronto e all'ascolto delle parti					
		Disponibile a ricercare il miglior compromesso nell'interesse dell'organizzazione e dei singoli					
	Relazioni esterne (pazienti/utenti ed interlocutori esterni) Comunica con chiarezza le informazioni, interpretando correttamente i bisogni dell'utenza. Si interfaccia correttamente con gli interlocutori esterni.	Orienta le relazioni verso una corretta interpretazione dei bisogni e delle esigenze dell'utenza in un'ottica di una loro soddisfazione					
		Funge da raccordo tecnico-operativo nei rapporti tra struttura organizzativa e soggetti esterni					
		Assicura un adeguato livello di comunicazione in relazione alle modalità di intervento e in risposta ai bisogni espressi dall'utenza					
		Cura le relazioni con gli interlocutori esterni, mostrando disponibilità al dialogo e alla collaborazione					
	Lavoro di squadra Interagisce nei gruppi con i diversi ruoli organizzativi e professionali riconoscendo e valorizzando le competenze. Garantisce un contributo costruttivo nei team di lavoro, formulando proposte e condividendo informazioni. Facilita le decisioni, prevenendo o gestendo eventuali conflitti.	Mostra, nelle attività di gruppo e di team, senso di appartenenza e condivisione degli obiettivi comuni					
		Mostra disponibilità alla collaborazione, anche se impegnato nel proprio ambito lavorativo					
		Lavora in maniera propositiva, collaborando alle soluzioni da mettere in campo					
		Diffonde e mette al servizio degli altri le proprie conoscenze ed informazioni					

Legenda:

1 = il livello complessivo non è adeguato allo standard professionale

2 = il livello complessivo è appena adeguato ed esistono ampi spazi di miglioramento

3 = il livello complessivo è complessivamente adeguato allo standard professionale

4 = il livello complessivo è pienamente consolidato, si attesta su elevati livelli professionali ed è quindi di alta soddisfazione per qualità ed intensità

5 = il livello complessivo è di ottima soddisfazione in quanto esprime e supera, per qualità ed intensità lo standard professionale ottimale

Note _____

Valutazione: punteggio

B4. Area competenze Manageriali (solo per gli incarichi di struttura)

MACROAREA	DESCRIZIONE	INDICATORI	1	2	3	4	5
COMPETENZE MANAGERIALI	Gestione del budget Gestisce risorse economiche, strumentali, umane e logistiche assegnate per il raggiungimento degli obiettivi della struttura ed aziendali. Garantisce il rispetto dei tempi di progetti e programmi. Individua e se necessario ridefinisce priorità di breve/medio periodo, allocando conseguentemente le risorse.	Gestisce in maniera sistematica le risorse					
		Opera in un'ottica di sistema orientando l'organizzazione a generare efficienza ed eccellenza					
		Diffonde e sostiene nell'organizzazione la cultura della programmazione					
		Assegna correttamente in base ad importanza ed urgenza le attività, garantendo la realizzazione degli obiettivi nel rispetto delle scadenze					
	Gestione risorse umane Garantisce alle risorse umane affidate condizioni per un corretto svolgimento delle attività. Chiarisce i ruoli in base a competenze ed aspirazioni, riconoscendo i successi. Individua opportunità di crescita sui punti deboli. Guida, informa e coinvolge per generare motivazione impegno e spirito di squadra. Garantisce la diffusione delle competenze.	Coniuga i bisogni dell'organizzazione con le competenze e le aspirazioni delle persone che vi lavorano					
		Favorisce opportunità di crescita delle persone, promuovendo percorsi di sviluppo professionale					
		Valuta i propri collaboratori sapendo cogliere ed esprimere le differenziazioni di valutazione					
		Individua competenze e aspirazioni delle persone, riconoscendo i successi e affrontando i punti deboli con opportunità di crescita					
		Distribuisce attività e responsabilità attribuendo corretti livelli di delega					
	Leadership Assume un ruolo di riferimento, guida e responsabilità verso gli altri (collaboratori, colleghi, superiori). Indirizza energie intellettuali ed emotive al raggiungimento degli obiettivi prefissati e al miglioramento continuo degli standard di lavoro.	Diffonde nel proprio team una visione e i relativi obiettivi da raggiungere					
		Definisce ciò che ci si attende dagli altri, sapendo orientarli verso l'obiettivo finale					
		Diffonde con autorevolezza visione, strategie e orientamento ai risultati, suscitando consenso e collaborazione					
		Ottiene risultati dalle persone anche in situazioni difficili e in carenza di risorse					

Legenda:

1 = il livello complessivo non è adeguato allo standard professionale

2 = il livello complessivo è appena adeguato ed esistono ampi spazi di miglioramento

3 = il livello complessivo è complessivamente adeguato allo standard professionale

4 = il livello complessivo è pienamente consolidato, si attesta su elevati livelli professionali ed è quindi di alta soddisfazione per qualità ed intensità

5 = il livello complessivo è di ottima soddisfazione in quanto esprime e supera, per qualità ed intensità lo standard professionale ottimale

Note _____

Valutazione: punteggio

C. Area dei risultati annuali legati alla performance individuale

(max punti 40 = incarico di struttura o incarico professionale; max 50 punti = incarico base e neoassunto)

AREA della performance individuale annuale	VALUTAZIONE PERFORMANCE
ANNO	
ANNO	
ANNO	
ANNO	
ANNO	

Performance di periodo (media percentuali):

Valutazione:

D. Giudizio di sintesi

QUADRO DI SINTESI DELLA VALUTAZIONE PROFESSIONALE	
Area di valutazione	valutazione
A - obiettivi di mandato	
B - area competenze professionali	
C - risultati annuali della performance	

Descrizione dettagliata e motivazioni specifiche

Aree ed interventi di miglioramento

Valutazione complessiva: _____ / 100

Giudizio finale: positivo negativo

Eventuali osservazioni finali da parte del dirigente valutato

Il Valutatore _____

Il Valutato _____

data _____

**ALLEGATO C) FAC SIMILE SCHEDA ORGANISMO MONOCRATICO DA USARE IN
CASO DI VALUTAZIONE 1^ ISTANZA POSITIVA**

Allegato C

Scheda organismo monocratico da usare in caso di valutazione 1^ istanza positiva

**COLLEGIO TECNICO IN COMPOSIZIONE MONOCRATICA
SCHEDA DI GIUDIZIO FINALE ALLA VALUTAZIONE DEL DIRIGENTE**

Dirigente valutato: _____

Incarico ricoperto: _____

Unità Operativa: _____

Periodo di incarico: _____

Dirigente valutatore di prima istanza: _____

Valutazione di prima istanza ottenuta: punti _____

Giudizio di valutazione di prima istanza: _____

**ESAME DELLA DOCUMENTAZIONE E DEL PROCEDIMENTO DI PRIMA ISTANZA
DA PARTE DEL VALUTATORE COMPETENTE**

E' stata data adeguata informazione al valutato: _____

Partecipazione del valutato: _____

Condivisione del giudizio finale: _____

Completezza della documentazione a supporto della valutazione di prima istanza: _____

Regolarità della procedura: _____

Giudizio finale di valutazione