



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AZIENDA: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000097
DATA: 01/07/2016 16:37
OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2016 -2018 ED ADEMPIMENTI CONSEGUENTI

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Rossi Andrea in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Dall'Olimi Emanuela - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Mingozi Massimo - Direttore Amministrativo

Su proposta di Claudio Mazzoni - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-05-01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale

DOCUMENTI:

File	Hash
DELI0000097_2016_delibera_firmata.pdf	E6CFD958A1D28B2D98F29DE15248F1FB80A0091C3C2700DB018A26E7D0DF8BDB
DELI0000097_2016_Allegato1:	CA1C4A620583D68B89C5971B8FCC90E99416D040E7A16F33BC30746B4DC67521



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 3 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.



PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE

DELIBERAZIONE

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2016 -2018 ED ADEMPIMENTI CONSEQUENTI

IL DIRETTORE GENERALE

- 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 ai dipendenti;
- 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 le 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, da ultimo, istruzioni operative in ordine alla struttura e alle modalità di redazione del Piano della Performance;



- vista la proposta del documento predisposto dalla competente struttura aziendale di Programmazione e Controllo, quale Piano della Performance Aziendale per il triennio 2016-2018, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale (allegato 1);
- valutato che il Piano della Performance 2016-2018 è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento nonché, in coerenza con le indicazioni dell'OIV unico del SSR e sottoposto all'Organismo Aziendale di Supporto, che ha manifestato il suo assenso in merito all'impostazione e i contenuti del documento stesso, come risulta a seguito della seduta del 8.6.2016, il cui verbale è agli atti dell'Ufficio Controllo di Gestione;
- considerato altresì che in attuazione della normativa vigente, come sopra richiamata, corre l'obbligo, per l'Azienda, di dare, a seguito dell'adozione per Piano della Performance 2016-2018, informazione e diffusione del Piano agli stakeholder oltre alla sua pubblicazione in apposita sezione del proprio sito istituzionale sezione "Amministrazione trasparente", al fine della sua consultazione da parte dei portatori di interessi esterni;
- ritenuto, pertanto di procedere alla formale adozione del Piano della Performance per il triennio 2016 – 2018 nel testo allegato sotto allegato 1, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Delibera

- 1) di adottare il Piano della Performance per il triennio 2016-2018 rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento sotto allegato 1);
- 2) di dare atto che il presente provvedimento viene pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda – Sezione "Amministrazione trasparente", ai sensi della D.G.R. Emilia Romagna 334/2014 e secondo le indicazioni di cui alle deliberazioni dell'OIV unico regionale per il SSR n. 2/2015 e 3/2016;
- 3) di provvedere a fornire idonea informazione del presente provvedimento agli stakeholder aziendali;
- 4) di provvedere, inoltre alla trasmissione all'OIV unico regionale per il SSR del presente provvedimento, per quanto di competenza;
- 5) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
- 6) 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 Inzola

PIANO DELLA PERFORMANCE 2016 – 2018

SOMMARIO

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

Executive Summary

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

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

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

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

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

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

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 IDENTITA' DELL'AZIENDA

1.1 Chi siamo

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

Missione

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

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

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

Visione

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

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

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

1.2 Il contesto in cui si opera

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

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

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

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

FONTE: Anagrafi Comuni e CED N.Circondario Imolese.

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

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

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

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

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

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

1.3 "Carta d'identità" del personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 Sintesi conto economico 2013 - 2015

(EURO/1000)

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

1.5 Piano investimenti 2016 - 2018

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

1.6 La struttura organizzativa

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

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

La struttura dipartimentale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

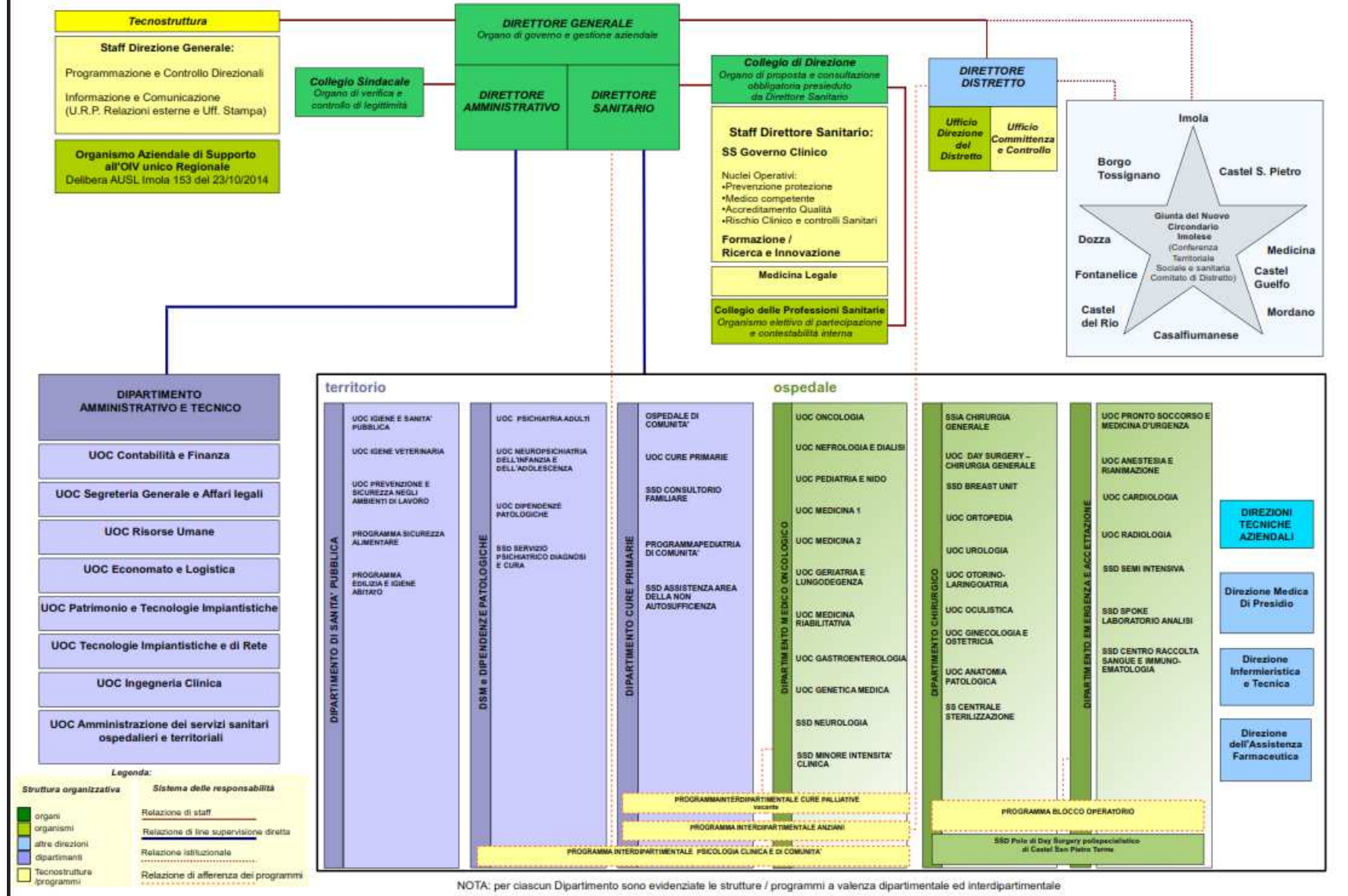
Nel 2015, l'area degenza è stata sottoposta ad un'importante revisione organizzativa che ha determinato la riduzione di 2 posti letto in SPDC e 4 posti letto in RTI e la contestuale riduzione di numero due unità di personale infermieristico. L'attività clinica e assistenziale per intensità di cura e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

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

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

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

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



2. GLI IMPEGNI STRATEGICI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE

2.1 Contesto di riferimento

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

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

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

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

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

2.2 L'albero della performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Dimensione di performance dell'utente

1.1 Area dell'Accesso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Assistenza perinatale e Procreazione medicalmente assistita (PMA)

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

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

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

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

1.2 Area dell'integrazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivo di mandato 1.8 - Integrazione socio sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

2. Dimensione di performance dei processi interni

2.1 Area della produzione

Obiettivo di mandato 1.1 - Riordino Assistenza Ospedaliera

Reti Cliniche Integrate

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

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

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

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

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

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

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

Reti Ospedaliere Integrate

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

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

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

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

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

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

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

Distretto - Case della Salute

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Distretto – Ospedale di Comunità

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

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

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

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

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

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

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

Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione

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

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

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

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

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

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

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

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

Governo clinico e Gestione del rischio

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

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

Fra gli ulteriori obiettivi specifici si richiamano in particolare:

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

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

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

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

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

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

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

Accreditamento

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

Sviluppo Piano Equità Aziendale

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

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

Politica del farmaco e governo dell'appropriatezza prescrittiva

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Area dell'organizzazione

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

Programmi di Area Metropolitana – Area Vasta

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

Servizi intermedi

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

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

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

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

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

Ambito amministrativo e tecnico-logistico

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

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

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

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

Logistica

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

Medicina del Lavoro

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

Sanità Pubblica

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

Salute Mentale

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

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

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

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

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

Obiettivo di mandato 2.6 - Adempimenti nei flussi informativi

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

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

2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza

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

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

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC)

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

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

Piano della Trasparenza (PTTI)

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

Codice Comportamentale

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

3.1 Area della ricerca e della didattica

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

Integrazione nelle sue molteplici forme

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

Piano regionale della prevenzione 2014-2018

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

Accreditamento

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

4. Rischio clinico nella sua duplice valenza.

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

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

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

3.2 Area dello sviluppo organizzativo

Obiettivo di mandato 2.7 - Valorizzazione del capitale umano

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Dimensione di performance della sostenibilità

4.1 Area economico-finanziaria

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

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

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

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

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

4.1 Area degli investimenti

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

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

Investimenti su struttura ospedaliera

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

Investimenti su case della salute

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

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

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

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

3. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

3.1 Gli ambiti di valutazione

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

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

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

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

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

3.2 Sistema aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze

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

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

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

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

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

3.3 Il Ciclo della Performance e il Regolamento di Budget

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. INDICATORI DI RISULTATO

Premessa

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

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

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

Legenda

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

UTENTE

Accesso e Domanda

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

Integrazione

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

ESITI

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

Risk Adjustment

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

Confronto

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

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

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

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

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

Produzione-Territorio

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

Produzione-Prevenzione

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

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

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

Organizzazione

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

Anticorruzione-Trasparenza

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

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Sviluppo Organizzativo

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

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

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

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

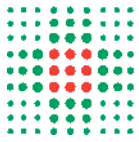
ALLEGATI AL PIANO DELLA PERFORMANCE

1. REGOLAMENTO SISTEMA DI BUDGET

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

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 risultati 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 (algebraica 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 addiuvine 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

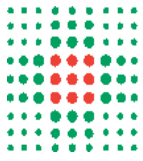
La scansione temporale delle sotto-fasi atte a consentire la rendicontazione di fine anno è definita annualmente dallo staff Programmazione e Controllo direzionali - Controllo di Gestione coerentemente con le tempistiche dettate dalla Direzione Generale.

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.

**SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE
INTEGRATA DELLA PERFORMANCE E DELLE
COMPETENZE**

Deliberazione aziendale n.2 del 15 gennaio 2016



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

SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE INTEGRATA DELLA PERFORMANCE E DELLE COMPETENZE

INDICE

TITOLO I: ASPETTI GENERALI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INTEGRATO DELLA PERFORMANCE E DELLE COMPETENZE.....	4
<i>PREMESSA</i>	<i>4</i>
<i>ART. 1 – AMBITI DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE</i>	<i>5</i>
<i>ART. 2 – LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE E IL SISTEMA BUDGETTARIO</i>	<i>6</i>
<i>ART. 3 – SOGGETTI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INTEGRATO DELLA PERFORMANCE.....</i>	<i>6</i>
<i>ART. 4 – RIFERIMENTI NORMATIVI.....</i>	<i>8</i>
TITOLO II: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ANNUALE.....	10
<i>ART. 5 – OGGETTO E FINALITA’</i>	<i>10</i>
<i>ART. 6 – PRINCIPI E CRITERI METODOLOGICI</i>	<i>11</i>
<i>ART. 7 – ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA.....</i>	<i>12</i>
<i>ART. 8 – L’AREA DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA</i>	<i>13</i>
<i>ART. 9 – L’AREA DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI</i>	<i>14</i>
<i>ART. 10 – L’AREA DEI COMPORTAMENTI ORGANIZZATIVI</i>	<i>14</i>
<i>ART. 11 – AREA DELLE COMPETENZE TECNICO – PROFESSIONALI</i>	<i>15</i>
<i>ART. 12 - LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE.....</i>	<i>15</i>
<i>ART. 13 - LA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO – PROFESSIONALI.....</i>	<i>18</i>
TITOLO III: IL PROCEDIMENTO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ED EFFETTI DELLA VALUTAZIONE	20
<i>ART. 14 - IL PROCEDIMENTO DELLA VALUTAZIONE INDIVIDUALE</i>	<i>20</i>
<i>ART. 15 – PROCEDURA DI RIESAME IN SECONDA ISTANZA DELLA VALUTAZIONE</i>	<i>21</i>
<i>ART. 16 - EFFETTI DELLA VALUTAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....</i>	<i>22</i>
TITOLO IV: IL SISTEMA PREMIAANTE.....	23
<i>ART. 17 - STRUMENTI DI INCENTIVAZIONE ECONOMICA E DI CARATTERE ORGANIZZATIVO</i>	<i>23</i>
<i>ART. 18 - RETRIBUZIONE DI RISULTATO</i>	<i>23</i>
<i>ART. 19 – BONUS ANNUALE DELLE ECCELLENZE</i>	<i>23</i>
<i>ART. 20 – VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI.....</i>	<i>24</i>
TITOLO V: DISPOSIZIONI FINALI	25
<i>ART. 21 – NORME FINALI E TRANSITORIE.....</i>	<i>25</i>
ALLEGATO A) SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE	27

TITOLO I: ASPETTI GENERALI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INTEGRATO DELLA PERFORMANCE E DELLE COMPETENZE

PREMESSA

Il D.Lgs. n.150/2009 “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, così come recepito dalla Regione Emilia Romagna con la LR n. 26/2013 e la DGR 334/2014 a cui è seguita la delibera n. 1/2014 dell'OIV unico del SSR, introduce l'adozione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, del “Piano della Performance”, documento che racchiude in un unico quadro le funzioni di: Programmazione, Monitoraggio e Valutazione delle performance aziendali.

A tal fine, l'Ausl di Imola attiva annualmente il “Ciclo integrato della Performance”, consistente in un articolato sistema di processi e strumenti che si sviluppa nelle fasi tipiche delle funzioni di Programmazione e Controllo, meccanismo che informa le Aziende Sanitarie, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente, in tema di gestione economico-finanziaria.

Sotto tale ottica il Sistema di valutazione della Performance si integra con il Sistema di Budget, meccanismo operativo specificatamente regolamentato dalla Ausl di Imola ai sensi del DGR Emilia-Romagna n 865/2013.

Le fasi integrate del sistema si articolano in:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'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 operatore;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati ai competenti organi, ai cittadini e ai soggetti interessati.

Nell'ambito del percorso annuale di Budget, sono definiti ed attribuiti gli obiettivi da perseguire ai diversi livelli organizzativi aziendali ed individualmente.

La finalità del Sistema di Valutazione integrato della Performance è rivolta:

- alla misurazione e alla valutazione della performance organizzativa a livello aziendale e a cascata delle diverse articolazioni di cui si compone;
- alla misurazione e alla valutazione della performance individuale del personale;
- ad una costante azione di *accountability* attraverso un controllo diffuso e una corretta comunicazione dei risultati conseguiti nell'interesse dei cittadini e degli *stakeholder*, garantendo trasparenza ed accessibilità alle informazioni aziendali.

ART. 1 – AMBITI DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il Sistema aziendale di valutazione integrato della performance si compone di due macro sistemi identificabili in:

- 1. Valutazione della performance annuale (organizzativa ed individuale)**
- 2. Valutazione di fine incarico.**

I due macro sistemi si integrano con riferimento alla valutazione della performance annuale (organizzativa ed individuale) che confluisce, quale specifica area, nell'ambito della valutazione di fine incarico.

La Valutazione della performance annuale, di cui al punto 1, costituisce oggetto del presente Regolamento.

La Valutazione di fine incarico, di cui al punto 2, è regolamentata dalla Deliberazione aziendale n. 46/2014.

Gli ambiti in cui si articola il sistema di misurazione e valutazione delle performance annuale, riguardano:

- la Performance Organizzativa;
- la Performance Individuale.

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

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

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

- a) il contributo individuale al raggiungimento dei risultati della gestione, di cui al precedente comma, da esplicitare e misurare attraverso la condivisione degli obiettivi dell'equipe o dell'Unità Operativa di appartenenza e il contributo su obiettivi individuali specifici, anche in

ordine all'impegno, ai contributi forniti ed all'allineamento con le strategie e i programmi aziendali;

- b) le conoscenze, capacità/abilità agite tipicamente e prevalentemente riferibili ai cosiddetti comportamenti organizzativi;
- c) le competenze tecniche e professionali, ossia quelle che caratterizzano ciascuna professione, da mantenere e sviluppare costantemente.

ART. 2 – LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE E IL SISTEMA BUDGETTARIO

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 all'emanazione degli indirizzi e delle priorità discendenti dai documenti di pianificazione strategica (Piano Programmatico/Piano della Performance), trovando la sua articolazione attraverso il sistema di *Budgeting*.

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.

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 di 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. 3 – SOGGETTI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INTEGRATO DELLA PERFORMANCE

Il Sistema di Valutazione integrato della Performance è il risultato di un articolato processo che vede coinvolti le diverse parti e i vari soggetti dell'organizzazione, secondo i ruoli di rispettiva competenza, come di seguito sinteticamente riassunti.

Direzione Aziendale

- Emanava le direttive generali contenenti gli indirizzi strategici e definisce, in collaborazione con la dirigenza aziendale, il Piano della Performance triennale;
- Emanava 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 dei dirigenti di vertice dell'Azienda.

Organismo Aziendale di Supporto all'OIV unico regionale per il 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. Tale organismo si avvale, per l'espletamento delle proprie funzioni, dell'ausilio di un Organismo Aziendale di Supporto (OAS), presso le singole aziende sanitarie.

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 all'OIV unico per il SSR.
- Monitorare il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione.
- 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.

Controllo di Gestione

- Gestisce il Processo di Budget e i relativi monitoraggi infrannuali a supporto della Direzione Generale.
- 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 valuta l'opportunità di utilizzo di nuovi indicatori di misurazione.

Unità Operativa Risorse Umane

- Assicura l'attività di supporto nella contrattazione integrativa aziendale.
- Garantisce la corretta applicazione dei contratti collettivi ed integrativi di lavoro.
- 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.

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 obiettivi al personale afferente alle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie, individuandone le competenze tecniche attese.
- Effettua la valutazione dei dirigenti e del personale del comparto titolare di Posizione organizzativa e con incarico di coordinamento afferenti all'area diretta.

Personale 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.

ART. 4 – RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Sistema di Valutazione della Performance trova riferimento dalle seguenti fonti normative:

- **D.Lgs. n. 502/1992** - "Riordino della disciplina in materia Sanitaria" e successive integrazioni e modificazioni.
- **D.Lgs. n. 229/1999** - "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
- **D.Lgs. n. 286/1999** - "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. n. 165/2001** - "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".
- **D.Lgs. n. 150/2009** - "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

- **Legge n. 190/2012** - “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”.
- **Legge regionale n. 29/2004** - “Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale”.
- **Legge regionale n. 43/2001** - “Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella regione Emilia-Romagna”.
- **Legge regionale n. 26/2013** - “Disposizioni urgenti in materia di organizzazione del lavoro nel sistema delle amministrazioni regionali”.
- **DGR n. 636/2013** - “Costituzione dell'organismo indipendente di valutazione della performance della regione Emilia-Romagna
- **DGR n. 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 n. 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 n. 2/2015** – “Linee guida ed indirizzi operativi per Aziende ed OAS”
- Circolari ANAC (ex CIVIT).
- CCNL Area della Dirigenza Medico e Veterinaria e SPTA.
- CCNL Area comparto.

TITOLO II: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ANNUALE

ART. 5 – OGGETTO E FINALITA'

5.1) Il presente regolamento ha per oggetto la **Misurazione e la Valutazione della Performance 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.

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.

A seguire il sistema si estenderà al personale del comparto con funzioni di coordinamento, secondo tempistiche e modalità da definirsi. Per il restante personale del comparto, sanitario, tecnico ed amministrativo, la valutazione annuale individuale correlata all'istituto della produttività collettiva è effettuata mediante la valutazione di obiettivi di performance organizzativa della struttura di appartenenza, ferma restando la valutazione relativa alle competenze effettuata secondo le modalità che saranno definite con specifico separato atto regolamentare.

5.2) La valutazione è una caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro. La valutazione del dipendente è un processo di comunicazione e di valorizzazione del personale che ha, tra l'altro, un diretto collegamento con il sistema premiante aziendale (retribuzione di risultato annuale, progressione professionale). Essa è finalizzata a mettere in evidenza i contributi individuali al perseguimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza, oltre che a mettere in evidenza le capacità e le potenzialità del singolo operatore, al fine di utilizzare al meglio le competenze possedute e di consentire percorsi di sviluppo professionale secondo criteri di merito.

5.3) La valutazione della performance individuale del personale, integrata con quella organizzativa in un'ottica di responsabilizzazione del personale, è 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. 6 – PRINCIPI E CRITERI METODOLOGICI

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

6.1) Il sistema aziendale di valutazione della performance rappresenta l'anello di una catena di processi organizzativi che si basa sui seguenti principi e criteri metodologici:

- a) Implementazione di strumenti e metodologie di valutazione orientati allo sviluppo professionale e all'incentivazione del merito.
- b) Conoscenza e consapevolezza chiara, 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 non conformi alle aspettative.

6.2) La valutazione della performance avviene con cadenza annuale ed è 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 del comparto è valutato secondo la linea gerarchica definita negli atti di organizzazione aziendale. La valutazione della Performance del personale del comparto dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico è in capo al Direttore/Responsabile della U.O. 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 di afferenza - 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 (obiettivi di équipe)

ART. 7 – ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA

La valutazione del personale dipendente abbraccia un articolato sistema di misurazione e osservazione, che prende in considerazione diverse dimensioni dell'organizzazione aziendale e della vita professionale del dipendente relativamente agli aspetti dell'agire professionale, delle competenze espresse e dei comportamenti di carattere organizzativo.

7.1) In relazione a quanto sopra il sistema di Valutazione del personale dell'Ausl di Imola si declina sulle seguenti aree di misurazione strettamente correlate tra loro, e riguardanti:

- a) **Area della Performance Organizzativa:** attraverso la condivisione degli obiettivi assegnati all'équipe o all'Unità Operativa di appartenenza in sede di Budget.

- b) **Area della Performance Individuale:** attraverso obiettivi specifici che apprezzano il contributo del singolo professionista, in coerenza al ruolo e all'incarico professionale ricoperto, all'impegno, ai contributi forniti ed all'allineamento con le strategie e i programmi aziendali.
- c) **Area dei Comportamenti Organizzativi:** attraverso i comportamenti relativi alle capacità relazionali e manageriali espresse dal professionista (*saper essere*).
- d) **Area delle Competenze tecnico-professionali:** attraverso l'espressione delle capacità professionali, riferibili alle esperienze e al *know how* maturato nel tempo (*saper fare*).

7.2) Il Sistema di Valutazione del Personale, come sopra declinato, trova un suo naturale effetto nel:

- *Sistema premiante (trattamento accessorio individuale /retribuzione di risultato/produktività collettiva)*, da ancorare ai risultati gestionali di performance organizzativa e performance individuale.
- *Sistema di attribuzione degli incarichi e di sviluppo professionale* in ordine ai risultati raggiunti e alle competenze tecnico-professionali dimostrate, nonché attraverso l'accesso a percorsi di alta formazione, a seguito dell'apprezzamento delle competenze professionali espresse (valutazione delle prestazioni e del potenziale).

ART. 8 – L'AREA DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

8.1) L'Area della Performance Organizzativa ricomprende la valutazione in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati in sede di Budget (risultati gestionali).

L'appartenenza ad una Unità Operativa comporta la corresponsabilità in capo a tutti i professionisti dei risultati annuali raggiunti dalla struttura, la cui finalità è rivolta a favorire il gioco di squadra ed 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 area nell'ambito della valutazione individuale, di cui al successivo art. 12 del presente regolamento.

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

Nella valutazione di Direttore di Distretto, di Direttore di Dipartimento e di Direttore di Direzione Tecnica il risultato di Performance Organizzativa potrà corrispondere o essere collegato, in tutto o in parte, agli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione alla Direzione Generale o agli obiettivi di performance organizzativa definiti annualmente a livello aziendale.

ART. 9 – L'AREA DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

9.1) L'Area della Valutazione degli Obiettivi Individuali consente di focalizzare la valutazione sul singolo operatore, mediante elementi che valorizzano e rendono evidenti le specificità legate alle attività svolte da ciascuno ed i risultati direttamente conseguiti.

9.2) La Valutazione degli Obiettivi Individuali si basa su un ambito di obiettivi individuali correlati al processo di Budget annuale e formalizzati attraverso apposita scheda individuale (**Allegato A**).

Oltre agli obiettivi di budget declinati ed attribuiti a "cascata" individualmente ad ogni operatore, possono essere definiti e assegnati al professionista:

- 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.

ART. 10 – L'AREA DEI COMPORAMENTI ORGANIZZATIVI

La valutazione dei comportamenti organizzativi ha lo scopo di rilevare le capacità relazionali espresse da un soggetto nell'ambito della propria esperienza lavorativa e che si estrinsecano in comportamenti agiti (*saper essere*).

10.1) L'Area dei comportamenti organizzativi si riferisce, pertanto, alla valutazione di competenze di natura manageriale o di natura relazionale più trasversale, espresse da ogni singolo operatore, in coerenza con il profilo professionale assegnato e riferibili ai seguenti ambiti di osservazione:

1. **Management: gestione delle risorse** - Capacità di gestione della complessità organizzativa, capacità di orientamento dei comportamenti delle persone e dell'organizzazione verso i risultati.
2. **Leadership: guidare l'organizzazione** - Capacità di orientamento e guida dei collaboratori e di gestione della struttura di riferimento e di promozione nei collaboratori di comportamenti orientati allo sviluppo personale e dell'organizzazione.
3. **Relazioni: cooperazione dentro e fuori l'organizzazione** - Capacità necessarie per la costruzione e la gestione di un sistema relazionale efficace in coerenza con la *mission* istituzionale.
4. **Orientamento all'innovazione e allo sviluppo professionale** - Capacità e orientamento allo sviluppo della propria professionalità, alla qualità delle prestazioni erogate e all'innovazione tecnico-professionale e sviluppo delle conoscenze specialistiche.

10.2) La valutazione dei comportamenti organizzativi è effettuata mediante una griglia predefinita attraverso la quale sono descritti gli ambiti di osservazione e indicati gli item di apprezzamento, di cui alla scheda di valutazione “Area dei comportamenti organizzativi” (**Allegato A**).

ART. 11 – AREA DELLE COMPETENZE TECNICO – PROFESSIONALI

L’area delle competenze tecnico-professionali costituisce parte integrante della Valutazione degli incarichi.

11.1) Le competenze tecnico-professionali riguardano l’insieme di comportamenti espressi dall’individuo in ordine a competenze derivanti dal possesso e dall’applicazione di conoscenze teoriche, di abilità (*know-how* specialistici e di processo) e di orientamenti professionali maturati.

11.2) La valutazione delle Competenze tecnico professionali si basa, pertanto, sull’insieme delle conoscenze e abilità (cognitive e manuali) di tipo tecnico/specialistico riguardanti i seguenti ambiti:

- un ambito afferente a quell’insieme di regole tecnico-scientifiche derivanti dalla contrattualistica nazionale di ruolo, nonché dalle disposizioni che scaturiscono dalla Comunità Scientifica in ordine ai profili professionali espressi e alla idoneità a ricoprire un determinato ruolo tecnico-specialistico, oltre che da quanto esplicitato dalla disciplina sull’accreditamento istituzionale per la parte relativa alle competenze tecniche che ciascun operatore deve acquisire/mantenere/perfezionare, ecc. in relazione alla struttura di appartenenza;
- un ambito relativo alle esperienze e al *know how* maturato nel tempo e che può essere misurato in termini di *expertise* e capacità tecniche.

11.3) Le competenze tecnico-professionali da individuarsi all’atto dell’attribuzione dell’incarico e in specifico al profilo di appartenenza e necessarie allo svolgimento delle attività per le quali viene attribuito l’incarico stesso sono definite dal responsabile di struttura e vengono periodicamente valutate e misurate (annualmente e alla scadenza di ogni incarico) sulla base di indicatori:

- tecnico scientifici;
- tecnico assistenziali;
- di esito e di processo;
- in ordine alla formazione e l’*expertise* sviluppato.

ART 12 - LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE

12.1) 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 aree di valutazione così come individuate nel presente regolamento:

- a) Risultati della Performance Organizzativa della struttura di appartenenza.**
- b) Risultati della Performance individuale.**

c) Comportamenti organizzativi.

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

Ruolo/figura professionale	Performance Organizzativa legata ai risultati della struttura di appartenenza (a)	Performance legata a obiettivi individuali (b)	Comportamenti organizzativi (c)
Direttore di Dipartimento	50%	10%	40%
Direttore di Unità Operativa Complessa	50%	20%	30%
Direttore di Direzione Tecnica-Distretto-Staff	50%	30%	20%
Dirigente di Unità Operativa Semplice	40%	30%	30%
Dirigente Professional	30%	50%	20%
Posizioni Organizzative e Coordinamenti (comparto)	30%	50%	20%

La valutazione della Performance organizzativa del Direttore di Distretto, del Direttore di Dipartimento e di Direttore di Direzione Tecnica potrà corrispondere o essere collegata, in tutto o in parte, alla valutazione effettuata da parte della Regione in ordine agli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale o risultare dalla valutazione degli obiettivi strategici annualmente definiti a livello aziendale.

12.2) Ai fini della Valutazione annuale della Performance, nella scheda di valutazione individuale (**Allegato A**), devono essere riportati:

a) Performance Organizzativa relativa ai risultati della struttura di appartenenza

Nel riquadro "Risultati della struttura di appartenenza" viene riportata la sintesi del risultato degli obiettivi di budget conseguiti dalla struttura di appartenenza del dipendente in termini percentuali.

b) Obiettivi individuali

Nella parte degli "Obiettivi individuali" sono descritti gli obiettivi assegnati al singolo dipendente con il relativo indicatore e il peso attribuito. In particolare, per ogni obiettivo viene riportata:

- Descrizione dell'obiettivo.
- Descrizione dell'indicatore: che può essere di efficacia, efficienza, economicità o qualità.
- Risultato atteso, ovvero target prefissato.
- Peso obiettivo (%).
- Franchigia: range (%) entro cui l'obiettivo si considera raggiunto anche in presenza di un risultato parziale.

- Istruttoria di valutazione.
- Risultato osservato.
- % di raggiungimento dei singoli obiettivi.

La valutazione è effettuata dal diretto superiore gerarchico con l'eventuale supporto del Controllo di Gestione e di tutte le strutture che in Azienda sono responsabili, a vario titolo, dei flussi informativi e della loro certificazione.

c) Comportamenti organizzativi

La valutazione dei comportamenti organizzativi è effettuata, dal superiore gerarchico, nello stesso momento della valutazione degli obiettivi individuali, utilizzando la medesima scheda di valutazione. Al fine di rendere la valutazione in ordine ai "comportamenti organizzativi" il più aderente possibile ai comportamenti espressi in relazione al ruolo ricoperto dal dipendente all'interno del contesto lavorativo di riferimento, il valutatore, a livello di istruttoria, può avvalersi del contributo dei vari soggetti che ai diversi livelli dell'organizzazione interagiscono con il valutato.

L'area dei "Comportamenti organizzativi" di natura manageriale o trasversale viene descritta attraverso una specifica declaratoria di competenze agite che mira a valutare, per ogni ruolo/profilo professionale, le capacità relazionali, professionali e manageriali espresse nell'assolvimento dell'incarico assegnato.

Come esplicitato nell'art. 10 e riportato nella scheda di valutazione (**Allegato A**), sono previsti 4 ambiti di osservazione e valutazione dei comportamenti organizzativi, declinati in aree di indicatori. Le aree "**Relazioni: cooperazione dentro e fuori l'organizzazione**" e "**Orientamento all'innovazione e allo sviluppo professionale**" costituiscono ambiti di valutazione relativi ai ruoli/profili dei Dirigenti Professional.

Le aree "**Management: gestione delle risorse**" e "**Leadership: guidare l'organizzazione**" rappresentano due ulteriori ambiti per la valutazione dei ruoli di Direttori di Struttura complessa.

12.3) Possono influire nella valutazione dei comportamenti organizzativi anche altri aspetti verificatisi nel corso dell'anno che meritano un'adeguata e separata considerazione. Nel caso il dirigente 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 area 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 validata dall'OAS in sede di verifica finale.

12.4) Al fine di apprezzare le migliori performance, per questa area di valutazione è previsto un sistema di misurazione che permette di attribuire un incremento di punteggio di valutazione qualora i comportamenti organizzativi si siano dimostrati oltre il risultato atteso o lo standard richiesto, meritando di conseguenza una valutazione oltre il punteggio massimo attribuibile. Il

meccanismo permette di riconoscere un incremento del punteggio massimo di valutazione dell'area (comunque non superiore al +10%) con conseguente attribuzione alla performance individuale annuale complessiva, qualora le altre aree (Performance organizzativa e Performance obiettivi individuali) abbiano conseguito la valutazione massima attribuibile di un punteggio complessivo superiore al 100%. 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.

12.5) La misurazione dei comportamenti organizzativi viene effettuata mediante una scala di valori da 1 a 5, che esprime il grado di giudizio da parte del valutatore, così come sotto declinato:

- 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.

La determinazione del punteggio correlato all'attribuzione del giudizio determina i seguenti effetti:

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

ART 13 - LA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO – PROFESSIONALI

13.1) La Valutazione delle Competenze tecnico-professionali, come esplicitato nel precedente art. 11, è effettuata dal diretto superiore gerarchico a conclusione del periodo di incarico, ai sensi della regolamentazione di cui alla deliberazione n. 46/2014, fermo restando la necessità di effettuare costanti *feedback* annuali in corrispondenza della valutazione della performance individuale del dipendente.

13.2) Il modello adottato dall'Ausl di Imola, in ordine alla valutazione delle Competenze tecnico-professionali, prevede la strutturazione di una scheda di valutazione declinata sulla base di indicatori riferiti alle capacità di *clinical competence* previste a livello di sistema di accreditamento

vigente e per quanto riguarda gli incarichi di natura gestionale, competenze di carattere manageriale, in ordine a capacità in materia di programmazione e controllo, gestione del budget, gestione e valutazione delle risorse umane, gestione delle risorse tecnologiche, gestione del tempo.

TITOLO III: IL PROCEDIMENTO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ED EFFETTI DELLA VALUTAZIONE

ART 14 - IL PROCEDIMENTO DELLA VALUTAZIONE INDIVIDUALE

14.1) 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 entro 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.

14.2) La valutazione individuale annuale complessiva si ottiene sommando il grado di raggiungimento delle singole aree 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 comportamenti organizzativi.

La valutazione è da considerare positiva qualora il dirigente 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 tre aree di valutazione.

Come disciplinato nel precedente art.12, 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

15.1) 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 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;
- errori nello sviluppo della procedura di valutazione.

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

- d) 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.
- e) all’atto della convocazione del Collegio di valutazione di seconda istanza il Coordinatore dell’OAS dà informazione della richiesta di riesame all’organo che ha effettuato la valutazione di prima istanza, assegnandogli 7 giorni per produrre le proprie controdeduzioni;
- f) il Collegio di seconda istanza, qualora non sia in grado di decidere sulla base dei soli documenti prodotti, può convocare il valutatore di prima istanza ed il valutato, con facoltà, per

quest'ultimo di farsi assistere dalle OOSS o dalla RSU, al fine di acquisire chiarimenti, ma dovrà comunque esprimersi entro 30 giorni dall'insediamento, con atto formale in via definitiva.

ART. 16 - EFFETTI DELLA VALUTAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

16.1) 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 il sistema di valutazione della performance va ad alimentare il Sottosistema Premiante, relativamente al salario di risultato, il sistema di valutazione degli incarichi e per le finalità legate alla progressione di carriera.

16.2) L'esito positivo della valutazione annuale determina l'attribuzione al dirigente della retribuzione di risultato, nei limiti del grado di raggiungimento degli obiettivi, organizzativi ed individuali, assegnati. L'esito della valutazione annuale concorre, inoltre, assieme agli altri elementi, anche alla valutazione da effettuarsi alla scadenza degli incarichi dirigenziali e nei percorsi di sviluppo di carriera.

16.3) L'esito negativo della valutazione 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. Limitatamente alla valutazione relativa agli anni 2016 e 2017 l'effetto sulla retribuzione di risultato viene fissato nel limite del 50%;
- 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

17.1) 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.

17.2) 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.

17.3) 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

18.1) 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 (performance organizzativa; obiettivi individuali; comportamenti organizzativi), secondo quanto esplicitato al precedente art. 12.

18.2) 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 organizzativi ed individuali (performance organizzativa, performance obiettivi individuali e performance dei comportamenti organizzativi), così come rappresentato al comma 1 del presente articolo. 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

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 ottenuto 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.

ART 20 – VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI

La valutazione annuale della performance costituisce elemento imprescindibile per la valutazione degli incarichi assegnati ed per i percorsi di sviluppo di carriera, così come disciplinato a livello aziendale con regolamento approvato con deliberazione n. 46/2014 e dai CC.CC.NN.LL

L'Azienda favorisce la crescita professionale e la responsabilizzazione dei dipendenti ai fini del continuo miglioramento dei processi e dei servizi offerti.

TITOLO V: DISPOSIZIONI FINALI

ART. 21 – NORME FINALI E TRANSITORIE

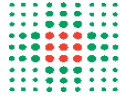
22.1) Per quanto non espressamente riportato nel presente Regolamento si fa riferimento alle disposizioni di legge ed alle disposizioni di cui ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di riferimento.

22.2) Il presente Regolamento, che effettua un'armonizzazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 150/2009 e delle disposizioni in materia dettate dalla Regione Emilia-Romagna con le attuali e specifiche disposizioni legislative e contrattuali vigenti, sarà sottoposto a revisione qualora future leggi o contratti dispongano diversamente rispetto alle presenti statuizioni.

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) SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNUALE

SCHEDA OBIETTIVI INDIVIDUALI		 <p style="font-size: small; margin: 0;">SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>
ANNO		
<p style="text-align: center;">VALUTATO:</p> <p style="text-align: center;"><i>Cognome Nome:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Profilo Professionale:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Descrizione Incarico:</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"><i>DIPARTIMENTO:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>UNITA' OPERATIVA:</i></p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">VALUTATORE:</p>	<p>Data condivisione scheda: _____</p> <p>Firma valutato: _____</p> <p>Note/Commenti:</p> <p style="height: 40px;"></p> <p>Firma valutatore: _____</p>	
<p>AREA DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA:</p> <p style="text-align: right;">Totale peso area della performance organizzativa:</p> <p>Vedi scheda di budget</p>	<p>(*)</p>	
<p>AREA DEI CONTRIBUTI INDIVIDUALI:</p> <p style="text-align: right;">Totale peso area dei contributi individuali:</p> <p>Vedi dettaglio pagina 2</p>	<p>(*)</p>	
<p>AREA COMPORAMENTI ORGANIZZATIVI:</p> <p style="text-align: right;">Totale peso area dei comportamenti organizzativi:</p> <p>Vedi dettaglio pagina 3</p>	<p>(*)</p>	
TOTALE VALUTAZIONE INDIVIDUALE	100%	
<p><small>(*) Per ciascun ruolo/profilo professionale è definita l'incidenza ponderale delle singole aree, come dettagliato all'art. 12 del presente regolamento</small></p>		

AREA DEI CONTRIBUTI INDIVIDUALI: Totale peso area dei contributi individuali:		(*)		
Macroarea obiettivi	Obiettivo	Peso %	Risultato atteso	Franchigia %
Obiettivi di produzione e di efficienza da budget				
Obiettivi di miglioramento da budget				
Obiettivi individuali specifici				

(*) In base al ruolo/profilo professionale è definita l'incidenza ponderale dell'area, come dettagliato all'art. 12 del presente regolamento

AREA COMPORTAMENTI ORGANIZZATIVI: Totale peso area dei comportamenti organizzativi:		(*)	
Macroarea	Descrizione comportamento da valutare	Peso %	Standard atteso
LEADERSHIP <i>guidare l'organizzazione</i>	Visione strategica - Saper cogliere l'evoluzione futura degli scenari organizzativi, individuando le linee guida per sviluppare le azioni nel medio-lungo termine ed indirizzare quelle di breve periodo.		interpretare le strategie aziendali e tradurle in direttive e proposte operative
			possedere una visione di medio - lungo termine
			indirizzare le conoscenze, le competenze e le azioni verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati
			mantenere costate la motivazione e la focalizzazione sul risultato finale
	Leadership - Assumere un ruolo di riferimento, guida e responsabilità verso gli altri (collaboratori, colleghi, superiori), indirizzando energie intellettuali ed emotive al raggiungimento degli obiettivi prefissati e al miglioramento continuo degli standard di lavoro.		saper diffondere nel proprio team la visione del punto di arrivo
			definire ciò che ci si attende dagli altri e orientarli verso l'obiettivo finale
			condividere con autorevolezza la visione, le strategie e i risultati, suscitando consenso e collaborazione
			ottenere risultati dalle persone anche in situazioni difficili e in carenza di risorse
	Capacità di orientamento - Orientare i comportamenti individuali ed organizzativi alla realizzazione dei risultati.		creare un ambiente in cui le persone sanno ciò che ci si aspetta da loro
			distribuire attività e responsabilità attribuendo corretti livelli di delega
			incoraggiare l'autostima nei collaboratori
			infondere fiducia, esprimendo aspettative positive sulla performance dei collaboratori
Orientamento al cambiamento - Analizzare e comprendere il contesto di riferimento per stimolare comportamenti volti all'evoluzione organizzativa e all'adeguamento graduale nelle prassi dei propri collaboratori.		supportare lo sviluppo delle innovazioni organizzative, contribuendo a superare le resistenze	
		individuare le opportunità connesse al cambiamento organizzativo	
		diffondere atteggiamenti positivi nei confronti degli interventi di riorganizzazione	
		appoggiare concretamente suggerimenti ed idee che possono offrire opportunità migliorative	
MANAGEMENT <i>gestione delle risorse</i>	Programmazione - Impostare, attuare e controllare progetti e programmi nel rispetto dei tempi. Individuare e all'occorrenza ridefinire le priorità nel breve/medio periodo, allocando conseguentemente le risorse.		assegnare correttamente secondo l'importanza e l'urgenza ogni impegno, riuscendo a rispettare le scadenze e gli obiettivi
			diffondere e sostenere nell'organizzazione la cultura della programmazione
			gestire in maniera sistematica le risorse
			operare in un'ottica di sistema tesa a generare efficienza ed eccellenza
	Sviluppo delle risorse - Individuare le competenze e le aspirazioni delle persone, riconoscendone i successi e affrontando i punti deboli con opportunità di crescita.		coniugare i bisogni dell'organizzazione con le competenze e le aspirazioni delle persone che ci lavorano
			favorire le opportunità di crescita delle persone, promuovendo percorsi di sviluppo professionale
			mantenere un dialogo con i collaboratori, fornendo frequenti feedback
			valutare i propri collaboratori sapendo cogliere ed esprimere le differenziazioni di valutazione
(*) Aree riferite a ruoli gestionali: l'incidenza ponderale viene definita in base al ruolo/profilo professionale, come dettagliato all'art. 12 del presente regolamento			

AREA COMPORTAMENTI ORGANIZZATIVI:		Peso %	Standard atteso
Macroarea	Descrizione comportamento da valutare		
Totale peso area dei comportamenti organizzativi:		(*)	
RELAZIONI E NETWORKING cooperazione dentro e fuori l'organizzazione	Integrazione interna - Operare in costante sensibilità con l'ambiente di riferimento promuovendo l'integrazione tra le diverse realtà dell'azienda.		attivare momenti di confronto con collaboratori e colleghi per valutare l'opportunità di procedere in modo integrato nella realizzazione delle attività
			fornire tempestivamente supporto e risposta alle richieste di informazioni, in modo collaborativo ed incline ai collegamenti interfunzionali
			partecipare attivamente a gruppi di lavoro, commissioni, ecc.
	Relazioni esterne - Capacità di dialogare ed interfacciarsi con interlocutori esterni.		conoscere il contesto istituzionale e gli interlocutori di riferimento
			fungere da raccordo tecnico-operativo nei rapporti tra struttura organizzativa e soggetti esterni
			curare le relazioni con gli interlocutori esterni, mostrandosi disponibile al dialogo e alla collaborazione
	Gestione dei conflitti - Saper orientare le relazioni e le modalità di comunicazione, mediando tra le parti, al raggiungimento del risultato migliore per l'organizzazione.		dimostrare disponibilità al confronto e all'ascolto delle parti
			mostrare, in caso di contrasti tra collaboratori o colleghi, disponibilità a ricercare il miglior compromesso nell'interesse dell'organizzazione e dei singoli
			enfaticizzare i punti di contatto tra le opinioni piuttosto che quelli di distacco
		modificare il proprio stile di comportamento per raggiungere gli obiettivi stabiliti	
INNOVAZIONE E SVILUPPO PROFESSIONALE	Iniziativa e proattività - Saper garantire continuità e autonomia nel perseguire gli obiettivi assegnati, influenzando preventivamente gli eventi piuttosto che reagendo a posteriori.		lavorare in maniera propositiva, collaborando alle soluzioni da mettere in campo
			interpretare gli scenari in modo prospettico, promuovendo iniziative orientate al miglioramento
			dimostrare affidabilità nell'attività assegnata, diffondendo le proprie conoscenze
			dedicare sforzi personali all'incremento delle proprie competenze e alla maturazione dello sviluppo professionale
	Analisi e sintesi - Saper scomporre in elementi essenziali un problema e/o un caso clinico per comprenderlo e ricomporlo poi in una visione d'insieme.		saper affrontare temi d'analisi e problemi da risolvere applicando una metodologia
			risolvere problemi sapendo scomporre gli oggetti di analisi e riconducendo i risultati ad un quadro unitario
			saper valutare e prevedere le necessità di intervento nei differenti contesti
	Orientamento all'utenza - Orientare le azioni verso una corretta interpretazione dei bisogni e delle esigenze dell'utenza in un'ottica di una loro soddisfazione.		rispondere in modo adeguato alle richieste degli utenti in relazione ai bisogni e alle aspettative
			assicurare un adeguato livello di comunicazione in relazione alle modalità di intervento in risposta ai bisogni espressi dall'utenza
		mostrare disponibilità a collaborare, anche se impegnati nel proprio ambito lavorativo	

(*) Aree riferite a ruoli senza responsabilità gestionale: l'incidenza ponderale viene definita in base al ruolo/profilo professionale, come dettagliato all'art. 12 del presente regolamento