



## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ASL\_BO  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000259  
DATA: 31/07/2018 19:10  
OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 - 2020

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Petrini Anna Maria in qualità di Direttore Generale, delegato ai sensi dell'art.3, comma 6, del D.Lgs. 30.12.1992 n.502, come modificato dal D.Lgs. 7.12.1993 n.517

In assenza di Gibertoni Chiara - Direttore Generale

Con il parere favorevole di Novaco Francesca Caterina - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole di Petrini Anna Maria - Direttore Amministrativo

Su proposta di Giovanni Ferro - UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione (SC) che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

### CLASSIFICAZIONI:

- [02-01-02]
- [01-02-07]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Dipartimento Servizi
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Medico
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Emergenza
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento Cure Primarie
- Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
- Dipartimento Sanita' Pubblica
- DATeR - Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa
- Distretto di Committenza e Garanzia di San Lazzaro di Savena
- Distretto di Committenza e Garanzia Pianura Ovest
- Distretto di Committenza e Garanzia della Citta' di Bologna
- Distretto di Committenza e Garanzia dell'Appennino Bolognese



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

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



- Distretto di Committenza e Garanzia Pianura EST
- Distretto di Committenza e Garanzia Reno, Lavino e Samoggia
- UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC)
- UO Igiene (SC)
- UO Anticorruzione, Trasparenza e Privacy (SC)
- UO Servizi Amministrativi Ospedalieri (SC)
- UO Governo Clinico e Sistema Qualita' (SC)
- DAAT - Dipartimento Attivita' Amministrative Territoriali
- UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione (SC)
- Dipartimento Amministrativo
- Dipartimento Tecnico-Patrimoniale
- Dipartimento Farmaceutico
- UO Affari Generali e Legali (SC)
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale (SUMAP)
- Servizio Unico Metropolitan Contabilita' e Finanza (SUMCF)
- Servizio Unico Metropolitan Economato (SUME)
- UO Comunicazione e relazioni con il cittadino (SS)
- UO Funzioni HUB (SC)
- UO Presidio Ospedaliero Unico Aziendale (SC)
- UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
- UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi (SC)
- DASS - Direzione Attivita' Socio-Sanitarie
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Direzione Operativa
- UOC Direzione Amministrativa IRCCS
- UO Committenza e Specialistica Ambulatoriale (SC)
- UO Ingegneria Clinica (SC)

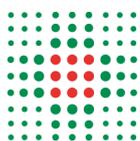
#### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000259_2018_delibera_firmata.pdf	Novaco Francesca Caterina; Ferro Giovanni; Petrini Anna Maria	42231E2269237C6B51C7465904CCF47F3 A4FF0EA364ADAC8E7CA8B6E00E385EE
DELI0000259_2018_Allegato1.pdf:		63415A4A7AB7A979F14F77C7E5C6DA95 DED4F298EBD3FF48606E03128188018B



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

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



## **DELIBERAZIONE**

OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 - 2020

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Richiamati:

- il D.Lgs n. 150/2009 ad oggetto “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, con le modifiche introdotte dal D.Lgs n. 74/2017;
- il D.Lgs n. 33/2013 ad oggetto “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- il D.Lgs n. 97/2016 recante “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012 n. 190 e del Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;

Dato atto che nell’ambito dei principi generali introdotti in particolare dal richiamato D.Lgs n. 150/2009:

- ogni Pubblica Amministrazione è tenuta a misurare e valutare la performance con riferimento all’amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti;
- la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali;
- le amministrazioni pubbliche adottano metodi e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e la valutazione della performance;

Considerato che:

- l’art. 10 del D.Lgs n. 150/2009 stabilisce la redazione e la pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, del Piano della Performance quale documento programmatico triennale che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell’organizzazione;
- la Regione Emilia-Romagna, con la L.R. n. 26/2013 e con la DGR n. 334/2014, ha definito il Ciclo di Gestione della Performance, stabilendo così i processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione verso gli stakeholder, le cui modalità e tempi sono definiti dall’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 (OIV-SSR);



Viste le deliberazioni dell'OIV-SSR con le quali sono state fornite le indicazioni e le istruzioni operative in ordine alla redazione del Piano della Performance, anche riguardo alla sua connessione con gli altri documenti aziendali, ed in particolare:

- la deliberazione n. 1/2014 ad oggetto “Provvedimento in materia di Trasparenza Anticorruzione, Valutazione e Ciclo di gestione della performance – Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende ed agli OAS”;
- la deliberazione n. 3/2016 “Aggiornamento delle linee guida sul sistema di misurazione e valutazione delle performance”;

Vista, da ultimo, la nota dell'OIV-SSR, PG/2018/0355534 del 16/05/2018, prot. AUSL n. 62350 del 17/05/2018, riguardante il “Sistema di misurazione e valutazione della performance: nuovo Piano della Performance 2018-2020”;

Dato atto altresì che il Piano della Performance è stato recentemente inserito, con Legge Regionale n. 9 del 16 luglio 2018, tra gli strumenti della programmazione pluriennale delle aziende sanitarie;

Considerato che un apposito gruppo di lavoro aziendale ha predisposto il Piano sulla Performance 2018-2020 dell'AUSL di Bologna, sulla base delle sopracitate indicazioni;

Valutato che il Piano della Performance 2018-2020 è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento e secondo le suddette indicazioni dell'OIV-SSR, nonché sottoposto all'Organismo Aziendale di Supporto che ha condiviso l'impostazione ed ai contenuti del documento stesso;

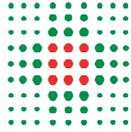
### **Delibera**

per le motivazioni esposte in premessa:

1. di adottare il Piano della Performance per il triennio 2018-2020 rappresentato nel testo allegato (Allegato 1), quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare corso alla pubblicazione del presente atto sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Bologna - sezione “Amministrazione Trasparente”;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:

Alessandra Tassoni



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

**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

# ***Piano della Performance*** ***Azienda AUSL di Bologna***

***Anni 2018 - 2020***

# Indice

<b>1</b>	<b>EXECUTIVE SUMMARY</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>PREMESSA</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>IDENTITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA</b> .....	<b>5</b>
	3.1 CHI SIAMO .....	5
	3.2 IL CONTESTO NEL QUALE SI OPERA.....	6
	3.3 IL PERSONALE .....	11
	3.4 I DATI ECONOMICI .....	13
	3.5 COME OPERIAMO.....	13
<b>4</b>	<b>GLI IMPEGNI STRATEGICI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE</b> .....	<b>16</b>
	4.1 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE .....	17
	4.1.1 <i>Area dell'accesso e della domanda</i> .....	17
	4.1.2 <i>Area dell'integrazione</i> .....	19
	4.1.3 <i>Area degli esiti</i> .....	22
	4.2 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI .....	23
	4.2.1 <i>Area della produzione</i> .....	23
	4.2.2 <i>Area della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</i> .....	28
	4.2.3 <i>Area dell'organizzazione</i> .....	30
	4.2.4 <i>Area dell'anticorruzione e della trasparenza</i> .....	30
	4.3 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO.....	32
	4.3.1 <i>Area di performance della ricerca e della didattica</i>	
	4.3.2 <i>Area dello sviluppo organizzativo</i> .....	32
	4.4 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ .....	33
	4.4.1 <i>Area economico-finanziaria</i> .....	33
	4.4.2 <i>Area degli investimenti</i> .....	34
<b>5</b>	<b>MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE</b> .....	<b>37</b>
	5.1 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA .....	36
	5.2 PERFORMANCE INDIVIDUALE .....	37
	5.3 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE .....	39
	5.3.1 <i>Fasi, soggetti e tempi del processo</i> .....	38
	5.3.2 <i>Gli strumenti</i> .....	40
	5.3.3 <i>Azioni per il miglioramento del ciclo della gestione della performancei</i> .....	40
<b>6</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b> .....	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>DOCUMENTI INTERNI DI RIFERIMENTO</b> .....	<b>42</b>

## Executive Summary

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale in cui sono contenuti gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione; definisce inoltre i criteri adottati per le attività di monitoraggio e di valutazione e il grado di performance che l'Azienda intende conseguire.

Il presente Piano è redatto in conformità con quanto previsto dalle delibere n. 1/2014 e n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Regione Emilia-Romagna.

Il PdP è suddiviso in quattro parti:

- nella prima si 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, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento;
- nella seconda si individuano gli obiettivi strategici che la Direzione Generale vuole perseguire e le azioni da realizzare in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti, con particolare attenzione agli aspetti ritenuti maggiormente rilevanti secondo le dimensioni/aree della performance;
- nella terza parte si descrive il ciclo e le fasi della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo;
- nella quarta parte viene rappresentato il collegamento tra le aree della performance e gli indicatori di risultato individuati a livello regionale (sistema di valutazione INSIDER) al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza nel sistema di rendicontazione.

## 2 Premessa

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale previsto dalla normativa nazionale (D. Lgs 150/2009 e D.Lgs n.74/2017) e regionale (Delibera n. 01/2014 e n. 3/2016 OIV RER), che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi offerti, l'organizzazione stessa e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder.

Il termine Performance organizzativa si riferisce al contributo che l'Azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi definiti, volti in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

Il presente documento ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei documenti di Pianificazione e di Programmazione Strategica e operativa previsti dalla normativa nazionale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale ed è composto da:

- Linee d'indirizzo di pianificazione e programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna
- Il Piano strategico di sostenibilità di riferimento;
- Il Bilancio economico preventivo pluriennale e annuale;
- Il Budget annuale con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale, costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività e dei costi delle Unità operative;
- Il sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative, alimentato attraverso il sistema informativo.

Il Piano richiama inoltre gli obiettivi assegnati al personale dirigente attraverso il Ciclo della Performance, al fine di consentire anche la valutazione della performance individuale dei dirigenti.

Le strategie di fondo dell'Azienda USL di Bologna 2018/2020, che inquadrano la programmazione pluriennale, quella annuale e il relativo sistema di monitoraggio, sono impostate in coerenza con gli obiettivi regionali di mandato assegnati ai Direttori Generali, con le linee di indirizzo di programmazione sanitaria e di sostenibilità economica regionale, con la programmazione locale della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana (CTSSM) di Bologna ed in armonia con il quadro normativo nazionale e regionale. Esse riguardano principalmente obiettivi di sostenibilità, d'innovazione e di sviluppo organizzativo.

## 3 Identità dell'azienda sanitaria

### 3.1 Chi siamo

La legge regionale n. 21 del 20 ottobre 2003 istituisce dall'1 gennaio 2004 l'**Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna** dall'unificazione delle tre precedenti aziende Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord.

**L'Atto Aziendale** (delibera n.4 del 28/01/2005) stabilisce che l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale e che la sua sede legale è a Bologna in via Castiglione 29.

L'Azienda ha come **scopo** la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente, e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, integrando anche i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato.

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali **principi guida** il rispetto della persona e la centralità del cittadino - in quanto titolare del diritto alla salute - l'equità, la trasparenza e l'etica professionale, la tutela della privacy, la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo, l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, la sostenibilità economica e finanziaria.

Nell'attuale contesto socio-economico nazionale e regionale, i principali capisaldi del Mandato Istituzionale dell'Azienda riguardano la sostenibilità economico-finanziaria, lo sviluppo in efficacia, efficienza e qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

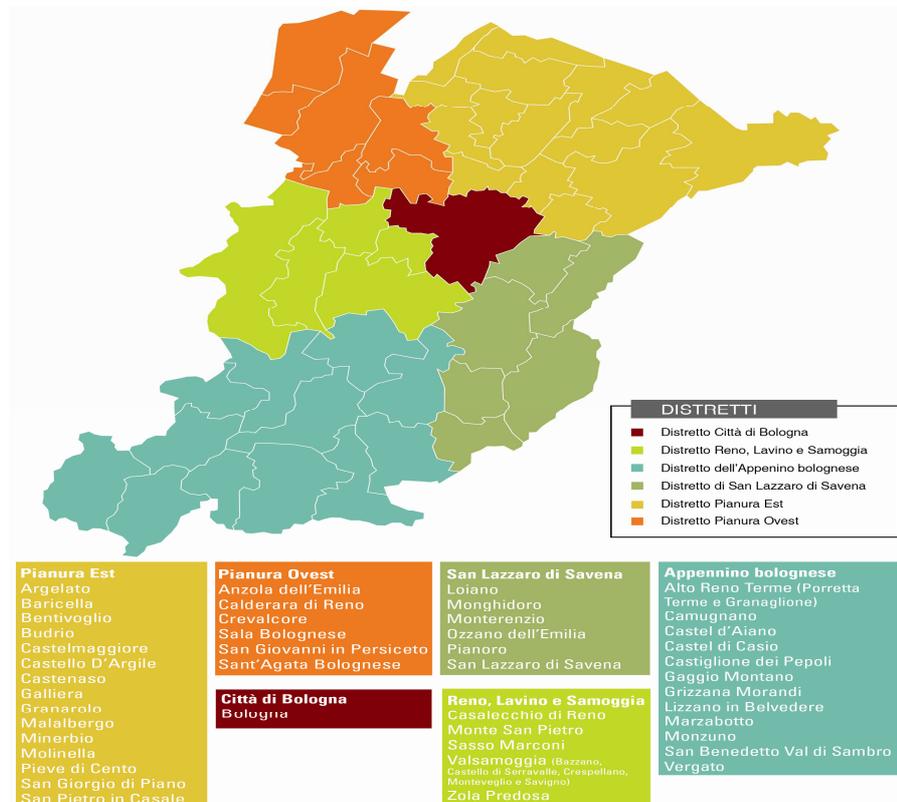
In un quadro di estrema complessità e dinamicità come quello attuale la Direzione Aziendale si è concentrata sulla strategia emergente, cioè leggendo e interpretando il contesto di riferimento ha identificato le connessioni e le sinergie possibili e le ha ricondotte a un percorso che sia in linea con le normative e le linee guida nazionali, regionali e provinciali, sviluppando progetti ad alto contenuto d'innovazione che permettano una razionalizzazione dei fattori produttivi, contrastando la logica dei tagli lineari, e salvaguardando la qualità dei servizi erogati.

I principali asset sui quali si focalizza la strategia aziendale sono di seguito indicati:

- L'implementazione del Piano regionale della Prevenzione
- Il nuovo Piano di prevenzione vaccinale
- Le reti territoriali
- Il governo della specialistica ambulatoriale
- Le reti ospedaliere
- La riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati,
- Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici
- Le funzioni di garanzia e committenza dei Distretti e l'accesso ai servizi
- Le relazioni con altre Aziende dell'area metropolitana e Area Vasta
- Sostenibilità economico finanziaria
- Sviluppo e valorizzazione delle competenze
- Sviluppo dell'Area di supporto Tecnica e Amministrativa

### 3.2 Il contesto nel quale si opera

L'Azienda USL di Bologna è oggi una delle più grandi e rilevanti aziende socio-sanitarie del Paese con oltre 1,8 miliardi di euro di bilancio annuo e 8.347 dipendenti (31/12/2017) ed è responsabile della tutela della salute di **879.504 residenti** distribuiti su 45 Comuni, suddivisi in 6 Distretti (In Tab.A la distribuzione per Distretto e genere).



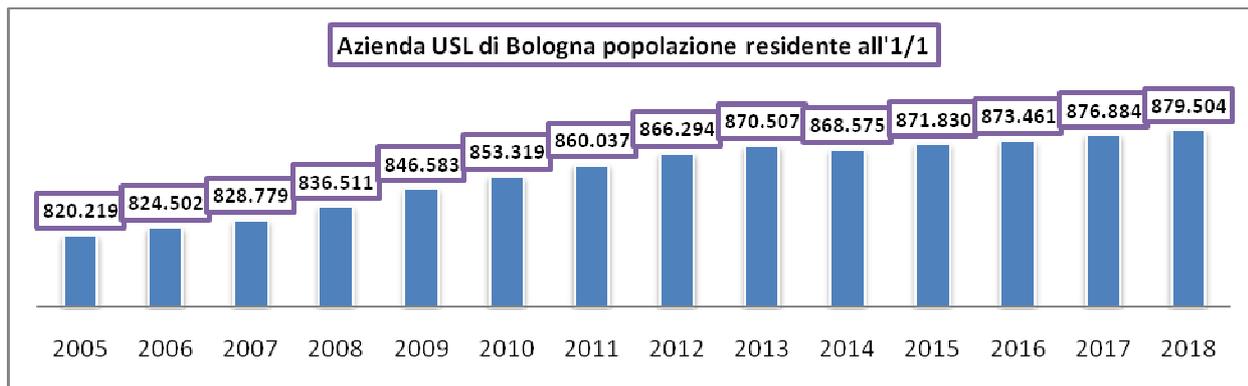
Tab. A - Popolazione residente nell'AUSL di Bologna all'1/1/2018 per Distretto e genere

Distretti sanitari di residenza	Maschi	Femmine	Totale	%
Pianura Ovest	40.703	42.446	83.149	9,5%
Pianura Est	78.422	82.306	160.728	18,3%
Reno Lavino Samoggia	54.640	58.070	112.710	12,8%
Città di Bologna	183.827	205.434	389.261	44,3%
Appennino	27.655	27.972	55.627	6,3%
San Lazzaro di Savena	37.889	40.140	78.029	8,9%
<b>Totale</b>	<b>423.136</b>	<b>456.368</b>	<b>879.504</b>	<b>100,0%</b>

Complessivamente l'Azienda USL di Bologna si estende per 2915,4 Km<sup>2</sup> con una densità abitativa di 302 abitanti per Km<sup>2</sup>.

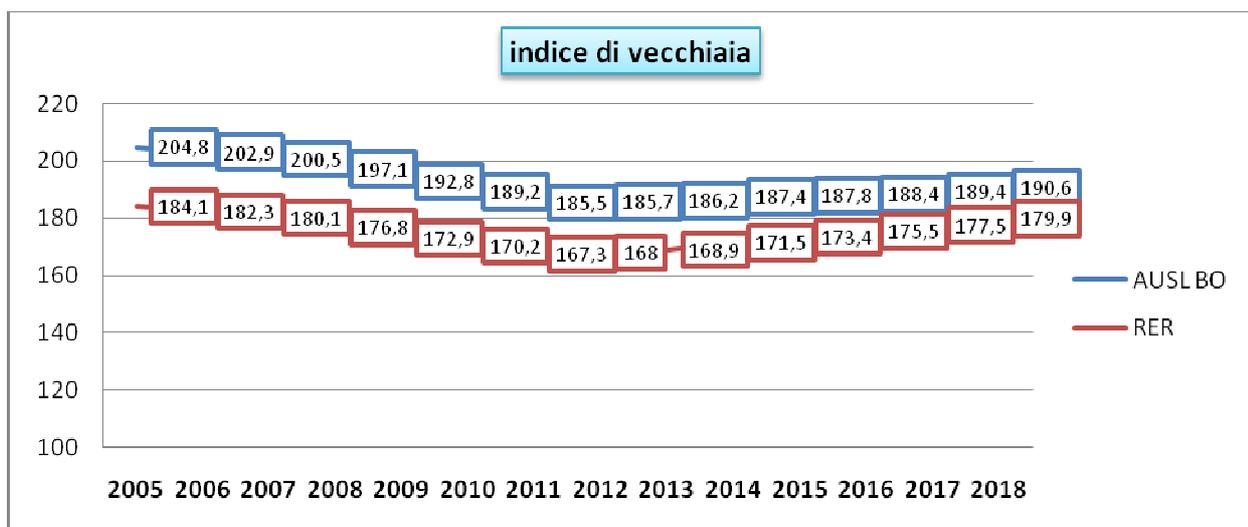
Tab. B	AUSL BO	RER	FONTE	PERIODO DI RIFERIMENTO
POPOLAZIONE RESIDENTE	879.504	4.461.612	RER	01/01/2018
KMQ	2.915,4	22.541		
Densità (abitanti/Kmq)	302	198		

Il trend demografico è tendenzialmente in crescita.



La percentuale di anziani  $\geq 65$  anni (24,4%) è superiore ai valori regionali (23,8%) mentre la percentuale di giovani  $\leq 14$  anni (12,8%) è inferiore alla media regionale (13,2%).

L'indice di vecchiaia, in calo dal 2015 (204,8%) al 2011 (185,5%), riprende a salire e registra un indice del 189,4% nel 2017 e un 188,6% nel 2018. L'andamento nel tempo è parallelo a quello della regione Emilia-Romagna, anche se gli indici di vecchiaia regionali rimangono sempre sotto i valori Aziendali: nel 2005 l'indice RER era pari a 184,1% e nel 2018 è pari a 179,9%.



Nella tabella seguente si riportano alcuni indicatori demografici dell'AUSL a confronto con quelli regionali.

In particolare si segnala che il 12% della popolazione è straniera, che l'8,30% della popolazione è ultraottentenne a fronte di un dato medio regionale del 7,9%.

Il tasso di mortalità standardizzato per genere ed età è pari a 872,7 per 100.000 abitanti residenti ed è inferiore al dato Regionale pari a 890,9 per 100.000 abitanti residenti.

<b>Tab. C - Indicatori demografici</b>	<b>AUSL BO</b>	<b>RER</b>	<b>FONTE</b>	<b>PERIODO DI RIFERIMENTO</b>
POPOLAZIONE RESIDENTE	879.504	4.461.612	RER	01/01/2018
Nati da madri residenti in AUSL	6.152	32.912	CEDAP	2017
Tasso grezzo di natalità per 1000 residenti	7,0	7,4	CEDAP	2017
Morti residenti	10.275	50.711	REM	2017
Tasso standardizzato di mortalità per 100.000 ab.res.	872,7	890,9	REM	2017
% di popolazione residente <18aa	16,2%	16,8%	RER	01/01/2018
% di popolazione residente ≥ 65aa	24,4%	23,8%	RER	01/01/2018
% di popolazione residente Popolazione ≥ 80aa	8,30%	7,90%		01/01/2018
% cittadini stranieri residenti	12,1%	12,1%	RER	01/01/2018

L'assistenza territoriale conta **41 Nuclei delle Cure Primarie**, fulcro dell'integrazione sanitaria e sociale per la promozione della salute, la continuità dell'assistenza e la condivisione delle informazioni con 565 Medici di Medicina Generale (il 76% lavora in gruppo o rete) e 126 Pediatri di Libera Scelta (il 63% lavora in gruppo o rete).

In Azienda sono funzionanti **16 Case della Salute**.

Le strutture residenziali per **l'assistenza socio sanitaria per anziani** sono le CRA (Case Residenza per Anziani) e al 31/12/2017 contano 3.059 posti residenziali accreditati e 2.881 posti acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL. Le strutture semiresidenziali per anziani sono i Centri Diurni e al 31/12/2017 contano 653 posti accreditati e 624 posti acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL (TAB D). Gli anziani che sono stati ospitati in queste strutture sono stati nel 2017 complessivamente 6.070.

Le strutture residenziali per **l'assistenza socio sanitaria per disabili** sono i CSRR (Centri Socio Riabilitativi Residenziali) e al 31/12/2017 contano 227 posti accreditati e 203 posti acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL.

Le strutture semiresidenziali per disabili sono i CSR (Centro Socio Riabilitativo Diurno) e al 31/12/2017 contano 601 posti accreditati e 519 posti acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL (Tab. D). Gli utenti disabili che sono stati ospitati in queste strutture sono stati nel 2017 complessivamente 773.

Tab. D tipo di utenza	CRA		CENTRI DIURNI		TOTALE	
	Posti accreditati	di cui Posti da Contratto di Servizio	Posti accreditati	di cui Posti da Contratto di Servizio	Posti accreditati	di cui Posti da Contratto di Servizio
<b>anziani</b>	3.059	2.881	653	624	3.712	3.505
<b>disabili</b>	227	203	601	519	828	722

Si segnala che i pazienti non autosufficienti con Gravissime Disabilità Acquisite (**GRAD**) ospitati in strutture residenziali nel 2017 sono stati 226.

Nel 2017 le persone residenti in **assistenza protesica** sono state 19.648 e le persone che hanno consumato **ausili per assorbenza** 23.954.

I 20.515 **assistiti al domicilio** nell'Azienda USL di Bologna sono seguiti per un 44% con TAD di tipo Medico (MMG/PLS), per un 48% con TAD di tipo infermieristico e per un 8% con TAD effettuate da Associazioni no profit. Sono stati esclusi utenti e accessi per prestazioni di tipo occasionale.

<b>Tab. E – assistenza domiciliare - offerta - ADI: n. pazienti e accessi</b>	
<b>2017</b>	
n.utenti	20.515
n accessi	351.285

L'attività complessiva dei consultori familiari di seguito descritta comprende anche quella degli Spazi Giovani e dei Consultori delle donne Immigrate e dei loro bambini. Il 92.6% dell'utenza è residente sul territorio dell'AUSL di Bologna.

**Tab. F – ATTIVITA' DEI CONSULTORI FAMILIARI**

	<b>2017</b>	<b>diff.ass.</b>	<b>diff.%</b>
<b>UTENTI</b>	62.715	2.095	3,5%
<i>Di cui gravide</i>	4.650	114	2,5%
<b>ACCESSI</b>	135.783	5.544	4,3%
<b>PRESTAZIONI</b>	153.624	6.467	4,4%

Nel territorio sono presenti tre **Hospice**, complementari e integrati all'ospedale e al domicilio, che sui 58 posti letto hanno assistito, nel 2017, 1.147 pazienti.

Nell'area della **Salute Mentale e delle Dipendenze patologiche** i residenti in Azienda nel 2017 hanno consumato 50.503 giornate di psichiatria (ospedaliera e residenziale) per 3.567 dimessi da strutture pubbliche e private accreditate.

<b>Tab. G</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Dimessi</b>	<b>GG.DEG.</b>	<b>Dimessi residenti</b>	<b>GG.DEG.</b>
<b>DIMESSI DALLA DISCIPLINA 040- PSICHIATRIA (FONTE FLUSSO SDO)</b>	<i>strutture pubb.- AUSL BO</i>	1.476	11.253	2.216	18.475
	<i>strutture pubb.- altre AUSL ER e Fuori ER</i>	106	757		
	<i>strutture priv.- AUSL BO</i>	575	5.293		
	<i>strutture priv.- altre AUSL ER e Fuori ER</i>	59	1.172		
<b>RESIDENZE (FONTE FLUSSO SDRES)</b>	<i>Residenze Trattamento Intensivo (RTI)</i>	995	23.375	1.351	32.028
	<i>di cui Residenze Specialistiche (RTI specialistiche)</i>	350	8.483		
	<i>RESIDENZA SANITARIA PSICH. A TRATTAMENTO PROTRATTO (RTP)</i>	6	170		
	<b>TOTALE</b>	<b>3.567</b>	<b>50.503</b>	<b>3.567</b>	<b>50.503</b>

Nel 2017 inoltre sono stati presi in carico nei **Centri di Salute Mentale** 17.192 utenti adulti, ai quali sono state erogate 287.197 prestazioni.

Presso i servizi della **Neuropsichiatria infantile** sono stati presi in carico 9.870 minori, con un volume di prestazioni pari a 92.113.

Presso le **Dipendenze patologiche** sono stati seguiti 4.142 pazienti dei quali il 70% tossicodipendenti, il 25% alcolisti e il 5% utenti giocatori d'azzardo patologico.

	Tab. H	2017
ASSISTENZA TERRITORIALE: CSM, RESIDENZE E SEMI- RESIDENZIALE	N° PAZIENTI TRATTATI	17.192
	N° TRATTAMENTI (PRODOTTI)	25.668
	N°PRESTAZIONI	287.197
NPJA TERRITORIALE	N° PAZIENTI TRATTATI	9.870
	N°PRESTAZIONI	92.113
Dipendenze Patologiche	n. totale utenti in cura presso il ser.t.	4.142
	di cui:	
	utenti tossicodipendenti in carico	2.917
	utenti alcolisti in carico	1.024
	utenti giocatori di azzardo patologico (gap) in carico	201

Riguardo alla **prevenzione e tutela della salute** la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione anziana degli ultrasessantacinquenni, si attesta al 55% nel 2017.

Nella tabella che segue, sono evidenziati gli indicatori sulla percentuale degli inviti ai **programmi di screening oncologici** rispetto alla popolazione bersaglio, e gli indicatori sulla percentuale di partecipazione allo screening. I primi sono tutti ad un buon livello, mentre i secondi dovranno incrementare nei tre percorsi, in quanto ancora inferiori ai valori medi regionali.

Tab. I Anno 2017: Prevenzione e tutela della salute (FONTE OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING - DA SIVER)	AUSL BO	RER
% di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio	104.86	99.59
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	73.19	75.65
% di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio	100.65	101.24
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	60.22	63.54
% di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio	99.94	103.88
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	47.45	49.03

Le strutture pubbliche che insistono sul territorio dell'Azienda USL di Bologna (AUSL di Bologna, IOR, Azienda Ospedaliera) erogano più di 13 milioni di **prestazioni di specialistica ambulatoriale**, di cui 78% erogato dalle strutture aziendali (71% da quelle pubbliche e il 7% dal privato accreditato), il 21% dall'AOU di Bologna e l'1% dallo IOR.

Circa 12 milioni di queste prestazioni (90%) sono a favore di cittadini residenti sul territorio dell'Azienda USL di Bologna i quali consumano oltre a queste, altre 400.000 prestazioni in altre Aziende della Regione e Fuori Regione.

Tab.I ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Prestazioni spec. ambulatoriali- regime SSN	di cui per res. AUSL Bo	% per res. AUSL BO
105 - BOLOGNA pubblico	9.517.417,00	8.959.370	94,1%
105 - BOLOGNA privato accr.	874.800,00	810.004	92,6%
908 - AOSPU BOLOGNA	2.809.612,00	2.118.768	75,4%
960 - I.O.R.	122.869,00	80.798	65,8%
<b>TOTALE STRUTTURE CHE INSISTONO SUL TERRITORIO DI AUSL BO</b>	<b>13.324.698,00</b>	<b>11.968.940</b>	<b>89,8%</b>

PRESTAZIONI PER RESIDENTI IN AUSL BO IN ALTRE AZ. RERE FUORI RER		413.161	
totale prestazioni consumate da residenti in AUSL BO		12.382.101	
% fuori erogato fuori AUSL BO per RES AUSL BO		3%	

**La rete ospedaliera**, pubblica e privata accreditata, ha una presenza capillare sul territorio e garantisce l'autosufficienza aziendale non solo sulle discipline di base, ma anche su quelle di più elevato livello specialistico. I posti letto dell'offerta ospedaliera pubblica sono 3066. L'offerta è completata dai 918 pl accreditati dell'Ospedalità privata, partner importante, in particolare nella gestione della post-acuzie. Fa parte della rete ospedaliera anche la Casa dei Risvegli Luca De Nigris, nodo per grave o gravissima cerebrolesione acquisita.

Tab. M -PL 1-1-2018	PL	% sul totale
105 - BOLOGNA pubblico	1.286	32%
106 - BOLOGNA privato accreditato	918	23%
908 - AOSPU BOLOGNA	1.487	37%
960 - I.O.R.	293	7%
<b>TOTALE</b>	<b>3.984</b>	<b>100%</b>

Le strutture pubbliche dell'AUSL di Bologna nel 2017 hanno prodotto 59.973 ricoveri, di cui il 38% di tipo Chirurgico. Nel 2017, in Azienda ci sono stati 3.708 parti.

Rispetto al consumo dei ricoveri dei residenti, circa il 54,4% avviene nelle strutture aziendali sia pubbliche (38%) che private (16%) accreditate, il 36% presso l'AOU di Bologna, lo IOR, il 6% presso le altre strutture regionali pubbliche e private, mentre il restante 4% avviene presso strutture extra-regionali. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è leggermente inferiore a quello regionale (130,6‰ vs. 134,5‰ RER).

L'Azienda USL di Bologna conta **8 sedi di PS**. Presso la sede dell'OM si contano oltre al PS generale anche 3 PS specialistici: ortopedico, ostetrico e pediatrico; presso la sede dell'Ospedale di Bentivoglio si conta oltre al PS generale, un PS pediatrico. Complessivamente nel 2017 sono contati 235.991 accessi di cui il 13% seguiti da ricovero.

### 3.3 Il personale

L'Azienda USL di Bologna è una realtà a elevata complessità gestionale e di ampie dimensioni, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l'elemento caratterizzante.

Il numero di dipendenti dell'Azienda USL di Bologna al 31/12/2017 è pari a 8.392 unità.

La situazione del personale dipendente dell'Azienda USL di Bologna, suddiviso per ruolo, è così configurata al 31/12/2017:

categorie personale dipendente	RUOLO	INCAR.	SUPP.	TOTALE
Dirigenti Medici e Veterinari	1.190	109	6	1.305
Altri dirigenti (Sanitari non Medici e APT) di cui apt	279	22	3	304
Pers.infermieristico - infermieri	3.235	67	-	3.302
Pers.infermieristico - ostetriche	131	10	1	142
Pers.infermieristico - altro	98	1	-	99
Personale ota oss ausiliari	977	4	-	981
Personale tecnico sanitario	169	-	-	169
Personale tecnico sanitario-LAB	225	13	-	238
Personale tecnico sanitario-RAD	189	30	1	220
Pers.sanitario della riabilitazione	369	8	-	377
Personale amministrativo	805	1	-	806
Altro personale	440	9	-	449
<b>TOTALE 2017</b>	<b>8.107</b>	<b>274</b>	<b>11</b>	<b>8.392</b>
<b>2016</b>	<b>7.905</b>	<b>233</b>	<b>17</b>	<b>8.155</b>
<b>2015</b>	<b>7.994</b>	<b>111</b>	<b>19</b>	<b>8.124</b>

Il personale dipendente 2017 rispetto al 2016 è aumentato del 3.9%.

Al personale dipendente si aggiungono le unità di personale in convenzione con l'università (80), le unità di personale con contratti atipici (148), i Medici di Medicina Generale (565), i Pediatri di Libera Scelta (126), i medici di continuità assistenziale (100), i medici specialisti ambulatoriali convenzionati (175) e le unità di personale con altre tipologie di convenzione (114).

Il personale al di sotto dei 34 anni è pari al 7,4%. La classe di età più numerosa è quella dai 45 ai 54 anni con una percentuale pari al 39,6% del totale, in calo rispetto al 2015 che era il 41%, di conseguenza è aumentata la fascia d'età 55-64 anni, passando dal 24,3% nel 2015 al 29% nel 2017. Rispetto al genere, la percentuale pari al 72% nel 2017 è analoga a quella del 2015.

#### Personale dipendente per genere e classi di età

genere	classi di età					Totale
	<=34	35-44	45-54	55-64	>=65	
<b>F</b>	421	1.366	2.540	1.724	32	6.083
<b>M</b>	201	574	785	713	36	2.309
Totale complessivo	622	1.940	3.325	2.437	68	8.392

genere	classi di età					Totale
	<=34	35-44	45-54	55-64	>=65	
<b>F</b>	6,9%	22,5%	41,8%	28,3%	0,5%	100,0%
<b>M</b>	8,7%	24,9%	34,0%	30,9%	1,6%	100,0%
<b>% per età</b>	<b>7,4%</b>	<b>23,1%</b>	<b>39,6%</b>	<b>29,0%</b>	<b>0,8%</b>	<b>100,0%</b>

genere	classi di età					Totale
	<=34	35-44	45-54	55-64	>=65	
<b>F</b>	68%	70%	76%	71%	47%	<b>72%</b>
<b>M</b>	32%	30%	24%	29%	53%	<b>28%</b>
<b>Totale complessivo</b>	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>

### 3.4 I dati economici

Di seguito la sintesi del conto economico 2016-2017:

SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Anno 2016	Anno 2017	VARIAZIONE 2017/2016	
			Importo	%
<b>A) VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>1.816.127.536</b>	<b>1.841.686.255</b>	<b>25.558.720</b>	<b>1,41%</b>
A.1) Contributi in c/esercizio	1.572.372.995	1.590.193.493	17.820.498	1,13%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.853.119	-5.301.578	1.551.541	-22,64%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	10.829.511	10.731.215	-98.296	-0,91%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	173.058.737	181.501.878	8.443.141	4,88%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	19.138.307	15.878.062	-3.260.245	-17,04%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	23.598.961	24.416.080	817.119	3,46%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	20.141.190	19.845.218	-295.972	-1,47%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	3.840.953	4.421.886	580.933	15,12%
<b>B) COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>1.784.435.566</b>	<b>1.816.264.864</b>	<b>31.829.299</b>	<b>1,78%</b>
B.1) Acquisti di beni	157.419.542	161.584.279	4.164.737	2,65%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	1.014.783.228	1.029.972.159	15.188.930	1,50%
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	93.989.147	88.317.100	-5.672.047	-6,03%
B.4) Manutenzione e riparazione	22.245.791	21.832.353	-413.438	-1,86%
B.5) Godimento di beni di terzi	7.827.264	7.463.105	-364.159	-4,65%
B.6) Costi del personale	394.599.496	401.218.272	6.618.776	1,68%
B.7) Oneri diversi di gestione	2.781.299	2.689.276	-92.023	-3,31%
B.8) Ammortamenti	43.673.111	41.324.614	-2.348.497	-5,38%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	380.280	1.568.739	1.188.459	312,52%
B.11) Accantonamenti	46.736.407	60.294.966	13.558.559	29,01%
<b>C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>	<b>-2.527.648</b>	<b>-389.629</b>	<b>2.138.019</b>	<b>-84,59%</b>
<b>E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>	<b>1.356.579</b>	<b>5.208.170</b>	<b>3.851.591</b>	<b>283,92%</b>
<b>Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO</b>	<b>30.495.771</b>	<b>30.214.333</b>	<b>-281.438</b>	<b>-0,92%</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>	<b>25.130,00</b>	<b>25.599,00</b>	<b>469,00</b>	<b>0,02</b>

### 3.5 Come operiamo

L'Azienda U.S.L. di Bologna si articola in Distretti, Dipartimenti e Unità Operative.

Nell'assetto dell'Azienda USL di Bologna è presente l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna", dotato di proprio statuto e costituito in attuazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 4 del 19 febbraio 2008.

L'Azienda USL di Bologna è articolata in 6 Distretti, 9 stabilimenti ospedalieri, 16 Case della Salute e 54 Poliambulatori che consentono una copertura capillare del territorio, garantendo l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie da quelle di base a quelle di più elevato livello specialistico.

Le evoluzioni organizzative e di processo degli ultimi anni, quali l'implementazione di piattaforme logistiche e professionali, ospedali per intensità di cura e complessità assistenziale, piattaforme operatorie, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, sono realizzate sulla base di una struttura delle responsabilità organizzative, cliniche ed assistenziali, di tipo matriciale.

L'assetto organizzativo aziendale è tuttora in fase di evoluzione al fine di meglio assicurare il pieno governo dei percorsi, la continuità delle cure e una maggiore omogeneizzazione delle procedure e delle modalità operative aziendali, oltre ad ottemperare ai nuovi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi riguardanti l'assistenza ospedaliera, richiesti dal DM Salute 70/2015 e dalla Deliberazione della Giunta Regionale E-R. n. 2040/2015.

In particolare, nel corso dell'anno 2017 l'Azienda, in applicazione delle suddette indicazioni nazionali e regionali, ha intrapreso un percorso di revisione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti e dell'IRCCS, in attesa dei futuri sviluppi del Sistema Sanitario Regionale e di Area Metropolitana e nelle more dell'adozione del nuovo atto aziendale, la cui stesura sarà successiva al completamento dei lavori del Nucleo Tecnico di Progetto (NTP), costituito da CTSSM, RER, Alma Mater Studiorum Unibo e dalle quattro Direzioni Generali delle Aziende di area Metropolitana.

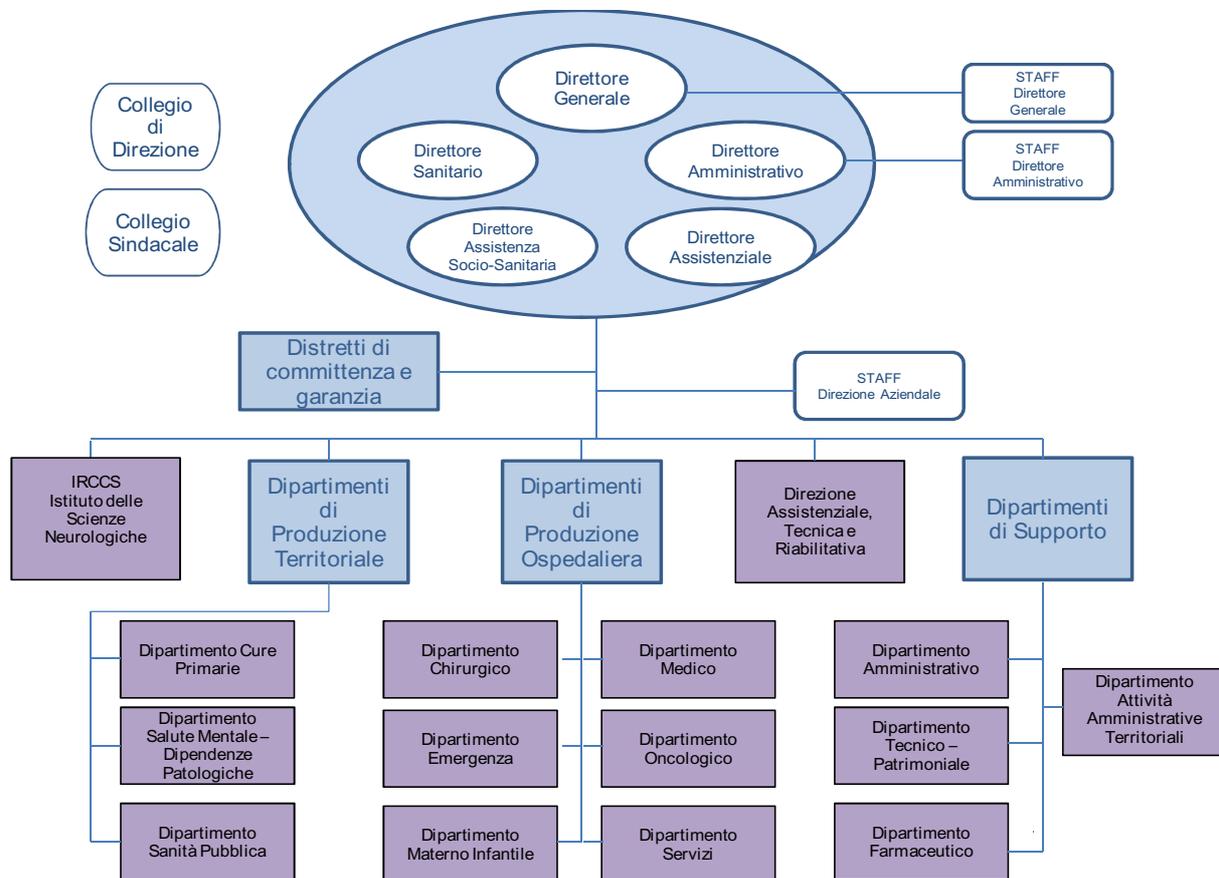
Riguardo alla più complessiva architettura dei servizi aziendali, l'anno 2017 ha visto un particolare impegno nello sviluppo dei documenti di programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera dei sei distretti dell'Azienda (PATRO e relativi documenti distrettuali approvati in CTSSM il 18/12/2017). Tale lavoro si configura quale ulteriore sviluppo del documento sulla "Programmazione dell'Assistenza Territoriale e della Rete Ospedaliera nell'Area Metropolitana Bolognese", già presentato nel corso nell'anno 2016 (CTSSM del 16/12/2016), in linea con quanto definito dalla DGR n.2040/2015.

Nel modello organizzativo a tendere si sta procedendo allo sviluppo delle dimensioni che caratterizzano la struttura delle Aziende metropolitane:

- la Dimensione territoriale, con particolari investimenti in termini di:
  - o prevenzione, promozione della salute, *self-care*, sostegno alle cure informali;
  - o assistenza primaria;
  - o sistema socio-sanitario e rete dei servizi sociali;
  - o Case della Salute;
- la Dimensione delle Cure Intermedie che assicura assistenza a pazienti complessi e non autosufficienti o terminali in alternativa al ricovero ospedaliero, o come completamento di un percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale. I *setting* delle cure intermedie, che si configurano come soluzione organizzativa "di prossimità" rispetto al bisogno dell'utente, con una presa in carico pensata per un *target* caratterizzato da cronicità e medio/alta complessità assistenziale sono rappresentati da: letti di Cure Intermedie, rete delle cure Palliative, Centri Diurni, Ambulatori Infermieristici per la cronicità; CRA, Centri per i disturbi cognitivi, ADI, ADP, PCAP (Punti di Coordinamento dell'Assistenza Primaria che evolveranno nel Team delle Cure Intermedie).
- la Dimensione ospedaliera: il rafforzamento della funzione distrettuale rivestita dall'ospedale, quale struttura per acuti nel territorio di riferimento e la specializzazione di particolari strutture, sulla base di vocazioni derivanti dall'esistenza di piattaforme all'avanguardia e/o consolidate competenze in funzioni di elevata specializzazione (neurochirurgia, cardiocirurgia, etc.).

Nella nuova logica organizzativa particolare rilevanza è posta su meccanismi d'integrazione delle dimensioni siano essi di natura funzionale (coordinamenti disciplinari e multidisciplinari, PDTA) o gestionale (reti cliniche, programmi), finalizzate al raccordo ospedale-territorio, sia dal punto di vista del percorso del paziente che dello sviluppo dei professionisti delle aziende metropolitane.

Di seguito si rappresenta l'assetto organizzativo complessivo dell'Azienda USL di Bologna:



## 4 .Gli impegni strategici e le dimensioni della performance

Gli obiettivi strategici dell'Azienda USL di Bologna, a partire dagli indirizzi e orientamenti nazionali e regionali, s'inseriscono nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria provinciale promossa, condivisa e approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana. Inoltre tengono conto degli obiettivi e del quadro economico che ogni anno la Regione Emilia-Romagna con le Linee di programmazione e finanziamento alle Aziende sanitarie assegna all'Azienda.

Per illustrare **la strategia aziendale per il triennio 2018-2020** va premesso che il percorso di riordino dell'assistenza ospedaliera e territoriale, avviato nel 2015 con il DM 70/2015 e con successiva DGR 2040/2015, ha visto nel 2016 la presentazione alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana del Documento di Programmazione dell'Assistenza Territoriale e della Rete Ospedaliera (PATRO) nell'Area Metropolitana Bolognese.

Nel corso dell'anno 2017 tale documento è stato oggetto di una declinazione a livello dei singoli distretti, frutto di un intenso lavoro multi - professionale e in stretta sinergia con le istituzioni locali.

Nel corso del 2017, inoltre, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna, di concerto con la Regione Emilia Romagna e l'Alma Mater Studiorum, hanno istituito un Nucleo Tecnico di Progetto, composto dai Direttori Generali delle quattro Aziende metropolitane e da esperti in materia, per condurre un'analisi organica e completa delle tematiche concernenti la riorganizzazione dei servizi sanitari nell'Area metropolitana di Bologna, con particolare attenzione al tema dei grandi ospedali che insistono sul territorio.

Il Nucleo Tecnico di Progetto si coordina altresì con la Cabina di regia sulle reti cliniche d'interesse regionale (DGR 2040/2015) in corso d'istituzione.

In questo contesto, peraltro, s'inserisce il Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019 (Deliberazione Assemblea Legislativa n.120/2017 e relativi strumenti attuativi DGR 1423/2017), che pone particolare enfasi sul concetto di dimensione distrettuale dell'assistenza, in termini di prossimità ed equità di risposta ai bisogni del cittadino.

La programmazione aziendale del triennio 2018-2020 deve dunque articolarsi sui tre livelli che caratterizzano oggi il nostro sistema:

- il livello Ospedaliero
- il livello delle Cure Intermedie
- il livello territoriale

La vera sfida che ci si pone è quella di ragionare in un'ottica aziendale e interaziendale di piena integrazione dei livelli di assistenza e, quindi, di trasversalità delle azioni da porre in essere.

Coerentemente alle indicazioni di cui alla delibera n. 3/2016 dell'OIV-SSR, l'Azienda USL di Bologna, ha rappresentato, nello schema che segue, il collegamento tra l'albero della Performance, articolato per dimensioni della Performance e relative aree, e gli obiettivi strategici del mandato istituzionale della Direzione Generale (DGR/169/2015).

Collegamento tra Albero della Performance e Obiettivi di Mandato	
ALBERO DELLA PERFORMANCE	Obiettivi di mandato del Direttore Generale DGR 169/2015
<b>Dimensione di performance dell'UTENTE</b>	
Area dell'Accesso e Domanda	1.3 Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero 1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (esclusa la parte farmaceutica)
Area dell'Integrazione	1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale 1.8 Integrazione sociosanitaria
Area degli Esiti	
<b>Dimensione di performance dei PROCESSI INTERNI</b>	
Area della Produzione	1.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera 1.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, sviluppo cure intermedie integrazione ospedale-territorio 1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute
Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (solo la parte farmaceutica) 1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
Area dell'Organizzazione	2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende 2.3 Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi 2.6 Adempimenti nei flussi informativi
Area dell'Anticorruzione-Trasparenza	
<b>Dimensione di performance dell'INNOVAZIONE E SVILUPPO</b>	
Area della Ricerca e della didattica	1.9 Attività di ricerca
Area dello Sviluppo Organizzativo	2.7 Valorizzazione del capitale umano
<b>Dimensione di performance della SOSTENIBILITA'</b>	
Area Economico-Finanziaria	2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa 2.5 Governo delle risorse umane
Area degli Investimenti	2.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio ediliziotecnologico e governo degli investimenti

## 4.1 Dimensione di performance dell'utente

### 4.1.1 Area dell'accesso e della domanda

#### Facilitazione dell'Accesso

La **facilitazione dell'Accesso** ai percorsi sanitari e socio-sanitari vede, nel triennio 2018-2020 un impegno dell'Azienda su più ambiti.

Le strategie intraprese finora hanno consentito di mantenere stabilmente entro gli standard previsti, i **tempi d'attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale** (di seguito Tab.1). Resta comunque alta l'attenzione al fine di prevenire situazioni critiche, pertanto l'Azienda

promuove lo sviluppo di azioni e il monitoraggio delle attività volte ad ottimizzare l'utilizzo delle agende di prenotazione e l'appropriatezza prescrittiva.

Gli obiettivi del triennio 2018-2020 saranno pertanto riferiti a:

- mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard e territorializzazione dell'offerta tramite la revisione dei punti di erogazione, in modo da migliorare la distribuzione territoriale dell'offerta per le prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata;
- proseguimento delle azioni di recupero della mobilità extra-RER delle RMN;
- incremento delle prescrizioni e prenotazioni di controlli effettuate direttamente dagli specialisti che hanno in carico il paziente;
- miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva;
- applicazione della DGR 377/2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali";
- ampliamento delle prestazioni disponibili in prenotazione on-line su CUPWEB regionale garantendo che l'offerta delle prestazioni di primo accesso (classe di priorità D della ricetta) prenotabili on-line sia l'80% di quella a sportello;
- governo e gestione dei percorsi specialistici ambulatoriali aziendali per le patologie croniche.

Continua l'impegno dell'Azienda nel raggiungimento degli obiettivi individuati nella DGR 272/2017 "**Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati** nella Regione Emilia Romagna", nel consolidare le attività già avviate nel 2017 dal Responsabile Unico Aziendale per il governo dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati, in particolare:

- il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti alle indicazioni regionali (circolare 7/2017 e nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017);
- il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale;
- la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
- la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza, verso le strutture private accreditate;
- una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini;
- il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati;
- sviluppo programmi a media bassa complessità, chirurgia malassorbitiva, calcolosi urinaria;
- Centralizzazione dell'attività di pre-ricovero e della gestione della pulizia della lista d'attesa; la lista d'attesa è gestita in maniera trasparente ed equa in particolare per le patologie oncologiche e per quelle oggetto di monitoraggio regionale e ministeriale.

Sempre in tema di facilitazione dell'accesso proseguirà l'impegno per il **contenimento dei tempi di permanenza dei pazienti in PS**. E' stato predisposto, da un gruppo di lavoro Aziendale, il Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS) che riprende gli obiettivi contenuti nelle Linee d'indirizzo Regionale, in particolare sui tempi standard cui tendere. Si consoliderà il sistema informatico aziendale che supporta la rilevazione di tutte le informazioni necessarie al monitoraggio corrente dei tempi di attesa e di quelli di processo per l'elaborazione del set di indicatori semplici e compositi (NEDOCS), previsti dalle linee d'indirizzo, scelti per ogni stabilimento Ospedaliero. I risultati di tale monitoraggio consentiranno specifici interventi sulle risorse e/o sull'organizzazione.

In tema di **accesso dei pazienti ai percorsi socio-sanitari**, andrà strutturata l'attivazione dei Team delle Cure Intermedie presso le case della salute per la valutazione della presa in carico di questa fascia di utenza. Per accogliere le segnalazioni, valutare il bisogno, valutarlo in modo multiprofessionale ed elaborare il progetto assistenziale di cura integrato.

In tema di **appropriatezza degli interventi** in ambito ospedaliero la riduzione dell'ospedalizzazione per DRG ad alto rischio d'inappropriatezza costituisce un obiettivo prioritario nella programmazione dell'Azienda USL di Bologna.

L'Azienda USL è inoltre impegnata nel potenziamento delle cure intermedie come sede di gestione delle fasi a rischio di riacutizzazione delle malattie croniche e nel potenziamento del ruolo di filtro del PS con l'attivazione di percorsi alternativi al ricovero, prevalentemente rivolti a fragili e polipatologici.

Oltre ai percorsi in ambito territoriale, si svilupperanno le seguenti azioni interaziendali volte a recuperare appropriatezza per i DRG medici:

- DRG088 "Malattia polmonare cronica ostruttiva": con AUO Bologna sarà riesaminato il PDTA BPCO interaziendale, strutturando percorsi atti a ridurre gli episodi di ricovero;
- DRG049 "Disturbi organici e ritardo mentale": attivazione di un gruppo di lavoro interaziendale con AOU Bologna con mandato di identificare soluzioni alternative al ricovero.

Per la riduzione dei DRG chirurgici potenzialmente inappropriati, l'Azienda USL di Bologna è impegnata nel trasferimento dal regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale). Le stesse indicazioni di orientare l'attività verso setting più appropriati sono inoltre condivise e previste negli accordi annuali di fornitura con AOU di Bologna.

Di seguito, in Tab. 1, sono rappresentati gli indicatori della Performance resi disponibili sul sistema SIVER/INSIDER dalla Regione Emilia-Romagna che evidenziano in diversi casi un miglioramento dei dati 2017 rispetto al 2016 e una performance migliore della media regionale. In particolare, si registra un calo complessivo del tasso di ospedalizzazione, dovuto anche all'apertura del Day Service Ambulatoriale Oncologico e alla chiusura di Posti Letto in DH.

Tab. 1 - Accesso e Domanda	Valore Aziendale				Valore Regionale
	2016	2017	diff.ass. 2017-2016	diff.% 2017-2016	2017
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	134,07	130,57	-3,5	-3%	134,48
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	98,77	99,71	0,94	1%	97,05
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg.	99,52	99,9	0,38	0%	98,31
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	67,78	70,21	2,43	4%	70,61
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	14,75	14,86	0,11	1%	10,22
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	16	16	0	0%	16
% abbandoni dal Pronto Soccorso	8,03	7,21	-0,82	-10%	4,98
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	61,57	74,5	12,93	21%	67,87
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	57,79	55,94	-1,85	-3%	60,96
Tasso std di accessi in PS	416,93	413,47	-3,46	-1%	381,94
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	81,85	82,29	0,44	1%	77,18
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	98,12	98,12	0	0%	81,04

#### 4.1.2 Area dell'integrazione

##### - **Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale**

La programmazione 2018-2020 consoliderà quanto messo in atto, da un punto di vista organizzativo, nell'ambito delle Cure Intermedie, ritenuto strategico per la riorganizzazione dell'intero sistema sanitario e socio-sanitario, in quanto può dare risposte efficaci sul territorio a cittadini, che presentano caratteristiche di cronicità, disabilità e vulnerabilità psico-sociale, prevenendo il ricorso alla ospedalizzazione o riducendone al massimo la durata. Le Cure Intermedie si caratterizzano per le attività e le strutture che comprendono, ma soprattutto per le relazioni che debbono avere e promuovere con tutti gli altri livelli di assistenza e cura.

Al fine di perseguire il miglioramento della presa in carico e della continuità assistenziale del paziente fragile cronico complesso, dal 2018 prenderà avvio lo sviluppo strutturale ed operativo del PCAP in Team delle Cure Intermedie (TCI). Il TCI è un team multi professionale costituito da infermiere, assistente sociale, medico e fisioterapista.

Ai TCI dislocati nelle 11 sedi operative delle Case della salute e preposti alla prossimità della presa in carico (TCI di prossimità), verranno assegnate le seguenti funzioni:

- valutazione multidimensionale e multidisciplinare del paziente;
- valutazione delle risorse familiari presenti o attivabili;
- definizione del percorso integrato di cura post ricovero ospedaliero o di accesso alle cure intermedie per evitare ricoveri evitabili o l'istituzionalizzazione precoce della persona;
- coordinamento e verifiche di esito degli interventi di transizione delle cure.

Il TCI nell'espletamento delle sue funzioni perseguirà logiche di lavoro multidisciplinari finalizzate alla massima interazione e coinvolgimento del MMG, team ospedaliero e/o altri professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente.

L'Azienda USL di Bologna nel triennio 2018-2020 sarà impegnata a mantenere e/o a consolidare **l'integrazione della rete ospedale-territorio** nei seguenti ambiti:

- le **Rete Locale di Cure Palliative** intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata di attività che vengono garantite a più livelli assistenziali, riconducibili ai cosiddetti "Nodi" della rete: ospedale, ambulatorio, domicilio, Hospice. L'impegno riguarda inoltre la formazione base di Cure Palliative di I livello per gli operatori delle strutture che si interfacciano con la rete (CRA e Case di riposo);
- il **Percorso nascita**, che nelle 27 sedi consultoriali, prende in carico ogni donna in gravidanza che decide di accedere al servizio pubblico, e assicura una rete con i punti nascita per l'invio delle gravidanze a termine e per ogni condizione patologica che necessiti l'intervento ospedaliero. Il percorso promuove un'assistenza appropriata alla gravidanza, offrendo assistenza ostetrica alla gravidanza fisiologica e percorsi integrati sulla patologica.
- la **Salute riproduttiva** che vedrà il proseguimento degli interventi per la preservazione della fertilità e lo sviluppo della salute sessuale dei giovani adulti;
- il **Percorso IVG** a garanzia dell'uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico. Gli indicatori in Tab. 2, che misurano la performance del percorso, mostrano valori in miglioramento nel 2017 rispetto al 2016 per entrambi gli indicatori;
- il **Contrasto alla violenza di genere** che vedrà l'AUSL di Bologna impegnata a promuovere e sostenere la formazione della rete ospedale-territorio a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti. Proseguono quindi le attività in essere del centro LDV (Liberiamoci Dalla Violenza),

realizzando momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro stesso e un percorso formativo per i professionisti aziendali;

- il **Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti**: In coerenza con quanto descritto nel punto precedente, l'AUSL di Bologna continuerà ad essere impegnata a promuovere e sostenere la formazione e la presa in carico terapeutica per il contrasto della violenza che coinvolge bambini e adolescenti;
- la **Casa di promozione e tutela della salute in carcere** dell'AUSL di Bologna, che è un sistema integrato di servizi e professionisti che si prende cura dei detenuti a garanzia dell'accesso ai programmi di prevenzione ed alle prestazioni sanitarie. L'Azienda s'impegna, anche dalla programmazione 2018, a implementare le consulenze da parte degli specialisti ospedalieri con l'intento di ridurre al minimo le traduzioni esterne dei detenuti. Si svilupperà, altresì, l'attività del promotore di salute.
- l'**Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale** che prevede un impegno dell'Azienda all'utilizzo del Budget di salute quale strumento integrato sociosanitario a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, in coerenza con le indicazioni Regionali;
- il **Percorso di chiusura dell'OPG** a seguito della Legge 81 del 2014, il 2 Aprile 2015 è stata aperta a Bologna, in via transitoria, la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), con 14 posti letto dedicati all'accoglienza di pazienti autori di reato con misura di sicurezza, provenienti dalle AUSL di Area Vasta Emilia Centro, dalla Romagna e le pazienti donne di tutta la Regione. L'Azienda USL di Bologna s'impegna a favorire le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali, da definirsi entro 45 giorni dall'ammissione nelle REMS.

L'Azienda USL di Bologna, tra gli strumenti d'integrazione tra livelli di assistenza e di cura, ha adottato da alcuni anni, per perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza, i **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)**. Ad oggi sono stati elaborati e validati, oltre al Percorso nascita sopra citato, 29 PDTA, 4 sono in revisione e 9 in redazione per il 2018. Toccano diverse discipline, le più rappresentate sono l'oncologia (es. ca. mammella, ca. colon, ca. polmone, ca. cerebrali ecc.), la neurologia (es. SLA, Epilessia, Parkinson ecc), l'area materno infantile (es. Bambino a rischio di sviluppare cronicità, Patologie oftalmologiche pediatriche, Celiachia pazienti pediatriche ecc.) e le patologie cardio-polmonari (es. BPCO, Scompenso, post-infarto ecc). Alcuni di questi hanno un'estensione interaziendale.

### **Integrazione Socio-Sanitaria**

L'Azienda USL di Bologna continuerà, anche nel triennio 2018-2020 il pieno esercizio della funzione d'integrazione socio-sanitaria attribuendo tale competenza alla Direzione delle Attività Socio-Sanitarie, articolata a livello distrettuale nelle Unità delle Attività Socio-Sanitarie (UASS), così da promuovere le relazioni con gli Enti titolari della gestione dei Servizi Sociali, e con il sistema di governance distrettuale.

Rispetto a quanto richiesto dalla Programmazione regionale, l'Azienda assicura:

- il monitoraggio tempestivo dell'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale nei contratti di servizio e assicurando la completa attuazione delle indicazioni regionali riguardo all'utilizzo delle risorse che saranno assegnate annualmente.

- il potenziamento di percorsi d'integrazione, finalizzati alla diagnosi e alla cura delle persone con demenza e al sostegno del caregiver, tramite il lavoro di consolidamento e sviluppo della rete dei servizi territoriali, nel pieno rispetto del Piano Regionale Demenze e del suo aggiornamento del 2016 (DGR 990/2016). L'AUSL di Bologna è impegnata nell'implementazione del PDIA demenze come previsto dalle linee di indirizzo nazionali (C.U. Stato Regioni del 26/10/2017) e sulla base delle indicazioni che scaturiranno dal gruppo regionale recentemente istituito.

Tab. 2 Integrazione Indicatore	Valore Aziendale				Valore Regionale 2017
	2016	2017	diff.ass. 2017- 2016	diff.% 2017- 2016	
% IVG medica sul totale IVG	27,9	36,48	8,58	31%	29,92
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	15,05	9,24	-5,81	-39%	31,48
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3	2,98	-0,02	-1%	4,14
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	25,78	22,33	-3,45	-13%	22,36
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	167,74	169,9	2,19	1%	194,03
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	117,7	84,17	-33,53	-28%	126,63
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	423,87	415,8	-8,06	-2%	415,31

#### 4.1.3 Area degli esiti

L'Azienda USL di Bologna nel triennio 2018-2020 continuerà a porre particolare attenzione agli obiettivi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 in relazione ai valori soglia previsti dagli indicatori su **volumi ed esiti**, non solo con riferimento alle strutture pubbliche afferenti all'Azienda stessa, ma governando anche l'offerta delle strutture private accreditate avviando programmi di adesione agli standard quantitativi e qualitativi previsti, qualora non fossero in linea.

Va indicato che la delibera n°3/2016 dell'OIV regionale individua per le diverse Dimensioni e Aree della Performance un pacchetto di indicatori di risultato comune a tutte le Aziende della Regione, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Per il Piano della Performance 2018-2020 sono stati selezionati 92 indicatori di risultato, 21 dei quali riferiti all'area degli ESITI della Dimensione Utenti, di seguito in Tab.3.

I principali indicatori di esito selezionati, calcolati sulla sola produzione Aziendale, riportano:

- in alcuni casi un miglioramento nel 2017 rispetto al 2016, quali il calo della mortalità a 30 giorni per Infarto miocardico acuto, l'incremento della % trattati con PTCA entro 2 gg, il calo della mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia e tutti gli indicatori dell'area materno-infantile;
- in altri casi un mantenimento degli standard, già raggiunti da alcuni anni, rispetto ai valori attesi richiesti: quali ad esempio le Colecistectomie laparoscopiche con degenza post

operatoria < 3 giorni, che raggiungono nelle strutture pubbliche Aziendali una media dell'81,6% a fronte di uno standard richiesto dalla RER  $\geq 75\%$ ;

- in qualche caso si rileva un miglioramento, ma con valori sotto lo standard, come la *proporzione del trattamento delle fratture di femore entro 48 ore*, che, se letto a livello Aziendale, è al 65%, mentre lo standard richiesto per il 2017 era  $\geq 70\%$ . Osservando nel dettaglio invece, l'Ospedale Maggiore supera lo standard con il 71,51% mentre l'Ospedale di Vergato pur non raggiungendo lo standard passa dal 47,59% del 2016 al 59,18% nel 2017. Va segnalato che ad Aprile 2018 si è rimodulata l'attività ortopedica di ricovero, day-surgery e specialistica ambulatoriale nelle sedi degli ospedali di Vergato e Porretta. Nella prima sede è garantita l'attività di chirurgia ambulatoriale, nella seconda sono concentrate le attività chirurgiche e di ricovero.

Tab. 3 Esiti  Indicatore	Valore Aziendale				Valore Regionale
	2016	2017	diff. ass. 2017-2016	diff.% 2017- 2016	2017
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	9,34	8,8	-0,54	-5,8%	9,06
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	46,94	48,26	1,32	2,8%	43,18
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	14,9	15,04	0,14	0,9%	12,68
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0	0	0		1,57
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	2,06	2,2	0,14	6,8%	1,96
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	3,03	4,24	1,21	39,9%	1,53
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,42	10,87	-0,55	-4,8%	10,66
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2,29	1,79	-0,5	-21,8%	1,6
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	11,03	11,44	0,41	3,7%	9,99
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	82,55	81,64	-0,91	-1,1%	80,73
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	84,18	94,3	10,12	12,0%	82,06
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	93,09	93,73	0,64	0,7%	81,55
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	11,45	11,13	-0,32	-2,8%	6,11
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	1,35	1,11	-0,24	-17,8%	0,78
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	6,1	8,13	2,03	33,3%	4,74
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	5,34	5,98	0,64	12,0%	4,35
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17,17	16,27	-0,9	-5,2%	18,01
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,38	1,23	-0,15	-10,9%	0,9
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,77	0,74	-0,03	-3,9%	0,98
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	60,89	64,88	3,99	6,6%	72,8
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	3	3	0	0,0%	2

## 4.2 Dimensione di performance dei processi interni

### 4.2.1 Area della produzione

#### - Produzione Ospedaliera

Proseguiranno le azioni riguardanti il completamento del riordino della rete ospedaliera, coerenti con la DGR 2040/2015, con il documento sulla "Programmazione dell'Assistenza Territoriale e della Rete Ospedaliera nell'Area Metropolitana Bolognese (PATRO/2016)" e con i Documenti di programmazione presentati nel dicembre 2017 alla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale Metropolitana. Il **riordino ospedaliero**, come anticipato nei capitoli 2 e 3, vede il **Nucleo Tecnico di Progetto** (costituito dalla CTSSM, la RER, l'Alma Mater Studiorum – UNIBO, le Direzioni Generali delle quattro Aziende di area metropolitana), impegnato nell'analisi delle integrazioni ed unificazioni in ambito metropolitano, con particolare attenzione ai grandi ospedali che insistono sul territorio. Le integrazioni riguarderanno gli ambiti di seguito indicati:

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico	Aziende coinvolte	Azienda Capofila	Risultato atteso a fine 2018
<b>Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM)</b>	Clinica/di supporto	Cessione ramo d'azienda	AUSL Bologna IOR	AUSL Bologna	Effettiva
<b>Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad attività integrata (DIAP)</b>	Clinica/di supporto	Dipartimento interaziendale ad attività integrata	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	-	Effettiva
<b>Chirurgia Vascolare</b>	Clinica	Assegnazione metropolitana	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Effettiva
<b>Chirurgia Toracica</b>	Clinica	Assegnazione metropolitana	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Effettiva

L'Azienda USL di Bologna garantirà inoltre la collaborazione alle attività della Cabina di regia regionale (DGR 190-29/11/2017) e si impegnerà nel **consolidamento e potenziamento delle Reti di rilievo regionale**. In particolare:

- la rete dei Centri di Senologia - La chirurgia senologica dell'AUSL di Bologna è da anni concentrata presso l'Ospedale Bellaria dove, nel 2017, sono stati eseguiti 732 interventi. La stessa équipe esegue interventi presso l'Ospedale Maggiore;
- la Rete delle Malattie Rare - Si consolida la presa in carico presso l'IRCCS delle scienze Neurologiche, in collaborazione con il Dip.Materno Infantile, di pazienti pediatrici affetti da malattie rare neurologiche e neuromotorie. Vengono assicurati inoltre il counselling genetico e l'assistenza psicologica;
- Rete per la Terapia del dolore - Viene garantita piena collaborazione alla struttura regionale e partecipazione attiva al progetto "Ospedale-Territorio senza dolore";
- Rete delle Cure Palliative - Viene garantita la partecipazione al gruppo di coordinamento costituito presso il Serv. Assistenza Ospedaliera RER, con definizione di percorsi e protocolli assistenziali. Sarà data particolare attenzione ai ruoli ed alle interconnessioni fra i nodi della rete per una piena integrazione col futuro Hospice Pediatrico;
- Reti per le patologie tempo-dipendenti - Impegno nel mantenimento dei valori attesi per gli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali per IMA e Stroke;

- Centri di riferimento regionali – L'AUSL di Bologna garantirà la definizione dei percorsi per i propri *hub* (Neurochirurgia Pediatrica e Neurochirurgia dell'Ipofisi), individuati dalla RER nel 2017/2018. L'Azienda collaborerà inoltre, per i propri *spoke*, con il centro di riferimento *hub* alla definizione di percorsi per l'invio dei pazienti.

I primi quattro indicatori calcolati di seguito comprendono, nel dato Regionale, l'attività erogata da tutte le strutture pubbliche e private accreditate mentre nel dato Aziendale considerano solo l'attività erogata dalle strutture pubbliche. I volumi di attività a seguire, fanno riferimento, anche nel dato Aziendale, sia alle strutture pubbliche sia a quelle private. Rispetto ai volumi di attività di ricovero il calo dei DH è effettivo per il passaggio di attività di DH al day-service ambulatoriale, mentre l'incremento dei ricoveri ordinari è in parte dovuto alle nuove "regole" di dimissione da reparti acuti a post-acuti.

Tab. 4 Produzione-Ospedaliera	Valore Aziendale				Valore Regionale
	2016	2017	diff.ass. 2017-2016	diff.% 2017-2016	2017
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	2,61	0	-2,61	-100,0%	0
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,1	0,42	0,32	320,0%	-0,34
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,97	-0,9	0,07	-7,2%	-0,52
Degenza media pre-operatoria	0,75	0,75	0	0,0%	0,73
Volume di accessi in PS	238.347	239.386	1039	0,4%	1.891.003
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	46.784	51.365	4581	9,8%	359.943
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	35.494	36.650	1156	3,3%	256.848
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	6.136	3.189	-2947	-48,0%	38.898
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	10.778	10.794	16	0,1%	84.951

#### - Produzione Territoriale

Nell'area dell'Assistenza Territoriale le direttrici strategiche individuate per il triennio 2018 - 2020 riguardano:

- l'avvio e il **consolidamento delle attività** nella **nuova Casa della Salute Navile e il consolidamento delle attività nelle altre 15 Case della Salute già attive** - e sedi collegate - in un contesto in cui vengono sviluppate le comunità professionali e consolidate le relazioni con le comunità dei cittadini e con le associazioni;
- La **gestione integrata delle patologie croniche**, che prosegue con i percorsi di presa in carico dei MMG e degli specialisti con il supporto degli ambulatori infermieristici delle Case della Salute, che già hanno una ricaduta d'assistenza positiva e organizzativa sulle cure domiciliari, si amplierà nel 2018 verso altre forme di assistenza territoriale quali le strutture delle cure intermedie. La gestione integrata dei pazienti con patologie croniche, anche con il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri in alcuni percorsi, supporta l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati proprio attraverso l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale;
- l'avvio operativo di **posti letto tecnici di cure intermedie**. Al momento, attivati su due punti aziendali a Vergato e Loiano (10 PL cad.) per soggetti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione assistita, in fase post-acuta di dimissione dall'ospedale e affetti da riacutizzazioni di malattie croniche che non richiedono l'ospedalizzazione ma che non possono essere adeguatamente trattati a domicilio;

- l'organizzazione dei **Team di Cure Intermedie Territoriali** (trattati anche nel paragrafo 4.1.2) che, in integrazione con i PCAP e i servizi sociali territoriali, contribuiranno ad un ampliamento dell'attività clinica geriatrica territoriale;
- il consolidamento delle azioni messe in campo sull'**assistenza protesica** con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva e al governo interaziendale della spesa protesica, partecipando, in collaborazione con l'AOU di Bologna e con lo IOR, attraverso il coinvolgimento e la co-responsabilizzazione dei professionisti, all'individuazione delle competenze, delle caratteristiche e delle modalità organizzative per la definizione di un **albo di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili**. In particolare l'AUSL di Bologna, tenendo in considerazione anche il ruolo dell'AOU di Bologna e dello IOR, propone di adottare una programmazione su due fasi:
  - o Definizione di un albo generale dei prescrittori che includa sia quelli dedicati agli ausili assistenziali che a quelli riabilitativi tenendo conto della tipologia di ausili prescritti, della formazione sulle principali indicazioni aziendali / linee d'indirizzo e del cut-off prescrittivo;
  - o Definizione di criteri specifici per l'individuazione di prescrittori con conoscenze e competenze specifiche sugli ausili ad alta complessità/costo definiti nell'ambito di specifici percorsi / PDTA.

Tab. 5- Produzione-Territoriale	Valore Aziendale				Valore Regionale
	2016	2017	diff. ass. 2017-2016	diff. % 2017-2016	2017
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	42,23	48,63	6,4	15,2%	49,98
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	45,03	50,4	5,37	11,9%	57,57
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	18,35	22,91	4,56	24,9%	25,47
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	3,98	3,51	-0,47	-11,8%	5,45
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	20,52	20,8	0,28	1,4%	20,08
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	66,56	70,92	4,36	6,6%	78,62
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	21,95	22,22	0,27	1,2%	20,57
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	1.063.370	1.065.054	1684	0,2%	6.839.955
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	867.094	879.549	12455	1,4%	6.519.422
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	7.813.453	8.228.762	415309	5,3%	46.157.827
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,42	0,4	-0,02	-4,8%	0,36
Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	-	100			75
Volume di accessi in ADI: alta intensità	235.015	194.478	-40537	-17,2%	427.050
Volume di accessi in ADI: media intensità	340.593	283.847	-56746	-16,7%	741.659
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	173.775	148.332	-25443	-14,6%	1.672.625
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	442.014	645.628	203614	46,1%	5.964.392

- **Produzione-Prevenzione**

Nell'area dell'attività di prevenzione e promozione della salute per il triennio 2018 - 2020 l'Azienda USL di Bologna dovrà continuare a garantire:

- l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali setting del **Piano Regionale della Prevenzione** (Ambienti di Lavoro, Comunità – programmi di popolazione, programmi età specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), nonché alla realizzazione delle azioni previste dal PLA nell'ottica dell'equità, dell'integrazione e della partecipazione;
- **l'offerta attiva di tutte le vaccinazioni previste dal Nuovo Piano Nazionale di prevenzione Vaccinale 2017 – 2019**, recepito dalla Regione Emilia-Romagna e integrato da un piano di implementazione del Calendario Vaccinale. E' inoltre garantita l'attuazione della Legge L.R.19/2016 e L.119/2017, che prevede il rispetto degli obblighi vaccinali quale requisito per l'accesso ai servizi educativi dell'infanzia;
- i **programmi di screening oncologici** che vedono la collaborazione tra Dipartimento di Sanità Pubblica in sinergia con i dipartimenti di produzione interessati (Dipartimento Oncologico, Chirurgico e Cure Primarie) dell'Azienda USL di Bologna e con le UU.OO. interessate dell'AOU di Bologna. L'impegno sarà rivolto non solo al consolidamento dei percorsi attivi da diversi anni, ma anche al miglioramento delle percentuali di adesione, in particolare per lo screening cervicale e per il test HPV.

Tab. 6 Produzione-Prevenzione	Valore Aziendale				Valore Regionale
	2016	2017	diff.ass. 2017-2016	diff.% 2017-2016	2017
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	47,3	48	0,7	1,5%	49,1
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	39,3	38,9	-0,4	-1,0%	35,1
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	77,5	73,19	-4,31	-5,6%	75,65
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	40,41	60,22	19,81	49,0%	63,54
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettole rispetto alle persone invitate	39	47,45	8,45	21,7%	49,03
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	86,74	90,89	4,15	4,8%	91,11
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	53,8	54,57	0,77	1,4%	53,25
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	68,52	68,8	0,28	0,4%	71,01
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	27,97	32,48	4,51	16,1%	29,57
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	87	91,04	4,04	4,6%	91,64
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	92,5	94,24	1,74	1,9%	94,03
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,58	9,46	-0,12	-1,3%	9,79
% cantieri ispezionati	17,16	14,77	-2,39	-13,9%	19,25
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	98,81	100	1,19	1,2%	100
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	-	89,07			88,28
Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	79,74	83,45	3,71	4,7%	83,09

#### 4.2.2 Area della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

L'Azienda continuerà nel triennio 2018-2020 a perseguire le azioni volte al miglioramento **dell'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico**.

L'uso appropriato del farmaco è il tema cardine attorno al quale ruota il Progetto Interaziendale per il Governo del Farmaco, messo a punto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera S'Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Le azioni messe in campo hanno riguardato i seguenti ambiti d'intervento tra loro interconnessi:

- distribuzione farmaci ad acquisto diretto (DD e DPC);
- appropriatezza prescrittiva in Medicina generale (MG);
- appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero (H);
- utilizzo appropriato degli ipolipemizzanti orali;
- promozione del buon uso del farmaco e lotta allo spreco.

I risultati positivi ottenuti hanno portato a proporre ulteriori azioni, concordate con la Direzione delle Farmacie e le Direzioni del Governo Clinico delle Aziende interessate. In particolare le Azioni riguardano:

- l'incremento dell'utilizzo di farmaci a Brevetto Scaduto;
- l'incremento dell'utilizzo dei farmaci Bio-similari;
- l'impiego di ipolipemizzanti orali;
- l'appropriatezza prescrittiva nell'impiego della vitamina D;
- la promozione all'uso appropriato dei farmaci respiratori in associazione per il trattamento della BPCO;
- la lotta all'antibiotico resistenza;
- la riduzione della spesa netta pro-capite pesata per gli assistiti dell'AUSL BO in carico alla Medicina Generale;
- la condivisione della cultura generale dell'uso appropriato del farmaco in ambito Ospedaliero;
- il mantenimento del turnover di presa in carico degli assistiti in Erogazione Diretta;
- il rischio clinico in Medicina Generale;
- la campagna comunicativa per un impiego razionale dell'Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM).

Nell'ambito dei complessivi interventi di **promozione della sicurezza delle cure** e della persona assistita, **coerentemente con le linee di programmazione regionale** e nel rispetto degli indirizzi nazionali in tema di gestione del rischio clinico, anche per il triennio 2018-2020 l'Azienda sarà impegnata a garantire:

- l'elaborazione di una relazione annuale sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto. La relazione sarà pubblicata su sito aziendale;
- l'aggiornamento del Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) con le attività annualmente previste e la pubblicazione sul sito aziendale;
- l'assolvimento del debito informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute – con rilancio e potenziamento del sistema di incident reporting volto soprattutto al coinvolgimento delle strutture non segnalanti.

Al fine della riduzione degli incidenti, l'Azienda presidia l'applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure, garantendo il monitoraggio Agenas e l'effettuazione di Visite per la Sicurezza. sarà applicato lo strumento Vi.Si.T.A.RE per la verifica dell'utilizzo del Foglio Unico di Terapia e della ricognizione e riconciliazione farmacologica.

Si porrà particolare attenzione all'implementazione delle raccomandazioni relative alla gestione del farmaco, al percorso nascita, all'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in ostetricia e alla sicurezza in chirurgia. Rispetto a quest'ultimo ambito si attueranno le azioni di miglioramento previste dai piani aziendali e si continuerà l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della check list di Sala Operatoria (Progetto OssERvare).

Viene inoltre garantita l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, quali:

- la presenza del braccialetto per l'identificazione del paziente;
- l'utilizzo del foglio unico di terapia (FUT);
- la formazione in tema di sicurezza delle cure e organizzazione di eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi (Significant Event Audit);
- l'adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini "Open Safety Day".

Continua l'attività d'implementazione delle Linee d'indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente.

Tab. 7 Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	Valore Aziendale				Valore Regionale
	2016	2017	diff. ass. 2017-2016	diff.% 2017-2016	2017
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,87	10,88	0,01	0,1%	10,06
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	9,52	8,92	-0,6	-6,3%	5,89
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	5,91	6,26	0,35	5,9%	3,18
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	21,25	21,53	0,28	1,3%	21,04
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	874,4	775,91	-98,49	-11,3%	777,31
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	51,38	53,55	2,17	4,2%	43,54
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	59,02	54,93	-4,09	-6,9%	49,65
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,66	2,3	-0,36	-13,5%	2,17
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	99,98	29,6	-70,38	-70,4%	33,49
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,21	0,2	-0,01	-4,8%	0,21
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,59	7,15	0,56	8,5%	6,86
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	12,61	14,32	1,71	13,6%	13,68
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	3,88	3,64	-0,24	-6,2%	4,9

### 4.2.3 Area dell'organizzazione

#### **Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici nelle Aziende.**

Il triennio 2018-2020 vedrà il progressivo consolidamento dei Servizi Amministrativi Unificati tra le in area Metropolitana (S.U.M. Amministrazione del Personale e S. Acquisti Metropolitan), dei Servizi Amministrativi Unificati tra alcune Aziende dell' Area Metropolitana (S.U.M. Economato tra AUSL BO e IOR, SUM Contabilità e Finanza tra AUSL BO, AOU BO e IOR) e l'avvio del progetto di Unificazione del Servizio Acquisti di Area Vasta.

#### **Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi**

Per il triennio 2018-2020 prosegue l'impegno sui progetti d'informatizzazione promossi dalla Regione Emilia-Romagna, richiedono ancora un importante impegno da parte dell'Azienda, in particolare saranno garantiti la piena collaborazione e il supporto per:

- l'implementazione dell'applicativo per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo Contabile (**GAAC**) il cui avvio è slittato all'1/1/2019;
- la messa a regime di tutti i moduli previsti nel software per la Gestione delle risorse umane (**GRU**) avviato in Azienda l'1/1/2017;
- Il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (**FSE**);
- la manutenzione corrente dell' Anagrafe Regionale Assistenti (**ARA**);
- promuovere il percorso di diffusione della **cartella Sole**;
- concludere l'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della **ricetta dematerializzata**,
- attivarsi per utilizzare la **piattaforma applicativa Software** e di servizi correlati per la gestione informatizzata **della ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati etici** della Regione Emilia-Romagna;
- la piena collaborazione ai lavori di avvio della procedura a evidenza pubblica per l'acquisizione di un **software unico regionale per la gestione informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche**, garantendo la partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale;
- collaborazione per **implementare il software per la gestione dei sistemi trasfusionali** della Regione Emilia-Romagna;
- piena **collaborazione per l'avvio del SIUSS** sulla base di quanto verrà richiesto dalla Regione (Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali).

#### **Adempimenti nei Flussi Informativi**

La Regione Emilia-Romagna ha ulteriormente sviluppato il proprio data-warehouse, contenente tutti i flussi di dati, realizzando un portale di reportistica (InSIDER: Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna) che risponde ad ogni livello di committenza (regionale, territoriale, ospedaliero), sia negli ambiti sanitari che socio-sanitari e sociali. Ne consegue che andrà posta particolare attenzione alla **completezza e alla tempestività** nell'invio dei principali Flussi Informativi correnti, non solo perché risulta essere un obiettivo strategico, ma perché consentirà all' Azienda di accedere ad una rendicontazione delle attività richieste ed erogate, esaustiva e puntuale.

Gli interventi di miglioramento dovranno riguardare anche la **qualità delle singole informazioni rilevate**, a partire dai **codici identificativi dei pazienti (CODICE FISCALE, ENI, STP, TEAM)**. Questa è una condizione necessaria per l'avvio del progetto di interconnessione tra Flussi Informativi dell'NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) basato sull'identificazione del paziente.

Sono in previsione sia a livello nazionale (per banche dati ADI, FAR, SIDER e Cure Palliative) che regionale (ASA, SIGLA, ecc.) modifiche e revisioni dei contenuti informativi di alcuni flussi, pertanto l'impegno Aziendale sarà quello di adeguare i sistemi e le modalità di rilevazione dei dati in base a quanto verrà richiesto.

Con l'obiettivo di adottare strumenti tipici del controllo di gestione per la **rendicontazione economica integrata delle forme di assistenza sanitaria e sociale**, l'Azienda s'impegnerà a soddisfare:

- gli adempimenti LEA C.14 e C.15 – monitoraggio della distribuzione diretta e dei consumi ospedalieri di medicinali;
- gli invii, nei tempi, dei flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.

#### 4.2.4 Area della Trasparenza e della prevenzione della corruzione

L'Azienda USL di Bologna, nel Piano della Performance 2018-2020, riprende le misure di prevenzione della corruzione e di assolvimento agli obblighi di trasparenza contenute nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 (Del. Aziendale 17-31/01/2018). Nella programmazione annuale durante il processo di Budget, verranno declinati obiettivi specifici e puntuali sia nelle schede dipartimentali e/o di Unità Operativa, che nelle schede individuali dei singoli dirigenti/dipendenti.

L'individuazione per ogni obiettivo/misura di anticorruzione di specifici indicatori permette di rendere trasparente e valutabile il raggiungimento dell'obiettivo stesso e, al contempo, di esplicitarne il contenuto e di contestualizzarlo specificatamente per singolo ambito.

Di seguito alcuni dei principali processi/obiettivi sui quali l'Azienda è impegnata.

Processo/Obiettivo	Misura/Azione
Governo del rischio corruzione/applicazione della rotazione nelle aree specifiche individuate a seguito della mappatura del rischio	Applicazione delle misure del rischio di anticorruzione nelle aree specifiche individuate per la rotazione a seguito della mappatura come da Legge 190/2012 e Delibera ANAC 831/2016. <b>SUMAP</b> - COMMISSIONI DI CONCORSO, <b>SAM</b> - COMMISSIONI DI GARA, <b>RISK MANAGMENT</b> – COMMISSIONI PATENTI, <b>DIP. EMERGENZA</b> – COMMISSIONE 118, <b>COMMITENZA E SPEC. AMBULATORIALE</b> - Controlli APPROPRIATEZZA NEL PRIVATO, <b>DSP</b> : pareri, controlli e ispezioni.
Pianificazione e predisposizione delle misure organizzative per l'adeguamento al Reg. UE 2016/679 (GDPR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Revisione dell'assetto delle responsabilità all'interno dell'azienda e adozione provvedimenti conseguenti;</li> <li>2- Revisione e aggiornamento della regolamentazione privacy nell'ambito delle aree di integrazioni tra Aziende metropolitane e predisposizione della relativa documentazione (tema con titolarità del trattamento);</li> <li>3- Revisione del Regolamento aziendale inerente la gestione e la tenuta della documentazione sanitaria e socio sanitaria e predisposizione del regolamento sul DSE con particolare attenzione alla regolamentazione per l'accesso al dossier di altre aziende in ambito provinciale</li> </ol>
Linee Guida per l'accesso degli informatori farmaceutici: registro informatizzato degli accessi	Corretta compilazione del Registro informatizzato degli incontri con gli Informatori scientifici; Organizzazione di almeno due incontri collegiali annuali con IF
Rapporti con TERZO SETTORE	Applicazione del nuovo regolamento.
Obblighi di pubblicazione	Completa e corretta implementazione della Sezione Amministrazione Trasparente: % di assolvimento obbligo di pubblicazione (completezza del contenuto, aggiornamento del dato, formato di pubblicazione.)

Le misure obbligatorie di prevenzione della corruzione (formazione del personale, rotazione generale del personale, codice di Comportamento) costituiscono obiettivi di performance individuali proprie della responsabilità delle figure dirigenziali.

Tab. 8 Anticorruzione-Trasparenza	Valore Aziendale			
	Indicatore	2016	2017	diff.ass. 2017-2016
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	97,14	99,43	2,29	2,4%
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	77,96	82,39	4,43	5,7%

## 4.3 Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

### 4.3.1 Area della Ricerca e della didattica

L'Azienda USL di Bologna ha predisposto un piano aziendale della ricerca che è stato pensato come strumento di supporto in grado di indurre un cambiamento nell'arco di un triennio per arrivare ad accrescere complessivamente le opportunità di sviluppare la ricerca in Azienda.

Gli obiettivi nell'arco del triennio sono:

- Analizzare e posizionare la capacità di ricerca attuale dell'Azienda attraverso la mappatura dei progetti e della produzione scientifica nelle singole aree e discipline.
- Definire delle aree di ricerca strategiche da valorizzare in coerenza con la mission e gli obiettivi dell'azienda. In particolar modo diventa importante condividere nei vari contesti quale ricerca è più opportuno/fattibile sviluppare nei vari setting aziendali.
- Promuovere la pubblicazione degli innumerevoli esercizi di ricerca osservazionale o di implementazioni di innovazioni clinico-organizzative sviluppati in azienda.
- Identificare ambiti specifici dove sviluppare ricerca sperimentale.
- Costruire e irrobustire (anche dal punto di vista normativo nel rispetto della privacy) data-base/registri come punto di partenza per ricerche prospettiche.
- Contaminare ambiti solitamente restii a pensare l'innovazione come ricerca (ad esempio gli staff spesso coinvolti in innovazioni organizzative).
- Sviluppare le competenze metodologiche dei ricercatori ai fini del disegno e della conduzione di progetti di ricerca, con particolare riguardo all'ultimo stadio della ricerca traslazionale ("dissemination and implementation research") e rivolta alla valutazione dei servizi.
- Potenziare ed ottimizzare il supporto amministrativo e metodologico ai ricercatori
- Revisionare e sviluppare gli strumenti per il monitoraggio, la valutazione e la rendicontazione dei progetti di ricerca avviati e dei risultati conseguiti.

### 4.3.2 Area dello sviluppo organizzativo

L'analisi e la definizione di **processi** e **ruoli** permettono all'organizzazione di configurare il proprio assetto in piena coerenza con le strategie e gli obiettivi aziendali.

La Direzione dell'Azienda USL di Bologna ha individuato come strategico, anche per il triennio 2018–2020, l'investimento sullo sviluppo organizzativo e professionale per meglio allineare l'assetto agli obiettivi da perseguire definendo le seguenti priorità:

- realizzare cambiamenti di struttura organizzativa e di ridefinizione dei ruoli,
- sviluppare le competenze dei professionisti,
- concretizzare processi di cambiamento culturale e/o strategico,

- migliorare il clima, la motivazione e la soddisfazione del personale,
- risolvere i problemi di integrazione legati a processi di acquisizione, fusione, turnover.

Anche nel corso del triennio 2018-2020, nell'ambito dell'area metropolitana, l'impegno sarà volto all'individuazione di azioni rivolte oltre all'unificazione di servizi e funzioni amministrative, tecniche e sanitarie - unificazioni avviate negli anni precedenti che sono in chiusura di sperimentazione nell'anno in corso - a creare innovazione nell'organizzazione dei servizi clinico-assistenziali al fine di perseguire una sempre migliore qualità dell'erogazione di prestazioni da parte delle amministrazioni pubbliche.

Nel corso del triennio 2018-2020 sarà dato spazio all'implementazione delle proposte di riorganizzazione presentate dal Nucleo Tecnico di Progetto.

Per lo sviluppo professionale si conferma il perseguimento di quanto intrapreso relativamente all'allineamento ai criteri regionali per il sistema premiante, le procedura di conciliazione, la promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo, il consolidamento di metodi e strumenti per la redazione e monitoraggio dei dossier formativi e l'integrazione tra dossier e risultati della valutazione individuale annuale, l'implementazione del sistema aziendale di descrizione dei ruoli e del riconoscimento e sviluppo delle competenze anche attraverso integrazione del sistema di valutazione e della formazione per un coerente sistema di sviluppo professionale.

## 4.4 Dimensione di performance della sostenibilità

### 4.4.1 Area economico-finanziaria

#### **Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa**

La Direzione aziendale sarà impegnata per il triennio 2018-2020 a raggiungere gli obiettivi economico finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria. La Direzione aziendale sarà inoltre impegnata:

- al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, le CTSSM verranno informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, alla presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

Il rispetto dell'obiettivo economico-finanziario assegnato, dovrà essere perseguito individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria e gli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

L'Azienda darà applicazione alla normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamate in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di

individuare misure di riduzione della spesa sanitaria alternative ed equivalenti sotto il profilo economico.

Tab. 9 Economico-Finanziaria	Valore Aziendale				Valore Regionale
	2016	2017	diff.ass. 2017-2016	diff.% 2017-2016	2017
Costo pro capite totale	1.789,26	1.770,91	-18,35	-1,0%	1.749,70
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	51,34	49,42	-1,92	-3,7%	52,97
Costo pro capite assistenza distrettuale	1.073,44	1.075,65	2,21	0,2%	1.044,21
Costo pro capite assistenza ospedaliera	661,83	643,85	-17,98	-2,7%	652,52
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	94,57	93,95	-0,62	-0,7%	97,48
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	79,76	83,48	3,72	4,7%	83,65
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	169,93	170,8	0,87	0,5%	164,77
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-3,79	-15,54	-11,75	310,0%	-

### Governo delle risorse umane

Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi dei cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni del personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee d'indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter D. Lgs. 165/2001 modificato dal D. Lgs. 75/2017.

L'Azienda USL di Bologna predispone ogni anno il Piano Assunzioni nel pieno rispetto delle indicazioni regionali all'interno della più ampia programmazione triennale (in via di definizione per il triennio 2018-2020, secondo indicazioni R. E-R).

Per il triennio 2018-2020 le Aziende sanitarie devono continuare ad orientarsi su direttrici determinate in modo significativo dai contenuti del quadro normativo nazionale annuale e dall'impatto economico derivante dalle manovre finanziarie che si sono susseguite negli ultimi anni.

La Regione Emilia Romagna nella "Programmazione del Servizio Sanitario Regionale" ha indicato fra le linee d'indirizzo il contenimento degli organici e della spesa del personale, tenuto anche conto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 584 della legge di stabilità 2015, che impegna le Regioni ad attuare, negli anni 2015-2019, un percorso di graduale riduzione della spesa del personale, che consenta di raggiungere, nell'anno 2020, l'obiettivo di spesa del personale uguale a quella del 2004 ridotta dell'1,4%, riservandosi di fornire ulteriori e specifiche linee d'indirizzo con successive comunicazioni.

Pertanto, con riferimento al governo delle risorse umane e alla spesa del personale, anche per il triennio considerato, l'Azienda deve proseguire nel rigoroso controllo e costante monitoraggio della spesa per la gestione delle risorse umane intrapresa negli anni precedenti.

Inoltre, in considerazione di quanto previsto dalle manovre economiche statali, e in stretta coerenza con le indicazioni costantemente impartite dalla programmazione regionale negli ultimi anni, occorre proseguire nel contenimento del ricorso a contratti di collaborazione professionale e ad altre forme d'impiego flessibile.

Sono naturalmente escluse da tale prescrizione le collaborazioni in qualunque forma finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne all'Azienda.

#### **4.4.2 Area degli investimenti**

Nel Piano degli Investimenti 2018-2020 riguardanti i **beni immobili**, gli interventi programmati riguardano:

- Ammodernamento delle Strutture Ospedaliere
- Opere di miglioramento strutturale
- Adeguamento dei presidi territoriali alla regola tecnica di prevenzione incendi
- Attuazione del piano di sviluppo dei presidi territoriali – Case della Salute
- Strutture necessarie per il superamento degli OPG
- Efficientamento energetico

Non compresi nel piano investimenti 2018-2020, ma comunque oggetto di pubblicazione della programmazione triennale ed elenco annuale dei lavori 2018, saranno attuati interventi di manutenzione per far fronte all'usura edilizia delle strutture e degli impianti nonché al trasferimento di attività e relativo adeguamento degli spazi.

Nel Piano degli Investimenti 2018-2020 riguardanti **Tecnologie Biomediche**, le principali linee d'indirizzo individuate sono:

- necessità di mantenere i livelli di efficienza, sicurezza ed efficacia qualitativa delle prestazioni (grazie a piani di rinnovo definiti anche sulla base di standard internazionali);
- esigenza di definire standard di prodotto adeguati ai nuovi modelli organizzativi di erogazione dei servizi e di contenimento delle liste di attesa;
- bisogno di definire modelli organizzativi che, anche grazie **all'innovazione tecnologica** e alla telemedicina, permettano la condivisione delle risorse tecnologiche;

Le azioni e i corrispondenti investimenti in **attrezzature informatiche, software e infrastrutture tecnologiche** tenendo conto della particolare congiuntura economica, prevedono per il triennio 2018-2020, come già indicato in precedenza, un piano di sviluppo del sistema informativo in sostanziale continuità, anche se alla luce dei numerosi processi d'informatizzazione avviati risulta comunque in progressiva contrazione, in particolare con un'apprezzabile riduzione degli investimenti relativi al mero rinnovo tecnologico, che tende sempre più a essere gestito nell'ambito della spesa corrente, con l'obiettivo di salvaguardare lo sviluppo di sistemi informatici anche in ottica di ottimizzazione delle risorse umane e materiali.

Tali sistemi garantiscono un'efficace centralizzazione e omogeneizzazione delle informazioni legate agli eventi clinici unitamente al complesso apparato informativo accessorio. Inoltre consentono di fornire servizi a distanza, garantendo il massimo supporto agli operatori che intervengono in contesti molteplici, sullo stesso paziente e in momenti temporali anche molto diversi, assicurando la massima qualità e omogeneità della base di conoscenza associabile al paziente, con particolare attenzione alle tematiche inerenti alla sicurezza e la normativa sulla privacy.

Per il dettaglio dei principali progetti si fa riferimento al paragrafo 4.2.3 Area dell'organizzazione nella sezione Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e al miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

In sintesi, gli impieghi previsti nel triennio sono riportati nella seguente tabella:

<b>Impieghi</b> <i>(importi in migliaia di euro)</i>	<b>Anno 2018</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Totale triennio</b>
<b>Beni Immobili e Pertinenze:</b>	<b>14.011</b>	<b>19.370</b>	<b>20.155</b>	<b>53.536</b>
Lavori e opere edili (compresi manutenzioni straordinarie su immobili e pertinenze)	10.716	19.370	20.155	50.241
Impianti - opere elettriche e meccaniche	3.295	-	-	3.295
<b>Beni Mobili.</b>	<b>17.368</b>	<b>14.919</b>	<b>10.511</b>	<b>42.798</b>
Attrezzature sanitarie e protesica	10.005	9.319	5.000	24.324
Tecnologie informatiche	6.613	5.100	5.011	16.724
Mobili e Arredi e altri beni economici	750	500	500	1.750
<b>Totale investimenti</b>	<b>31.379</b>	<b>34.289</b>	<b>30.666</b>	<b>96.334</b>

<b>Fonti di finanziamento</b> <i>(importi in migliaia di euro)</i>	<b>2018-2020</b>
contributi in conto capitale	11.709
mutuo 2014 del.1297/14	2.684
<b>contributi in conto esercizio 2018 (*).</b>	<b>14.129</b>
<b>altre forme di finanziamento (*)</b>	<b>43.545</b>
fin. in c/ese a funzione e vincolati	3.108
capitali privati	20.414
donazioni e contributi da altri soggetti	745
<b>Totale fonti</b>	<b>96.334</b>

(\*) NB: finanziamenti da autorizzare/reperire in relazione alle compatibilità di bilancio / Finanziamenti Stato Regione

Nel piano investimenti (scheda 1) sono previsti inoltre 6.863 K€ relativi ad interventi da realizzare negli anni successivi al triennio 2018-2020 di cui:

- 6.852 K€ finanziati con capitali privati relativi all'intervento H Maggiore Nuovo Edificio Accoglienza e parcheggio interrato;
- 11 K€ Sistema regionale GRU.

Inoltre, sempre in scheda 1 del piano investimenti 2018-2020, sono presenti interventi parzialmente già realizzati negli anni precedenti per complessivi 8.218 K€, nonché un intervento parzialmente realizzato con manutenzioni cicliche per 251 K€.

## 5. Misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie si articola su due livelli: Performance complessiva aziendale e Performance organizzativa e individuale interna.

La **performance complessiva aziendale** è delineata nel presente documento (Piano triennale della performance) e rendicontata annualmente (Relazione annuale della Performance).

La **performance organizzativa interna** è strutturata annualmente sulla base del documento "Linee guida al budget" e declinata all'intera organizzazione nel documento "Master Budget", mentre la **performance individuale interna** è descritta nella "Guida alla Valutazione integrata del personale" documenti cui si rimanda il riferimento per una più ampia descrizione e l'integrazione con il sistema premiante.

### 5.1 Performance Organizzativa

Il budget è lo strumento di gestione interna attraverso il quale condividere principi, strategie, obiettivi e responsabilità e coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi.

Il processo di budget si colloca all'interno della pianificazione sanitaria e sociale dell'Azienda, sviluppata in coerenza con le indicazioni, gli obiettivi e i vincoli economici definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale nazionale, regionale e locale.

Attraverso il processo di Pianificazione e Programmazione, l'Azienda, in coerenza con lo scopo e le strategie espresse nel Piano Strategico Aziendale e quello sull'Equità, con la Politica per la Qualità, declina annualmente gli obiettivi strategici aziendali di medio-lungo periodo in obiettivi annuali, per soddisfare i requisiti relativi a tipologia e volume di prestazioni e a sviluppo, innovazione e qualità dei servizi offerti.

Il processo di budget ancorché definito nell'ambito di una programmazione pluriennale ha una valenza correlata all'anno di bilancio e costituisce il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno del quale includere gran parte dei programmi annuali delle attività.

Le Linee d'indirizzo aziendali per la programmazione sono definite dalla Direzione Aziendale e tengono conto:

- di quanto previsto dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, in particolare, relativamente ai programmi e progetti di sviluppo e innovazione, alle risorse assegnate o ai vincoli di spesa,
- dei documenti di programmazione sanitaria locale,
- del preconsuntivo dell'esercizio in corso.

Le linee d'indirizzo e le aree tematiche sulle quali sviluppare innovazione, gli strumenti operativi, le modalità organizzative, i tempi ed il sistema di monitoraggio del budget vengono discussi, condivisi e approvati nell'ambito del Collegio di Direzione.

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

- obiettivi di sviluppo che riguardano l'introduzione d'innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale;
- obiettivi di miglioramento che riguardano indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico - assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi;

- obiettivi di sostenibilità tesi prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, ad assicurare cioè la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la salute per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili.

Il processo di programmazione e budget si conclude l'anno successivo a quello di esercizio con la verifica della gestione annuale a cura dell'UO Controllo di gestione e Flussi Informativi, dopo che le banche dati aziendali sono consolidate.

La Direzione Aziendale, sulla base dei risultati evidenziati dal sistema di monitoraggio (confronto tra risultati attesi e conseguiti) valuta le performance ottenute e predispone la relazione conclusiva sui risultati della gestione di ciascuna Macroarticolazione e dei Centri di Responsabilità Aziendale.

Gli elementi conoscitivi utilizzati a supporto del percorso di valutazione finale per le Schede di obiettivi di Innovazione e Sviluppo, le Schede di produzione e consumo di beni e servizi, sono i seguenti:

- reporting annuale relativo ai dati a consuntivo in rapporto ai valori attesi formulati in sede di budget;
- relazioni dei Referenti di progetto in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi d'innovazione e sviluppo;
- relazioni svolte dai referenti aziendali degli obiettivi di Budget trasversali e responsabili di processi e ambiti specifici.

## 5.2 Performance individuale

Il patrimonio che consente un corretto funzionamento nel presente e rappresenta una condizione necessaria per lo sviluppo futuro è costituito, in larga parte, dalle competenze – cioè dall'insieme di conoscenze, capacità ed esperienze finalizzate – che costituiscono il capitale intellettuale peculiare ed esclusivo delle aziende sanitarie.

Il ciclo di gestione della performance organizzativa dell'azienda è integrato con quello della performance individuale attraverso il sistema di programmazione che, a partire dalle linee strategiche d'indirizzo sulla programmazione pluriennale e annuale, prevede la definizione e la declinazione degli obiettivi aziendali a tutti i livelli dell'organizzazione. Gli obiettivi assegnati in sede di negoziazione di budget ai Dipartimenti sono discussi all'interno di ciascuna Macroarticolazione con i singoli Centri di Responsabilità per garantire la diffusione dei contenuti negoziati e quindi il coinvolgimento di tutti i professionisti nel raggiungimento dei risultati attesi. In una seconda fase gli obiettivi saranno ricomposti per distretto, in modo da assicurare la coerenza tra la programmazione dipartimentale e la copertura dei fabbisogni territoriali.

Il direttore di struttura a sua volta declina gli obiettivi singoli ai dirigenti e al personale del comparto titolare di posizione organizzativa.

Data la rilevanza strategica dei contenuti dell'albero della performance, è evidente che una parte degli obiettivi in esso contenuti richieda azioni e attività che coinvolgono prevalentemente la Direzione Aziendale o le Direzioni di Dipartimento come, per esempio, gli obiettivi di riorganizzazione/rimodulazione dell'offerta di servizi o gli obiettivi volti all'aumento della competitività dell'Azienda. Altri tipi di obiettivi, per loro natura possono essere declinati ai vari livelli dell'organizzazione e assegnati anche ai singoli professionisti, come nel caso degli obiettivi di produzione e d'innovazione organizzativa e tecnica. Ciascun professionista sarà valutato in base al contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi della propria unità operativa, al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali ed in relazione alle competenze organizzative espresse.

Gli strumenti e i metodi aziendali per la gestione del ciclo della performance individuale sono descritti nella "Guida alla valutazione annuale delle prestazioni e delle competenze" dell'AUSL di Bologna, che completa il Sistema con una dimensione individuale per rispondere alle indicazioni normative e contrattuali in materia e, soprattutto, per raggiungere i seguenti obiettivi:

- Orientare i comportamenti dei collaboratori responsabilizzandoli al raggiungimento degli obiettivi assegnati ed al miglioramento dei propri comportamenti organizzativi;
- Generare informazioni strutturate annuali a supporto delle valutazioni pluriennali;
- Formulare piani di miglioramento e sviluppo individuali mirati;
- Qualificare il sistema premiante.

Il sistema di valutazione della performance individuale dell'Azienda è quindi volto allo sviluppo delle competenze e all'orientamento dei comportamenti configurandosi come strumento che si affianca alla valutazione organizzativa e di equipe, consentendo di evidenziare l'apporto del gruppo o quello individuale, a seconda delle circostanze specifiche, al raggiungimento degli obiettivi di programmazione. L'integrazione del sistema di valutazione con quello della formazione permette di rendere coerente con il ruolo di ciascun professionista (incarico assegnato), la declinazione degli obiettivi, la valutazione annuale dei comportamenti e delle competenze e la formazione.

Il Sistema di Valutazione annuale sopra descritto è stato introdotto in Azienda dal 2013 in via sperimentale coinvolgendo i dirigenti con incarico gestionale e il personale del comparto incaricato di posizione organizzativa, in coerenza con i principi previsti dal D.Lgs. 150/09, e in accordo con le indicazioni dell'OIV, è stato applicato con impatto di natura giuridica ed economica delle valutazioni svolte a tutti i Dirigenti, alle PO e ai coordinatori stabilmente a partire dal 2017, con assegnazione d'incarichi e obiettivi a tutte le linee professionali e gestionali.

La Direzione aziendale ha definito strumenti e metodologia per la valutazione individuale, anche attraverso un percorso partecipato con i dirigenti valutatori e le rappresentanze dei lavoratori. Nella fase di avvio della valutazione annuale sono stati svolti incontri informativi con tutti i professionisti che, per il ruolo gestionale ricoperto, hanno la responsabilità di effettuare la valutazione: Direttori Dipartimento, Direttori di Distretto, Direttori/Responsabili di UO e titolari di posizione organizzativa gestionale dell'area comparto.

Nel colloquio di valutazione annuale vengono declinati gli obiettivi dell'incarico assegnato al singolo professionista per una valutazione annuale finalizzata all'orientamento al risultato ed al percorso intrapreso. Le valutazioni annuali andranno quindi a supporto e a comporre le valutazioni di fine incarico.

Tutto il sistema di valutazione e di formazione aziendale sarà informatizzato con il software regionale GRU e gli obiettivi assegnati e i risultati conseguiti andranno a comporre formalmente il fascicolo personale informatizzato.

## 5.3 Il Ciclo di gestione delle performance

### 5.3.1 Fasi, soggetti e tempi del processo

Le principali fasi, i soggetti ed i tempi del Ciclo di gestione della Performance annuale sono indicate nella seguente tabella:

FASE	ATTORI	ATTI
Definizione Linee di indirizzo di pianificazione strategica	Direzione Aziendale; Conferenza Territoriale Socio Sanitaria,	Indirizzi di programmazione Regione E-R; Linee di indirizzo CTSS; Piano Strategico di sostenibilità; Piano della Performance
Individuazione degli obiettivi, degli indicatori e dei valori attesi afferenti ciascuna area strategica; Collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse	Direzione Aziendale, Collegio di Direzione, Servizi di Staff	Documento di programmazione annuale "Linee guida al Budget"
Negoziante di Budget di 1° e 2° livello	Direzione Aziendale, Direttori di Dipartimento/Distretto, Direttori di U.O, Staff di Direzione	Master budget
Attribuzione degli obiettivi annuali individuali	Dirigenti responsabili e collaboratori	Scheda individuale per la gestione del ciclo della performance
Monitoraggio budget e incontri di discussione	Direzione Aziendale, Direttori di Dipartimento Staff di Direzione	Reporting trimestrale; master budget revision in corso di esercizio con i Dipartimenti
Misurazione Performance organizzativa, Valutazione risultati di budget	Direzione Aziendale	Documento di valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget
Misurazione Performance individuale, Valutazione finale Dirigenti, Titolari di Posizione Organizzativa e di Coordinamento	Direzione Aziendale per i Dirigenti di vertice, Direttori di Dipartimento per i Responsabili di struttura, Responsabili di struttura per i collaboratori	Scheda individuale di valutazione
Utilizzo dei sistemi premianti,	Tutti i dipendenti	Accordi di contrattazione interna
Verifica congruità metodo e strumenti	OIV/Organismo Aziendale di Supporto	Relazione di OAS e Attestazione OIV
Rendicontazione dei risultati agli organi	Direzione Aziendale, Staff, Servizi Centrali	Relazione sulla performance, Rendicontazione Budget annuale

La necessaria coerenza e l'integrazione tra il ciclo della performance e la programmazione economico-finanziaria viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi strategici ed operativi, svolta durante la fase istruttoria di redazione del Piano e della programmazione annuale. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica dello Staff

Controllo di Gestione e dell'UO Economico Finanziario, con il supporto delle Direzioni di Dipartimento/Distretto e dei responsabili di progetto/obiettivo.

Nel corso dell'anno di riferimento, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

### 5.3.2 Gli strumenti

Piano della performance: documento con prospettiva triennale con forte connessione agli obiettivi di mandato, definiti nella delibera di nomina del Direttore Generale, orientato verso:

- l'interno dell'Azienda, per fornire una cornice di riferimento strategica per la programmazione annuale
- l'esterno dell'Azienda, per illustrare i principali obiettivi strategici e indicare come monitorarli.

Master Budget: documento annuale con prospettiva prevalentemente 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 e delle risorse assegnate.

Bilancio economico preventivo: documento, orientato prevalentemente all'esterno, in cui trova esplicitazione la formalizzazione degli obiettivi aziendali annuali ed in particolare nella relazione del Direttore Generale, a fronte degli obiettivi assegnati per l'anno in corso, vengono definite le azioni previste per realizzarli.

Relazione sulla performance: documento annuale di rendicontazione dei risultati di performance conseguiti dall'Azienda, orientato sia verso l'esterno che verso l'interno, evidenzia a consuntivo con riferimento all'anno precedente i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati.

Bilancio di esercizio: documento annuale, orientato prevalentemente all'esterno, che rappresenta il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria e rendiconta, in particolare nella relazione sulla gestione a cura del Direttore Generale, il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali con riferimento soprattutto a quelli di interesse regionale definiti nella delibera annuale di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie.

### 5.3.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance (CdP) dell'Azienda USL di Bologna sono di seguito sinteticamente indicate:

- promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- formazione dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, per l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto;
- miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale;
- adozione del sistema informativo regionale a supporto del CdP, tale da permettere la definizione del contributo atteso agli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali, nonché la valutazione a fine esercizio. La piattaforma software GRU prevede il necessario livello d'integrazione con il sistema premiante aziendale e permetterà la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista. Si prevede un avvio a partire dal 2019.

## 5 Indicatori di risultato

La delibera n°3/2016 dell'OIV regionale individua per le diverse Dimensioni e Aree della Performance un set di indicatori di risultato comuni a tutte le Aziende della regione, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Relativamente al Piano della Performance 2018-2020, la Regione ha ritenuto utile revisionare il pacchetto di indicatori, individuandone dei nuovi tra quelli già presenti nell'ambiente INSIDER.

Questo ha consentito di andare incontro alle priorità emerse, a livello nazionale, sugli indicatori individuati nel Nuovo Sistema di Garanzia e, a livello regionale, alle esigenze di integrare ambiti sanitari nel monitoraggio degli indicatori di performance.

Nel capitolo 4 GLI IMPEGNI STRATEGICI E LA DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE sono stati inseriti, per ogni dimensione e area, quelli relativi alla Performance dell'Azienda USL di Bologna nel 2017, messi a confronto con il 2016 e con il valore 2017 della Regione Emilia-Romagna. Le 9 tabelle inserite contano 92 indicatori.

## 6 Documenti interni di riferimento

1. Programmazione dell'Assistenza Territoriale e della Rete Ospedaliera nell'Area Metropolitana Bolognese" (PATRO e relativi documenti distrettuali approvato TSSM il 18/12/2017);
2. Bilancio di esercizio 2017 – <http://www.saluter.it/bilanci-aziende-sanitarie/>
3. Bilancio economico preventivo 2018 – <http://www.saluter.it/bilanci-aziende-sanitarie/>
4. Guida alla valutazione del personale
5. Linee Guida al Budget 2018
6. Master budget 2018
7. Relazione della Performance 2017