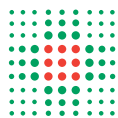




• MANUALE DELLA QUALITÀ •



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

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

<p>Redazione</p>	<p>COORDINATORE DEL GRUPPO: Angela Parma - Referente Accredimento Istituzionale - UO Qualità, Accredimento e Relazioni con il Cittadino</p> <p>GRUPPO DI REDAZIONE: Vittoria Sturlese- Referente Area Qualità percepita UO Qualità, Accredimento e Relazioni con il Cittadino Fabio Tumietto - Responsabile Rete Interaziendale per Stewardship Antimicrobica e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza Cristina Malvi - Referente Aziendale "Equità" Aldo Bonadies - Direzione Generale Giovanni Piero Frezza - Direttore Dipartimento Oncologico e Direttore ff Dipartimento Servizi Monica Minelli - Direttore Direzione Attivita' Socio-Sanitarie Alessandra Danielli - Direttore UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi</p>
<p>Verifica</p>	<p>Lucia Nocera – Responsabile UO Qualità, Accredimento e Relazioni con il Cittadino</p>
<p>Approvazione</p>	<p>Paolo Bordon - Direttore Generale</p>

SOMMARIO

I. PRINCIPALI DOCUMENTI AZIENDALI NORME E LEGGI DI RIFERIMENTO	9
II. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	11
III. IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ.....	11
IV. TABELLA DELLE REVISIONI.....	13
V. TABELLA DELLE CORRELAZIONI	14
VI. ACRONIMI.....	18
<hr/>	
1° CRITERIO - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE	20
1.1 La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.....	20
Mission e strategia aziendale	21
1.2 La struttura promuove/partecipa allo sviluppo di reti assistenziali locali e regionali che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.	28
Reti Hub & Spoke per Malattie Rare.....	31
I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali	32
Ospedali di Comunità- Letti delle Cure intermedie.....	35
Dimissioni protette	35
1.3 La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnicoprofessionali, clinico-organizzativi)	37
L'organizzazione Aziendale.....	37
I Dipartimenti	45
Processi di supporto.....	49
Gestione dei Servizi integrati (rifiuti, pulizie, lavanolo)	49
IRCCS delle Scienze neurologiche di Bologna	50
La rete ospedaliera.....	51

Contesto esterno aziendale.....	52
Valutazione periodica delle performance dei professionisti.....	52
Codice di comportamento.....	54
1.4 La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le Istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).....	55
Monitoraggio dei processi e dei prodotti.....	55
Le risorse informatiche.....	56
Anticorruzione, Trasparenza e Privacy.....	57
Flussi informativi verso le istituzioni.....	58
1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.....	59
Valutazione della qualità dell'assistenza.....	59
Analisi dei dati.....	59
Riesame della Direzione/Verifica delle attività.....	60
Generalità.....	60
Riesame della Direzione Aziendale.....	64
Riesame a livello di Dipartimento.....	64
Riesame a livello di articolazione organizzativa.....	65
<hr/>	
2° CRITERIO - PRESTAZIONI E SEVIZI.....	65
2.1 La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e online).....	65
Comunicazione agli utenti delle garanzie e degli impegni assunti.....	65
Carta dei Servizi Aziendale.....	65
Coinvolgimento dei cittadini.....	66
2.2 La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-	

assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali	68
Pianificazione della realizzazione del prodotto sanitario	69
Integrazione socio-sanitaria	70
2.3 L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza	72
Vedi paragrafi relativi ai PDTA\reti\continuità ospedale territorio.	72
Trasporto sicuro del paziente.....	72
2.4 L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico-assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver.	72
Audit interni	72
Indagini di qualità percepita.....	73
2.5 L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.....	73
Requisiti relativi alla documentazione.....	73
<hr/>	
3° CRITERIO - ASPETTI STRUTTURALI	76
3.1 La direzione garantisce l' idoneità all'uso delle strutture.	76
3.2 La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni.....	77
Le Tecnologie Sanitarie	77
Le Tecnologie Informatiche e di rete	80
<hr/>	
4° CRITERIO - COMPETENZA DEL PERSONALE	81
4.1 L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.	81
Risorse umane	81
Competenza, consapevolezza e addestramento.....	82
Formazione interna e Aggiornamento.....	85

Formazione Esterna	88
4.2 L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale	89
Inserimento e affiancamento del personale	89
Addestramento	89

5° CRITERIO - COMUNICAZIONE 90

5.1 L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.....	90
5.2 L'organizzazione definisce e utilizza periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione.	91
Consiglieri di fiducia	91
Comitato Unico di Garanzia.....	92
5.3 L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini.	93
5.4 L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e caregiver delle scelte clinico – assistenziali e delle attività di promozione della salute.	95
5.5 L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, caregiver) ai fini di:.....	96
- coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale	96
- migliorare i percorsi assistenziali.....	96
- migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente.....	96
- prevenire i disservizi.	96
Le indagini sulla qualità percepita dagli utenti.....	98
Le segnalazioni dei cittadini.....	99
Mediazione dei conflitti	100
Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi e disservizi.....	100

6° CRITERIO - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA 102

6.1 La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.	102
Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	106

Azioni per affrontare rischi e opportunità.....	106
Generalità.....	106
Valutazione del rischio.....	107
Trattamento del rischio.....	107
Gestione del Rischio e Sicurezza delle cure.....	108
Piano Programma Aziendale per la Sicurezza delle Cure.....	111
Prevenzione delle cadute.....	112
Segnalazioni di Incident Reporting (IR).....	113
Eventi Sentinella (ES).....	113
Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie.....	114
Sorveglianza sanitaria.....	115
Radioprotezione dei lavoratori.....	115
Promozione della cultura della prevenzione delle malattie infettive.....	115
Radioprotezione dei pazienti.....	115
Sorveglianza e controllo delle malattie nel Dipartimento Sanità Pubblica.....	116
Farmacovigilanza, Dispositivovigilanza ed Emovigilanza.....	116
Contrasto al rischio infettivo e prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).....	116

7° CRITERIO - PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE 118

7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.....	118
Caratteristiche di qualità e Standard di Servizio.....	118
L'integrazione tra gli aspetti clinici e quelli organizzativi/gestionali.....	119
Requisiti per i prodotti e servizi.....	119
Miglioramento.....	120

7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico	121
7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative.	122
7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.....	123

8° CRITERIO - UMANIZZAZIONE..... 126

8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.	126
Il Comitato Ospedale-Territorio Senza Dolore	127
Il Comitato Etico di Area Vasta Centro	127
8.1.1 Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e al rispetto delle differenze e delle fragilità.	127
Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	127
Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa	128
La Mediazione culturale.....	128
8.1.2 E' prevista la formazione degli operatori inerenti gli aspetti relazionali.....	129
8.1.3 Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti.....	129
8.1.4 E' garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA	130
Relazioni con il cittadino	130
Comitati Consultivi Misti e Comitato Unico Familiari e Operatori	130
Rilevazione di indicatori per la valutazione dal punto di vista del cittadino	132

La redazione e gestione delle modifiche del Manuale Qualità sono curate dall'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino.

I livelli di verifica e di approvazione sono definiti dalla procedura aziendale P11AUSLBO "Gestione della documentazione e delle registrazioni del Sistema di Gestione per la Qualità"

PRINCIPALI DOCUMENTI AZIENDALI NORME E LEGGI DI RIFERIMENTO

- AUSLBO deliberazione n. 1 del 02/01/2004 "Presenza d'atto della costituzione dell'Azienda USL di Bologna e della nomina del Commissario Straordinario" e successivi atti di modifica
- AUSLBO Delibera 148 del 19/04/2019 "Aggiornamento Atto Aziendale"
- AUSLBO Delibera 194 del 20/05/2019 "Aggiornamento del Regolamento di Organizzazione Aziendale" e successivi atti deliberativi
- Piano della performance Aziendale 2018-2020
- AUSLBO Deliberazioni 19 e 24 del 31.01.2020 Aggiornamento del piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda USL di Bologna per il triennio 2020-2022
- AUSLBO delibera nr 450 del 29/12/2010 "Presenza d'atto della composizione del board equità aziendale"

Tali documenti ed ulteriori sono pubblicati nelle apposite sezioni intranet ed internet aziendali se di pertinenza.

Legge n° 833 del 23/12/78	Legge di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
D.Lgs n° 502 del 30/12/92	Riordino della Disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge del 23/10/92, n° 421
D.Lgs. n° 517/1993	Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n° 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n° 421
D.P.C.M. 19 maggio 1995	Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari
D.P.R. 14/01/1997	Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
D.Lgs n° 229 del 19/06/1999	Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n° 419
Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio n.679/2016 del 27/4/2016	Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)
Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004	Norme generale sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale
Delibera Giunta Regionale n° 327 del 27 febbraio 2004 e successive deliberazioni di requisiti specifici di Accredimento.	Requisiti generali e specifici per l'accREDITamento delle strutture sanitarie dell'Emilia Romagna
D.Lgs n. 81 del 9/04/2008	Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
Delibera Giunta Regionale n° 1943 del 04/12/2017	Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITamento delle strutture sanitarie
UNI EN ISO 31000:2010	Gestione del rischio
UNI EN ISO 9000:2015	Sistemi di Gestione della Qualità – Fondamenti e Terminologia
UNI EN ISO 9001:2015	Sistemi di Gestione della Qualità - Requisiti
EN ISO/IEC 27001:2017	Sistemi di gestione per la sicurezza delle informazioni
ISO/IEC 17000065	Standard EUSOMA guidelines - Brest Center Certification

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo del presente Manuale Qualità è descrivere e documentare il Sistema di Gestione per la Qualità, le modalità di gestione strategica e operative adottate dell'Azienda USL di Bologna IRCCS-ISNB (di seguito chiamata "AUSLBO" o "Azienda") per dare attuazione ai principi contenuti nei requisiti generali previsti dal modello di Accreditamento della Regione Emilia-Romagna (DGR 1943/2017) e dalla Norma UNI EN ISO 9001:2015. Il Manuale Qualità ha l'obiettivo di rendere evidenti i macroprocessi aziendali tenendo conto dei rapporti fornitori - clienti tra le varie articolazioni organizzative e gli stakeholder con i quali l'Azienda interagisce, per realizzarli in modo efficace, efficiente, sicuro e rispondere ai bisogni degli utenti.

Il Manuale intende esplicitare il governo dell'integrazione tra livelli assistenziali (tramite l'utilizzo di strumenti clinico – organizzativi quali i coordinamenti disciplinari, i programmi, i PDTA e i gruppi multidisciplinari) e la compartecipazione per la realizzazione dei propri obiettivi con le altre Aziende e Istituzioni, Associazioni di Volontariato, Organizzazioni Sindacali, Medici di Famiglia e Pediatri di libera Scelta, promuovendone la partecipazione nelle scelte aziendali e nelle iniziative di miglioramento dei servizi offerti. In questa logica il Manuale rappresenta uno strumento di comunicazione all'interno e all'esterno dell'Azienda.

Il Manuale trova necessario fondamento nell'Atto Aziendale e nel Regolamento di Organizzazione Aziendale. A tali documenti, visibili nel sito internet aziendale, si rimanda per un dettaglio e un ampliamento rispetto a quanto di seguito descritto. Campo di applicazione del Manuale Qualità è tutta l'organizzazione Aziendale di cui si riportano gli elementi generali e comuni rimandando la rappresentazione di fattori specifici inerenti le diverse articolazioni organizzative ai documenti da esse prodotti. Il Manuale è articolato in otto sezioni, in riferimento alla successione dei criteri previsti dal modello di Accreditamento Istituzionale (DGR 1943/2017) ed in ottemperanza alla norma UNI EN ISO 9001:2015.

IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) dell'Azienda riflette la complessità dell'Azienda stessa, generata dalla molteplicità di strutture che in modo integrato devono dare risposte ai continui cambiamenti provenienti dal contesto in cui l'Azienda è inserita. Il SGQ si caratterizza come sistema dinamico e flessibile in grado di dare risposte a cambiamenti di varia natura, quali, ad esempio, quelli conseguenti a modifiche:

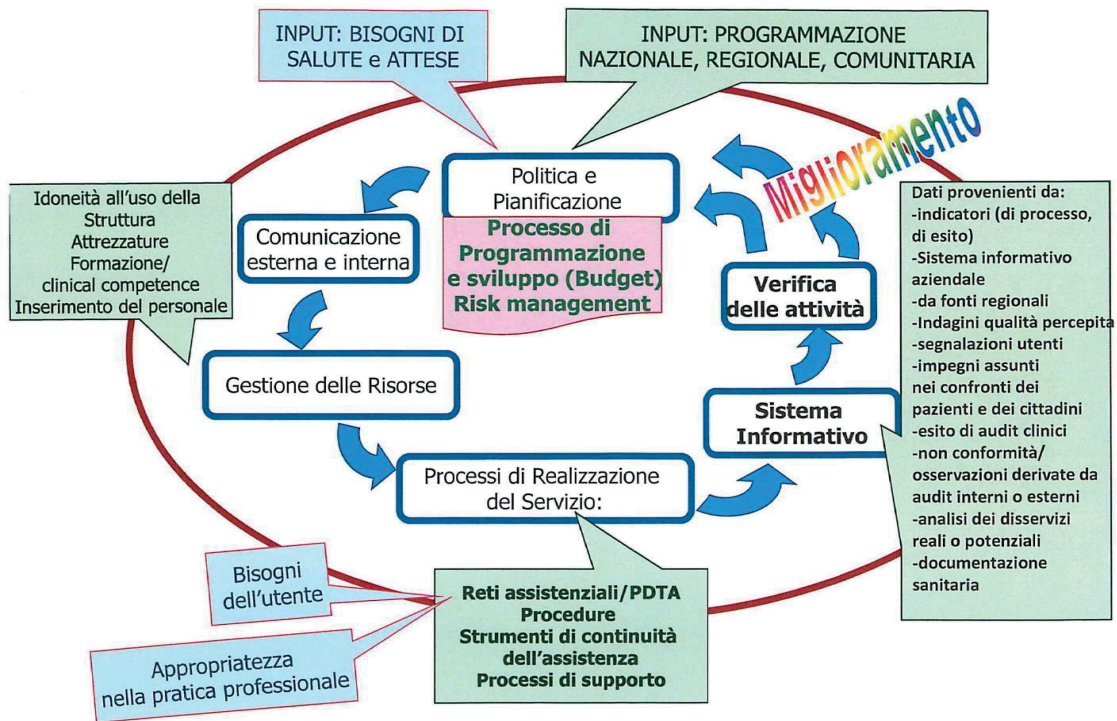
- legislative e normative (regionali, nazionali e comunitarie)
- nella domanda quanti/qualitativa di prodotti/servizi, in particolare attraverso lo sviluppo e l'evoluzione scientifica

- dell'organizzazione aziendale che richiede aderenza alle direttive regionali.

Il SGQ, così come il "sistema azienda", si comporta come un sistema aperto in continua relazione con l'ambiente esterno. Da questo l'importanza dei rapporti con gli Enti e le Istituzioni, ma anche con i rappresentanti della cittadinanza e le Associazioni presenti nell'ambito territoriale.

Aspetto complementare alla flessibilità del Sistema Qualità è l'impegno costante a fornire risposte qualitative oltre che quantitative ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, in linea con lo sviluppo scientifico e con i principi di clinical governance.

Di seguito viene riportata la struttura del Sistema di Gestione per la Qualità dell'Azienda USL di Bologna:



L'approccio scelto per promuovere la Qualità nell'Azienda USL di Bologna è prevalentemente di tipo culturale secondo una logica di miglioramento continuo e graduale, nella consapevolezza che nessun cambiamento organizzativo concreto può prescindere da un cambiamento di atteggiamenti e di comportamenti. Su questa base le priorità che orientano le strategie di pianificazione sono orientate alla cultura del servizio centrato sull'utente, al coinvolgimento degli operatori attraverso il lavoro di gruppo, all'organizzazione per processi, al raggiungimento di risultati oggettivi, concreti, misurabili.

TABELLA DELLE REVISIONI

<i>Rev. N.</i>	<i>Data</i>	<i>Descrizione delle modifiche</i>
0	12/2004	Prima stesura Azienda USL di Bologna
1	02/2005	Nuovo Assetto organizzativo
2	04/2005	Revisione Cap 7.2 Riesame dei requisiti relativi al servizio Revisione Cap 7.5 Validazione dei processi Revisione Cap 8.5 Miglioramento – Modalità di implementazione delle Azioni correttive, delle Azioni preventive e delle Azioni di Miglioramento
3	11/2006	Revisione completa di tutti i capitoli
4	01/2009	Revisione capitoli 1- 5- 6.2.2 - 7.3 -8.3
5	01/2010	Revisione capitoli 1.4 - 1.5 - 5- 6.2.2 - 7.3 -8.3
6	01/2011	Revisione capitoli 1.3 – 1.5 – 3.2–7.3 –7.5.4 – 7.5.5
7	03/2012	Revisione capitoli 1.2–1.3–1.5–2 –3.2–5.2 –5.4– 5.5– 6.2.2 – 6.3.1–6.3.4 – 7.1 –7.2 –7.4–7.3 –7.5.4 – 7.5.5 –8.3–8.4
8	3/2017	Revisione completa di tutti i capitoli per adeguamento a Norma ISO 9001:2015
9	01/2018	Revisione completa di tutti i capitoli per adeguamento ai criteri Generali di Accredimento come da DGR 1943/2017
10	03/2019	Revisione completa per aggiornamento in relazione all'attuale assetto organizzativo
11	10/2020	Adeguamento al modello di Accredimento Istituzionale come da DGR 1943/2017

TABELLA DELLE CORRELAZIONI

Criterio Accreditamento DGR 1943/2017	Manuale Qualità Requisiti RER da DGR 1943/2017	Capitolo/Requisiti UNI EN ISO 9001:2015
====	1 Scopo e Campo di Applicazione	Il Scopo e Campo di applicazione
====	2 Riferimenti normativi	I Principali norme e leggi di riferimento
====	3 Termini e definizioni	VI Acronimi
1° Criterio- Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	1.1 La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.	4.1; 4.2; 4.4; 6.2.1; 8.1
	1.2 La struttura promuove/partecipa allo sviluppo di reti assistenziali locali e regionali che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.	8.1; 8.5.1; 8.6; 9.1
	1.3 La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnico-professionali, clinico- organizzativi)	5.3; 6.2; 9.1; 7.1.6; 7.2; 7.3
	1.4 La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).	9.1; 9.1.3
	1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.	9.1; 5.3; 7.4

2° Criterio – Prestazioni e Servizi	2.1. La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e on- line).	4.3; 5.3; 7.4; 8.2;
	2.2 La Struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali	7.2; 8.1; 8.4; 8.5
	2.3 L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza	8.1; 8.4; 8.5; 8.6
	2.4 L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico- assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver.	9.1.3; 9.2; 10.1; 10.3
	2.5 L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.	7.5; 7.5.2; 7.5.3; 4.1; 8.2.3; 8.5; 9.1; 10.2; 10.2.2
3° Criterio – Aspetti Strutturali	3.1 La direzione garantisce l'idoneità all'uso delle strutture.	7.1.3; 7.1.4;
	3.2 La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni	7.5; 7.5.1; 7.4; 7.1.3; 7.2
4° Criterio - Competenze del Personale	4.1 L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.	7.2; 4.2; 7.1.1; 8.5; 10.1; 10.3

5° Criterio - Comunicazione	5.1 L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.	6.2.1; 7.4
	5.2: modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo / soddisfazione degli operatori.	9.1; 7.4; 10.1; 10.2; 10.3
	5.3 L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini.	8.2
	5.4 L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, familiari e caregiver delle scelte clinico <ul style="list-style-type: none"> • assistenziali e delle attività di promozione della salute. 	7.4; 8.1
	5.5 L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, familiari, caregiver) ai fini di: <ul style="list-style-type: none"> • coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale • migliorare i percorsi assistenziali • migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente • prevenire i disservizi. 	9.1; 8.7; 8.6; 10.1; 10.2; 10.3; 9.3.2

6° Criterio- Appropriatelyzza clinica e sicurezza	6.1 La Struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.	7.3; 8.1; 8.5; 9.1.3; 6.2.1
	6.2 La Direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali.	6.1; 6.2; 5.3; 9.1
	6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.	8.7; 7.2; 7.3; 7.4; 8.2; 9.1; 5.1.1; 6.2.1; 10.1
7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione	7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.	5.3; 6.2.1; 7.4; 10.3
	7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico.	7.1.3
	7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative.	5.3; 9.1
	7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.	7.2; 8.2; 10.1; 10.3
8° Criterio - Umanizzazione	8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.	8.2.2; 7.2; 9.1.2; 8.1;

ACRONIMI

Di seguito sono riportati gli acronimi di maggior utilizzo nella stesura del presente Manuale.

AI	Audit Interni/o
AUSLBO /Azienda/ Azienda USL di Bologna	Azienda USL di Bologna-IRCCS Scienze neurologiche
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ARPAE	Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia dell'Emilia-Romagna
AVEC	Area Vasta Emilia Centro
CCM	Comitati Consultivi Misti
CRA	Casa Residenza Anziani
CTSS	Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria
CedAP	Certificato di Assistenza al Parto
DAAT	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali
DASS	Direzione Attività Socio- Sanitarie
DATeR	Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa
DCP	Dipartimento Cure Primarie
DIP	Dipartimento
DSM - DP	Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
DSP	Dipartimento di Sanità Pubblica
EBM	Evidence Based Medicine
InSIDER	Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna inseriti in apposito portale accessibile dalle Direzioni delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale
IRCCS	Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LUM	Laboratorio Unico Metropolitan
MMG	Medico/i di Medicina Generale
NC	Non Conformità
PDCA	Plan-Do-Check-Act

PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PdLS	Pediatra di Libera Scelta
PdP	Piano regionale per la Prevenzione
PEG	Percutaneous endoscopic gastrostomy - Gastrostomia Endoscopica Percutanea
PNE	Programma Nazionale Esiti Il Programma Nazionale Esiti è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.
PS	Pronto Soccorso
PSSR	Piano Sociale-Sanitario Regionale
RGQUO	Referente Gestione Sistema Qualità di UO
RIS-PACS	Radiology Information System- Picture Archiving and Communication System
SGQ	Sistema di Gestione per la Qualità
SIMT AMBO	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale Area Metropolitana di Bologna
UO/UUOO	Unità Operativa/Unità Operative
UOC	Unità Operativa Complessa
UOQuARC	UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino
UOS	Unità Operativa Semplice

Ulteriori acronimi, utilizzati all'interno della documentazione specifica aziendale o di altra articolazione organizzativa sono richiamati all'interno della stessa.

In riferimento alla successione dei criteri previsti dal modello di Accreditamento Istituzionale (DGR 1943/2017), il Manuale Qualità è articolato in otto sezioni.

1. CRITERIO - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

1.1. La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.

I processi di programmazione, pianificazione, messa a disposizione delle risorse e controllo, che sostengono e consentono lo svolgimento della mission, vision nell'ottica del miglioramento continuo, sono attinenti al ruolo specifico svolto dalla Direzione Aziendale. Essi fanno riferimento a:

- Pianificazione strategica: comprende tutte le attività finalizzate alla definizione e diffusione della politica e degli obiettivi strategici di breve e medio-lungo periodo.
- Traduzione degli obiettivi di salute in obiettivi e standard negoziati nel Processo di Budget
- Gestione delle risorse: (umane, infrastrutturali, ambienti di lavoro)
 - o Formazione
 - o Gestione delle Risorse Umane
 - o Approvvigionamento e gestione beni e servizi
 - o Approvvigionamento e gestione tecnologie sanitarie
 - o Approvvigionamento e gestione tecnologie informatiche e di rete
 - o Progettazione, gestione e manutenzione immobili
 - o Prevenzione e Protezione dei Lavoratori
 - o Approvvigionamento e gestione risorse finanziarie
- Misurazione, analisi e verifica dei Risultati ai fini del Miglioramento: La misurazione e l'analisi della performance aziendale (in termini di volume di attività, risultati clinico-assistenziali, organizzativi e di soddisfazione del cliente) comprendono il monitoraggio di:
 - o attività sanitaria e prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione e promozione della salute
 - o indicatori di performance clinico-assistenziale
 - o eventi sentinella

- attività amministrativa e gestionale
- qualità percepita dal cliente interno ed esterno
- segnalazioni (reclami, rilievi e suggerimenti)
- sicurezza e gestione del rischio

L'attività di monitoraggio, effettuata attraverso diversi strumenti (audit clinici, indagini sulla qualità percepita, sistema informativo sanitario, Audit interni di SGQ), comporta la gestione delle non conformità/reclami/disservizi rilevati e l'implementazione delle Azioni Correttive necessarie al miglioramento del Sistema, nonché a tutte le attività che rientrano nella Gestione del Rischio.

1.1.1. Mission e strategia aziendale

L'Azienda USL di Bologna, con oltre 1,8 miliardi di euro di bilancio annuo e 8.204 dipendenti (al 31/12/2018), è responsabile della tutela della salute di 879.504 residenti distribuiti su 45 comuni, suddivisi in 6 Distretti: Città di Bologna, Pianura Est, Pianura Ovest, Reno- Lavino- Samoggia, Appennino bolognese e San Lazzaro di Savena.

Mission dell'Azienda è la promozione e la tutela della salute individuale e collettiva della popolazione residente e 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 i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza, per quanto espressamente previsto o delegato. L'Azienda USL di Bologna, una delle più grandi Aziende sanitarie a livello nazionale, è costantemente impegnata a rispondere alle complesse sfide che impone l'evoluzione del proprio contesto di estesa e popolosa area metropolitana ad alto sviluppo socio-economico, con un sistema sanitario ricco di eccellenze, nel quale nuovi bisogni emergono in un quadro dinamico anche sotto il profilo epidemiologico. L'Azienda si integra nel più vasto e complesso sistema sanitario presente sul territorio bolognese ed è riconosciuta dal sistema regionale e da quello nazionale come punto di riferimento, luogo di eccellenza e di innovazione in diversi settori della prevenzione, clinico-assistenziali e riabilitativi.

L'Azienda, grazie a una rete integrata di servizi clinici e assistenziali, è in grado di rispondere in modo flessibile ed appropriato ai cambiamenti ambientali ed epidemiologici che interessano la popolazione, è ricca di professionalità e capace di generare valore operando in una logica di complementarità, per dare pari dignità a tutti i luoghi di cura e unitarietà agli interventi di promozione della salute.

In particolare la strategia dell'Azienda è orientata a:

- a) qualificare l'offerta dei servizi e degli interventi preventivi e clinico assistenziali, sviluppando la capacità di analizzare i bisogni di salute della popolazione, di identificare le priorità, di valutare l'appropriatezza e gli esiti dell'azione svolta
- b) qualificare l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale, ponendo particolare attenzione all'equità e alla trasparenza delle modalità adottate e all'adeguatezza alle diverse problematiche dell'utenza
- c) razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, così da utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili
- d) sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi
- e) potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e delle collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione
- f) perseguire attivamente il sistema delle alleanze interistituzionali a livello locale, di area metropolitana, di area vasta, regionale, nazionale ed europeo
- g) porsi come centro di produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale sia ospedaliero
- h) perseguire l'obiettivo della valorizzazione, dello sviluppo professionale e della motivazione dei professionisti, utilizzando la formazione quale elemento strategico
- i) concorrere all'evoluzione e all'affidabilità del sistema sanitario regionale dando attuazione alle politiche socio-sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Ulteriori linee di intervento sulle quali si focalizza la strategia aziendale sono:

- l'implementazione del Piano regionale per la Prevenzione
- Le reti ospedaliere
- Le reti territoriali e lo sviluppo delle Case della Salute
- Il governo della specialistica ambulatoriale

- Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici
- Le funzioni di garanzia e committenza dei Distretti e l'accesso ai servizi
- La sostenibilità economico finanziaria
- Lo sviluppo dell'Area di supporto Tecnica ed Amministrativa

La politica, le strategie e le azioni convergono su due direttrici:

- orientare tutto il sistema, interno ed esterno, alla ricerca dell'appropriatezza delle cure, riducendo in particolare la variabilità dei comportamenti clinici non determinati dalla variabilità della casistica e cercando di rendere i cittadini e le comunità locali sempre più responsabili e competenti nelle scelte e nell'utilizzo delle prestazioni
- cercare il massimo recupero di efficienza organizzativa e gestionale possibile, per superare le criticità, ove presenti, derivanti dall'utilizzo improprio delle risorse.

Al tempo stesso l'Azienda si impegna sul fronte del miglioramento, dell'innovazione e dello sviluppo, considerando come priorità strategiche:

- la qualificazione dei servizi a partire da sistemi di accesso alle cure, soprattutto nelle situazioni di maggior criticità o complessità del sistema e/o di vulnerabilità e fragilità delle persone
- l'integrazione dei percorsi di cura fra i diversi setting assistenziali (territoriali e ospedalieri) e fra le aree assistenziali (Sanitarie e Sociali) per ottenere la massima garanzia di continuità delle cure per gli utenti
- la difesa delle popolazioni fragili, migliorando il livello qualitativo delle cure in tutti gli ambiti e orientando il sistema a "prendersi cura di chi si prende cura"
- il miglioramento della qualità della vita delle persone attraverso azioni di educazione sanitaria e promozione della salute.

Gli obiettivi strategici di medio e lungo termine vertono su:

- La prevenzione come funzione diffusa e consapevole in tutta l'Azienda USL: sviluppo di politiche di prevenzione e di promozione della salute anche attraverso il miglioramento della gestione della comunicazione sanitaria verso l'esterno
- La nuova governance del territorio e i nuovi modelli organizzativi per le emergenze individuali e collettive: costruire una rete dei servizi e delle attività adeguate ai bisogni dell'utenza, in grado di

garantire la continuità delle cure e dell'assistenza ed evitare l'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero

- Lo sviluppo della rete ospedaliera della Provincia di Bologna e i nuovi modelli di assistenza ospedaliera: garantire la più ampia integrazione dei processi di cura e assistenza, fra i vari ambiti, fra le diverse competenze e per i vari livelli
- Il rispetto delle compatibilità economiche rafforzando la responsabilizzazione di tutte le competenze dirigenziali attraverso una politica budgetaria finalizzata al recupero di efficienza organizzativa e gestionale
- L'attuazione di Politiche di salute verso popolazioni fragili target, in un'ottica di equa ed equilibrata distribuzione delle risorse in loro supporto (ad es. FRNA) e di promozione della coesione sociale
- La ricerca, l'innovazione e la gestione strategica del cambiamento come risorse per la crescita delle persone e il miglioramento dei servizi nel contesto competitivo del welfare: garantire azioni specifiche finalizzate ad attività di prospettiva avanzata
- Lo sviluppo del capitale umano, ponendo attenzione ad una politica di alleanze fra azienda e propri collaboratori e tra azienda ed altre istituzioni formative
- Il rafforzamento dei sistemi di accesso e la partecipazione dei cittadini alla programmazione/progettazione e valutazione dei servizi, potenziando le modalità di ascolto, incontro e confronto con gli stakeholder e i cittadini stessi.

L'Azienda USL di Bologna, per riuscire a rispondere in maniera efficace ai nuovi bisogni emergenti della popolazione, disegna le strategie partendo non dall'analisi dei servizi o dell'offerta, ma dallo studio dei bisogni e della domanda. A questo proposito sono identificate le patologie prevalenti e i profili di salute critici cui occorre rispondere.

Inoltre si analizzano i diversi segmenti sociali, organizzandoli in classi omogenee, per identificare i peculiari determinanti di salute e le caratteristiche specifiche dei bisogni per ogni categoria di cittadini.

Nell'attuale quadro epidemiologico e sociale l'Azienda è impegnata a sostituire "la medicina d'attesa" con quella di "iniziativa", basata su un approccio proattivo che cerchi di prevenire invece che curare, che cerchi di classificare i cittadini in base alle categorie di rischio e di intervenire laddove si riscontri più fragilità, che cerchi di colmare le disparità di conoscenze nell'accesso ai servizi, e a sollecitare la trasformazione del bisogno in domanda laddove vi siano meno risorse sociali.

In coerenza con tale orientamento, è centrale l'approfondimento del ragionamento sulla vocazione della rete d'offerta bolognese, rispetto al contesto nazionale, regionale e locale.

La vocazione complessiva influenza la suddivisione dei ruoli e delle missioni dei vari attori locali. Questo impone una profonda interazione nella filiera di cura, sia quella ospedaliera, che territoriale (attività ambulatoriale specialistica, strutture intermedie – RSA, residenze protette, riabilitazione – cure primarie), affinché l'integrazione risulti fluida nei passaggi dei pazienti/utenti e non presenti carenze o ridondanze. Tutto ciò richiede un'opera di coinvolgimento e partecipazione ampia; l'assetto di governance, definito dalla Regione Emilia-Romagna, valorizza a fondo l'apporto di tutti gli attori del Sistema che, a vario titolo e nel rispetto degli ambiti di competenza specifica, contribuiscono alla definizione e allo sviluppo dei processi di pianificazione strategica. Nello specifico si ritengono rilevanti tre tipologie di Attori:

- la rete degli Attori istituzionali, composta dalla Regione, dalla CTSS e dagli Enti Locali;
- gli Organi aziendali, rappresentati dalla Direzione Strategica e dal Collegio di Direzione, e l'insieme dei professionisti aziendali oltre che i Comitati di Dipartimento;
- i portatori di interesse quali i cittadini e i pazienti, anche nelle forme associative di rappresentanza, il volontariato, i professionisti esterni, il personale dipendente e le organizzazioni sindacali. Il rapporto con le Organizzazioni Sindacali è gestito e coordinato ai diversi livelli (Confederazioni, Organizzazioni di Categoria e Rappresentanze Sindacali Unitarie) dall'UO Sviluppo organizzativo, professionale e formazione, attraverso un sistema di relazioni che si sviluppano con differenti modalità di confronto (informazione, consultazione, concertazione, contrattazione) ed il coinvolgimento delle Organizzazioni medesime nel conseguimento degli obiettivi e delle finalità istituzionali di assistenza socio-sanitaria ed economici dell'Azienda e per l'applicazione dei Contratti di riferimento.

I Distretti dell'Azienda promuovono e sviluppano la collaborazione con i Comuni, la popolazione e con le sue forme associative per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento. Ciò si realizza attraverso l'attività svolta dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria: l'organo che riunisce tutti i Sindaci del territorio di un'Azienda sanitaria locale, istituito in applicazione alla normativa nazionale e regionale (D. Lgs. 502/92, LR 19/1994, LR 2/2003, art. 11 e LR 29/2004).

Unica in tutta la regione, la CTSS dell'area afferente all'AUSL di Bologna si è dotata di un Ufficio tecnico di supporto, che ha il compito di fornire la documentazione, gli studi e i progetti innovativi necessari a supportare le attività della Conferenza, di promuovere le iniziative di comunicazione e partecipazione politica che essa decide, di monitorare e coordinare i gruppi di lavoro promossi dalla Conferenza e di fare da interfaccia informativa con le iniziative su temi rilevanti per la salute promosse in ambito provinciale. Tale Ufficio, al fine di

garantire un rapporto di collaborazione con le amministrazioni comunali e provinciale, costante e proficuo, è stato collocato all'interno dello Staff dell'Azienda USL di Bologna.

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, anche attraverso i suoi organismi che hanno funzioni esecutive (Ufficio di Presidenza e Ufficio tecnico di supporto) e i Distretti, svolge attività di programmazione e verifica. Tenendo fede ai propri impegni istituzionali, i diversi organismi contribuiscono alle attività di programmazione in campo sia sociale sia sanitario, attivando tutti i processi e le azioni istituzionali previste nell'ambito:

- del **Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna**-Piano che viene definito con un percorso partecipato, che vede confrontarsi istituzioni, terzo settore, volontariato, associazionismo, imprese sociali, professionisti della sanità e del sociale, sindacati.
- dei **Piani per la Salute** (PpS). Programmazione partecipata realizzata con i cittadini con la collaborazione del Dipartimento di Sanità Pubblica. In essi sono individuate le priorità trasversali territoriali (alimentazione, sicurezza stradale, qualità dell'aria, salute e lavoro) e si promuove l'integrazione delle strategie di azione con altri strumenti di programmazione (PSSR, PdP), la selezione di interventi efficaci, la definizione di forme di valutazione dell'efficacia degli interventi, l'analisi delle disuguaglianze di salute, la diffusione delle informazioni ai cittadini, il rafforzamento di alcuni progetti di particolare efficacia e l'avvio del progetto di sviluppo dei piani a livello distrettuale.

1.1.2. Pianificazione e controllo: Processo di Budget

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.

Gli obiettivi strategici annuali, a partire dagli indirizzi e orientamenti nazionali e regionali, si inseriscono nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria metropolitana 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 assegna alle Aziende Sanitarie con le Linee di programmazione e finanziamento.

Il Processo di Pianificazione e Programmazione Aziendale si sviluppa attraverso le seguenti fasi:

1. la pianificazione strategica, che vede coinvolti la Direzione strategica con il proprio Staff, il Comitato dei Distretti di Committenza e Garanzia ed il Collegio di Direzione, eventualmente coadiuvati da professionisti esperti su tematiche specifiche. Le strategie aziendali tengono conto dei vincoli e delle

opportunità poste dal quadro normativo e programmatico per l'anno di riferimento.

2. La programmazione strettamente intesa, che per tutti i livelli dell'organizzazione prevede un budget definito nelle seguenti schede:
 - Innovazione e Qualità
 - Produzione
 - Sostenibilità economica
3. La declinazione degli obiettivi alle Macrogestioni, che è connotata da una forte responsabilizzazione dei ruoli di Direttore di Distretto e di Dipartimento, che a sua volta coinvolgerà e responsabilizzerà i Direttori delle UO afferenti. Analogo processo viene svolto nell'ambito della Direzione Assitenziale Tecnica e Riabilitativa (DATeR) e della Direzione Attività Socio-Sanitarie (DASS).
4. Il processo di Budget, definito e formalizzato con le Linee Guida al Budget per l'anno di riferimento, che si può quindi modificare di anno in anno per meglio assecondare gli assetti aziendali. I punti cardine del processo sono:
 - a) L'invito al Budget, incontro plenario con tutti i Direttori di Distretto, Dipartimento, Unità Operativa, Programmi, DASS, DATeR, Unità assistenziali, nel corso del quale la Direzione Aziendale illustra le principali linee strategiche;
 - b) La negoziazione degli obiettivi con i Distretti di Committenza e Garanzia alla presenza di tutte le Macrostrutture coinvolte, in modo da promuovere l'integrazione e il dialogo fra le parti e sviluppare sinergie e collaborazioni;
 - c) La ricomposizione degli obiettivi negoziati per Distretto di Committenza e Garanzia, dalla quale si evincono gli obiettivi strategici che saranno declinati per Dipartimento di produzione, DATeR, DASS e UO di Staff/Tecnostuttura;
 - d) La possibilità di negoziare ad hoc Dipartimenti di produzione con particolari necessità/criticità;
 - e) La negoziazione in due sedute distinte per area sanitaria e area amministrativa con le UUO di Staff, le Tecnostrutture ed i Servizi amministrativi unificati;
 - f) La declinazione degli obiettivi di Dipartimento alle UUOO afferenti da parte del Direttore di Dipartimento

L'andamento del grado di raggiungimento degli obiettivi, sia di Innovazione e qualità che di produzione e sostenibilità economica, viene monitorato in corso d'anno dall'UO Controllo di gestione e Flussi informativi, che mette a trimestralmente la reportistica di riferimento tramite pubblicazione sulla intranet aziendale o invio diretto. Al termine del primo semestre viene organizzato un momento di verifica finalizzato a valutare l'opportunità di una revisione degli obiettivi, dei target attesi e delle risorse assegnate.

Concluso l'anno, non appena chiuse tutte le banche dati, l'UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi predispone la valutazione consuntiva e la sottopone alla Direzione Aziendale. All'esito della valutazione è collegato al sistema premiante dell'area della Dirigenza: attraverso il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, si definisce la quota spettante di saldo della retribuzione di risultato, in coerenza con gli accordi siglati con le OOSS.

Con la verifica di fine anno e la definizione degli elementi di continuità con l'anno seguente si chiude il processo di Pianificazione e Controllo.

1.2. La struttura promuove/partecipa allo sviluppo di reti assistenziali locali e regionali che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.

L'Azienda realizza i propri servizi attraverso la gestione dei percorsi che l'utente segue all'interno della stessa. In risposta ai bisogni specifici del singolo utente e ai bisogni della cittadinanza di riferimento, tali processi sono:

- Prevenzione e promozione della salute
- Educazione alla salute
- Diagnosi
- Terapia
- Assistenza
- Riabilitazione

La scelta di interpretare come processi di realizzazione del servizio la Gestione dei Percorsi che il paziente compie all'interno dell'Azienda deriva dall'accezione data alla definizione di "prodotto" in sanità, inteso come "risultato del percorso dell'utente" in riferimento ad una specifica patologia o richiesta di prestazione. Tale interpretazione si fonda sui principi del governo clinico (principi di appropriatezza e di presa in carico globale) e sulla volontà di porre l'utente "al centro" dell'agire quotidiano e quindi della progettazione dei nostri prodotti/servizi.

Per il perseguimento della propria mission l'AUSL di Bologna, in qualità di Azienda territoriale, deve necessariamente interfacciarsi con una serie di interlocutori esterni (quali, ad esempio: altre Aziende Sanitarie pubbliche del territorio metropolitano, strutture sanitarie private accreditate, enti locali per gli aspetti del sociale, Università, etc.) oltre che interne all'Azienda (quali le diverse articolazioni aziendali, tecnostutture e Staff).

Nella tabella di seguito riportata sono rappresentate le interfacce interne ed esterne e le modalità di rilevazione dei risultati per ciascuna di esse.

Interfaccia e relativa descrizione	Interna (I= interna; E= esterna)	Modalità di rilevazione dei risultati
<p>PDTA</p> <p>Rappresentano la principale interfaccia mediante la quale l'Azienda agisce il proprio ruolo, con garanzia dei principi di equità ed accessibilità ai servizi. Tale interfaccia promuove una risposta ai bisogni della popolazione il più possibile omogenea e coordinata, riducendo la variabilità dell'offerta tra territori e garantendo un'appropriata presa in carico, con particolare attenzione all'assistenza della persona per la cura di sé, per eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale.</p>	I; E	Cruscotto di monitoraggio indicatori
<p>Rete HUB&Spoke</p> <p>Tale interfaccia risulta particolarmente utilizzata quale strumento di dialogo ed organizzazione di servizi a tutti livelli (aziendale, interaziendale, regionale,nazionale)</p>	I; E	Valutazione annuale degli obiettivi assegnati dalla Regione e raggiungimento dei livelli di efficienza ed efficacia

Interfaccia e relativa descrizione	Interna (I= interna; E= esterna)	Modalità di rilevazione dei risultati
<p>Reti cliniche integrate</p> <p>Nel corso degli ultimi anni per far fronte alle esigenze poste dal DM 70/2015 e dalla successiva DGR 2040/2015 in ordine a standard assistenziali e volumi/esiti sono attivate interfacce organizzative che prevedono una messa in rete di risorse cliniche tra le Aziende metropolitane. Tale interaziendalità permette una redistribuzione della casistica sulla piattaforma logistica più appropriata rispetto al caso trattato, oltre che una garanzia di maggiore equità e standardizzazione nell'accesso alle cure.</p>	E	Valutazione annuale degli obiettivi assegnati dalla Regione e raggiungimento dei livelli di efficienza ed efficacia
<p>Piattaforme tecnico-amministrative comuni (Amministrazione del personale, Contabilità e Finanza, Economato)</p> <p>Nel corso degli ultimi anni sono state create piattaforme comuni a più Aziende dell'area metropolitana per la strutturazione di interfacce trasversali a supporto dei servizi core delle Aziende.</p>	I; E	Rendicontazione budget annuale.

Interfaccia e relativa descrizione	Interna (I= interna; E= esterna)	Modalità di rilevazione dei risultati
<p>Accordi/Contratti di fornitura con Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi e IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e strutture sanitarie del privato accreditato.</p> <p>L'AUSL garantisce la sua mission avvalendosi anche delle altre Aziende Sanitarie e strutture private accreditate presenti sul territorio di competenza, così come disciplinato da appositi accordi di fornitura/committenza.</p> <p>Vengono annualmente definiti accordi di fornitura tra committente (AUSL BO) e produttore al fine di orientarne l'offerta rispetto alle necessità individuate (anche sulla base di analisi di efficienza ed efficacia sui trend storici).</p>	E	Monitoraggio periodico dell'accordo.
<p>Accordi di collaborazione con Alma Mater Studiorum - Università di Bologna</p> <p>Rapporti di collaborazione con l'università, per lo sviluppo di specifiche progettualità</p>	E	Relazioni di rendicontazione progetti, periodicamente inviate dai responsabili di progetto ai referenti aziendali.

1.2.1. Reti Hub & Spoke per Malattie Rare

- L'Azienda USL di Bologna è sede dei seguenti Centri di riferimento regionale:
- Clinica Neurologica
- Neurologia OB

- Neuropsichiatria Infantile
- Endocrinologia
- Programma Reumatologia
- Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale
- Ambulatorio di Angiologia
- Oculistica

È attivo in questi Centri riconosciuti per la diagnosi e il trattamento di malattie rare un piano di azioni come previsto dalle linee di indirizzo regionali. Per ciascun Centro è predisposto un report sui relativi indicatori regionali che riguardano: le tempistiche di primo accesso, le tempistiche di follow up, il counselling genetico e il counselling di assistenza psicologica. I dati sono raccolti dal Referente Aziendale delle Malattie rare afferente al Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e sono disponibili presso l'U.O. Controllo di Gestione e Flussi Informativi.

1.2.2. I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali

Dal 2008 l'Azienda AUSL Bologna ha adottato i **PDTA** (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) come strumento di clinical governance attraverso il quale ottimizzare i processi clinico-assistenziali verso la miglior appropriatezza, efficacia, efficienza, equità e nella consapevolezza della centralità del paziente, del suo bisogno di salute e delle sue attese sulla qualità dell'assistenza e del servizio erogato.

Principio ispiratore di base è la condivisione della responsabilità di introdurre il cambiamento e contribuire alla gestione delle criticità che possono emergere in corso di implementazione o monitoraggio del PDTA da parte dei tanti attori presenti nelle diverse articolazioni organizzative che vi partecipano.

Come descritto nella Procedura Aziendale P165 "Procedura per lo sviluppo e la gestione dei PDTA" in Azienda è stata adottata una metodologia precisa riassunta in questi passaggi:

- Identificazione della priorità e mandato della Direzione
- Costituzione del gruppo di lavoro
- Identificazione e "critical appraisal" delle evidenze
- Analisi del percorso attuale e perimetro del contesto

- Reingegnerizzazione del percorso
- Validazione e diffusione del percorso
- Implementazione
- Monitoraggio e audit di percorso

Per ottimizzare la gestione di questi interventi complessi, sono stati identificati per ogni PDTA due responsabili (uno clinico ed uno assistenziale) che, affiancati da un professionista della UO Governo Clinico e Sistema Qualità, hanno la responsabilità di coordinare i lavori di definizione, gestione, monitoraggio, aggiornamento dei PDTA e implementazione delle eventuali modifiche organizzative e di approccio clinico-assistenziale.

La priorità in merito a quale PDTA definire e realizzare nasce sia dalle indicazioni della Direzione Aziendale, sia da opportunità evidenziate dai professionisti e trasmesse nei contesti decisionali (quale ad es il Collegio di Direzione) per raccoglierne il mandato.

Ad oggi sono attivi in Azienda numerosi PDTA aziendali e interaziendali (ad esempio con AOU di Bologna, con Ospedale di Montecatone, con IRCCS Rizzoli) relativi a Percorso nascita e per patologie neoplastiche, cardiovascolari, di riabilitazione quali, ad esempio, quelli rivolti a persone con:

- Neoplasia della mammella
- Neoplasia cerebrale
- Chirurgia dell'ipofisi e del basicranio
- Mielolesione traumatica
- Sclerosi Laterale Amiotrofica
- Gravi cerebrolesioni
- Sclerosi Multipla
- Epilessia
- Post-Infarto
- Emorragia sub aracnoidea
- Scompenso Cardiaco

- Malattie infiammatorie croniche intestinali
- disturbo da Gioco d’Azzardo Patologico
- Disturbi dello Spettro Autistico

ed in specifico per bambini

- affetti da patologia cronica a rischio di sviluppare disabilità multiple
- con celiachia
- con patologie oftalmiche rare

I PDTA sono oggetto di progettazione o di revisione a seguito di modifiche del contesto organizzativo e del sistema dell’offerta.

Per la misurazione di impatto dei PDTA, l’UO Governo Clinico e Sistema Qualità si è dotata di un database di supporto per la raccolta di tutti gli indicatori dei PDTA allo scopo di costruire un Cruscotto Indicatori per ogni PDTA validato in Azienda e che costituisce il riferimento per gli audit di percorso. Nello specifico il Cruscotto Indicatori rappresenta la raccolta delle misurazioni partendo da:

- Indicatori quantitativi aziendali
- Indicatori quantitativi extra-aziendali (ad es PNE)
- Valutazioni qualitative

L’Azienda USL di Bologna, ha valorizzato e formalizzato l’approccio per processi di alcuni percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e per alcuni di questi ha attivato il percorso di certificazione con KIWA CERMET¹ e con RINA services: Mielolesione traumatica (PDTA interaziendale con l’ospedale di Montecatone), persona affetta da SLA, che sono tuttora in certificazione, mentre i PDTA neoplasia della mammella, neoplasia del polmone (ora in corso di ridefinizione per divenire interaziendale), Bambino affetto da patologia cronica a rischio di sviluppare disabilità, hanno concluso l’iter certificativo triennale.

La Breast Unit ha conseguito nel 2017 la certificazione EUSOMA e prosegue tuttora il percorso per il mantenimento di tale titolo.

¹ Organismo di certificazione accreditato Accredia e Sit che eroga servizi di certificazione

I percorsi dell'utente prevedono alcune fasi comuni, quali:

- Accesso dell'utente ai servizi: gestione dell'accesso dell'utente ai servizi prestati dall'Azienda USL di Bologna secondo i principi di equità, trasparenza, umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.
- Accettazione/accoglienza/presa in carico: gestione degli ingressi dell'utente presso le strutture aziendali; in tale processo sono comprese tutte le attività amministrative, di carattere assistenziale e sanitario preliminari all'erogazione della prestazione
- Erogazione del servizio: realizzazione della prestazione specifica richiesta/necessaria per l'utente
- Trasferimento/dimissione: gestione dell'"uscita" dell'utente dalle strutture aziendali che tenga conto della continuità delle cure. In tale processo sono comprese tutte le attività amministrative e di carattere assistenziale e sanitario necessarie alla corretta dimissione dell'utente (refertazione, chiusura della cartella clinica, integrazioni con altre strutture per l'eventuale "dimissione protetta" quali, ad esempio, i trasferimenti in altra struttura, registrazione di prestazione erogata). Nell'ambito dell'attività di prevenzione: consegna di verbali, di certificazioni, di autorizzazioni, pareri.

1.2.3. Ospedali di Comunità - Letti delle Cure intermedie

Nel 2017 è stato elaborato e formalmente approvato dalla CTSS il documento programmatico aziendale sulle Cure intermedie e l'ospedale di Comunità che attraverso modelli assistenziali in continuità tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione rappresentano un setting dedicato all'attuazione delle cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti.

1.2.4. Dimissioni protette

La continuità assistenziale è un obiettivo a garanzia della presa in carico dei pazienti sul quale viene da anni posta una particolare attenzione. Alcune delle soluzioni organizzative messe in campo sono:

- **PCAP (punti di coordinamento dell'assistenza primaria)**: garantiscono la presa in carico del cittadino soprattutto dopo la dimissione protetta, secondo logiche di lavoro multi professionali; assicurano l'attivazione di percorsi e servizi favorendo la continuazione delle cure nel setting assistenziale più appropriato (ad es. assistenza domiciliare, assistenza Specialistica Ambulatoriale, inserimento in strutture residenziali) rispetto a condizioni e bisogni del paziente e della sua famiglia. I punti di

coordinamento dell'assistenza primaria (PCAP), alla data di emissione del presente manuale, sono 11 distribuiti nei diversi Distretti. Da rilevare che l'inserimento dell'utente in un PDTA avviene spesso in seguito a segnalazione da PCAP.

- **Infermieri di Continuità (IdC) per la gestione delle dimissioni protette difficili:** l'attività, in essere dal 2014 nei reparti di post acuzie degli Ospedali Privati Accreditati, da maggio 2017 è stata implementata nell'ambito dell'Ospedale Maggiore con l'obiettivo di migliorare il lavoro di integrazione ospedale e territorio e promuovere la dimissione a domicilio, quando possibile, evitando il trasferimento in lungodegenza se possibile.
- **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM):** processo implementato a favore della presa in carico e della continuità di cura alla dimissione, è prevista per l'accesso dell'anziano ai servizi della rete socio-sanitaria. L'UVM semplice è effettuata dall'infermiere e dall'assistente sociale per i casi che non presentano importanti compromissioni cliniche, l'UVM complessa prevede invece il coinvolgimento di figure cliniche esperte.
- **Percorsi di consulenza specialistica a supporto dell'attività di assistenza domiciliare integrata quali:**
 - consulenze oncologiche al domicilio con garanzia di copertura di tutti i distretti;
 - valutazione di appropriatezza nell'approccio assistenziale dei pazienti presenti nelle strutture residenziali non convenzionate;
 - infermieri formati per la gestione diretta delle PEG come da procedura interaziendale P-INT 39 "Assistenza al paziente con PEG". E' stato condiviso inoltre con il centro esperto SLA (BeNe) l'estensione del cambio PEG a domicilio anche a questa tipologia di assistito nell'ottica di un miglioramento degli aspetti correlati (gestione della sonda da parte del caregiver e degli aspetti relativi alla nutrizione artificiale).
 - redazione del progetto di vita e di cura nella presa in carico del paziente cronico tramite strumenti di assessment con definizione delle scale di valutazione utili alla presa in carico domiciliare;
 - definizione dello strumento "Piano Assistenziale Integrato" (PAI) con declinati i problemi assistenziali ricorrenti in assistenza domiciliare e relativi obiettivi ed interventi.
 - valutazione del dolore nel paziente assistito al domicilio durante la presa in carico tramite scale di valutazione quali NRS e PAINAD.

- riorganizzazione dell'assistenza domiciliare a favore della presa in carico del paziente e dell'assistenza ai bambini cronici complessi con l'attivazione della funzione dell'infermiere di continuità Pediatrica.

- **Strutturazione di percorsi fast per prestazioni richieste dalle CRA**
- **Rete delle Cure Palliative:** tramite il ruolo della Centrale di Coordinamento/Punto Unico di Accesso, il supporto all'Assistenza Domiciliare e le attività di consulenza presso gli Ospedali Aziendali e l'AOU.
- **Numero verde e-Care:** per il sostegno alla fragilità sociale e socio-sanitaria che opera integrandosi con il Team di Cure Intermedie/PCAP e Servizi Sociali.

1.3. La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnicoprofessionali, clinico-organizzativi)

1.3.1. L'organizzazione Aziendale

L'Azienda USL di Bologna è nata il 1° gennaio 2004 dall'accorpamento delle preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali dell'area bolognese (Bologna Nord, Bologna Sud, Città di Bologna).

Dal punto di vista logistico si colloca al centro della Regione Emilia Romagna, l'intero territorio passa dall'area appenninica adiacente alla Toscana e posta a Sud (province di Pistoia e Firenze), all'area padana confinante a Nord-Est con la Provincia di Ferrara. Ad Est si trova l'Azienda USL di Imola e quindi la Provincia di Ravenna, ad Ovest quella di Modena.

L'assetto organizzativo dell'Azienda è stato profondamente modificato nel corso degli ultimi anni allo scopo di renderlo un sistema flessibile in grado di fornire una idonea risposta ai bisogni sociosanitari della popolazione assistita, in coerenza con le indicazioni nazionali (DM 70/2015) regionali (DGR 2040/2015 e Piano Sociale e Sanitario 2017-2019) ed alle derivate linee di programmazione aziendali e distrettuali. Un ulteriore elemento caratterizzante i processi di riorganizzazione dell'assetto aziendale, oggetto anche di obiettivi di mandato affidati dal livello regionale alla Direzione Aziendale, è la strutturazione di diversi servizi di area clinico sanitaria e amministrativa-tecnico-professionale integrati tra le Aziende che insistono nell'area metropolitana (AOU S. Orsola-Malpighi, IOR e AUSL Imola).

Le azioni riorganizzative si collocano sia sul livello aziendale che interaziendale e sono tuttora in corso e inserite in progetti specifici con diverso grado di realizzazione.

L' Azienda USL di Bologna:

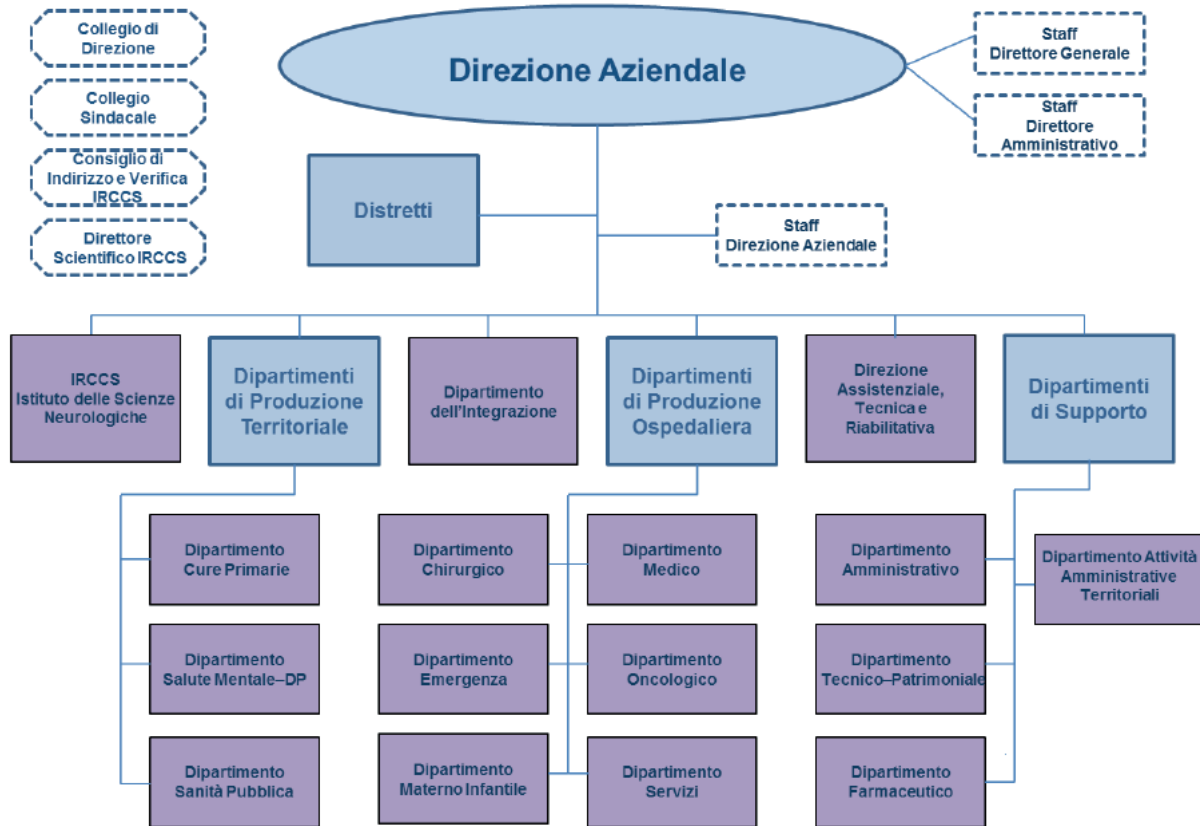
a livello territoriale si articola in sei Distretti

- comprende nove stabilimenti ospedalieri organizzati in un sistema a rete che costituiscono il Presidio Ospedaliero Unico Aziendale. Tale sistema consente una presenza capillare sul territorio e assicura ai cittadini l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie, da quelle di base a quelle di più elevato livello specialistico
- è organizzata in Dipartimenti, modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, che, a loro volta, si articolano in Unità Operative e Programmi. I Programmi costituiscono un modello organizzativo trasversale deputato a garantire unitarietà di programmazione dell'organizzazione e della valutazione nell'ambito di attività cliniche o organizzative.
- è integrata dall'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna", costituito in attuazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 4 del 19 febbraio 2008 e dotato di un proprio Statuto.

L'attuale struttura organizzativa aziendale con i relativi diversi livelli di responsabilità e autorità è disciplinata dall'Atto Aziendale e dal Regolamento di Organizzazione Aziendale (ROA) consultabili anche da tutti i cittadini sul sito internet dell'Azienda Usl di Bologna www.ausl.bologna.it nella Sezione "Amministrazione Trasparente". Tali documenti e gli aggiornamenti successivi sono pubblicati periodicamente nell'intranet aziendale.

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, all'autonomia professionale degli operatori e a un generale orientamento alla flessibilità, limitando lo sviluppo verticale delle strutture e dei livelli di responsabilità. Ciò si traduce, per quanto possibile ed opportuno, nella attribuzione e nella delega esplicita di poteri e nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e sia possibile una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione.

L'assetto organizzativo dell'Azienda è così rappresentato:



Sono organi dell'Azienda: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione, il Collegio Sindacale, il Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'IRCCS "Istituto delle Scienze Neurologiche" ed il Direttore Scientifico dell'IRCCS "Istituto delle Scienze Neurologiche".²

² Le parti in carattere corsivo anche delle sezioni successive sono tratte integralmente dall'Atto Aziendale e/o dal Regolamento Organizzativo Aziendale aggiornati nel 2019 ai quali si rimanda per ulteriori approfondimenti es Aree di Responsabilità.

L'assetto istituzionale dell'Azienda è rappresentato da:

- a) *Direzione Generale, composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo; come previsto da specifica legislazione della Regione Emilia Romagna fa parte della Direzione Generale anche il Direttore delle Attività Socio Sanitarie*
- b) *Collegio di Direzione;*
- c) *Collegio Sindacale;*
- d) *Consiglio Indirizzo e Verifica dell'IRCCS;*
- e) *Direttore Scientifico dell'IRCCS;*
- f) *Altri organismi aziendali (Comitato Unico di Garanzia, Organismo Aziendale di Supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, Comitato Etico, Comitati Consultivi Misti, Comitato Utenti Familiari e Operatori - Salute Mentale).*

Gli articoli 14, 15 e 16 dell'Atto Aziendale definiscono ruoli e funzioni del Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo.

Il collegio di direzione

1. *Il Collegio di Direzione è organo con compiti di elaborazione e proposta per la programmazione, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi per l'esercizio del governo clinico, per l'accesso alle prestazioni sanitarie, per le attività di formazione, di ricerca e di innovazione, nonché per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.*
2. *Il Collegio partecipa alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria e per la valutazione dei tempi di attesa, secondo quanto previsto dall'art.3, comma 4 della L.R. 29/2004.*
3. *Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario e composto da:*
 - *Direttore Amministrativo;*
 - *Direttore delle Attività Socio-Sanitarie;*
 - *Direttore delle Attività Assitenziali, Tecniche e Riabilitative;*
 - *Direttore Operativo IRCCS;*

- *Direttori di tutti i Dipartimenti Aziendali;*
 - *Direttori di Distretto;*
 - *Massimo cinque rappresentanti dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali.*
4. *Al Collegio di Direzione possono inoltre essere invitati a partecipare altri professionisti che, pur non essendone componenti di diritto, si ritiene possano essere competenti nella trattazione di singoli argomenti.*
 5. *Tra gli invitati partecipa al Collegio di Direzione il Direttore Scientifico IRCCS, come previsto dal rispettivo statuto.*

Collegio sindacale

Il Collegio sindacale ha compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa, contabile e sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale come definiti dalle norme nazionale e regionali vigenti.

L'Articolo 19 e 20 dell'Atto Aziendale definiscono gli organi inseriti nell'IRCCS.

Direzione Attività Socio Sanitarie

La Direzione delle Attività Socio-Sanitarie (DASS) partecipa al processo di pianificazione strategica e supporta la Direzione Generale nel rapporto con la CTSS Metropolitana per i temi socio-sanitari.

Coordina il processo di integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria relazionandosi con i Direttori di distretto per promuovere innovazione organizzativa e uniformità a livello aziendale.

La DASS ha una struttura organizzativa articolata in sei Unità delle Attività socio-sanitarie (UASS) distrettuali che supportano i Direttori di distretto nella programmazione e gestione del del Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA) e degli altri Fonti attribuiti al livello distrettuale, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e assicurando appropriatezza ed equità nello sviluppo dei servizi e degli interventi socio-sanitari.

Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa

La Direzione Assistenziale, Tecnica e Riabilitativa (DATeR), nel rispetto dei principi della normativa di cui alla Legge n. 251 del 10 agosto 2000 nonché degli specifici codici deontologici, partecipa alla definizione e programmazione strategica aziendale, assicura la direzione e valutazione del sistema di governo assistenziale

unitamente allo sviluppo dei processi assistenziali che coinvolgono le aree professionali di riferimento, definisce il fabbisogno e l'allocazione delle risorse afferenti nell'ambito dei valori e degli indirizzi aziendali inerenti il governo clinico e assistenziale.

La Direzione Assistenziale, Tecnica e Riabilitativa è una struttura organizzativa articolata in quattro livelli di responsabilità, fortemente integrati tra loro e con tutte le strutture aziendali, con funzioni di tipo strategico, gestionale ed organizzativo. Il primo livello di responsabilità è quello di Direzione, composto dal Direttore DATeR e dallo Staff; il secondo livello di responsabilità è costituito dai responsabili delle strutture semplici o complessa (denominate Aree DATeR), caratterizzate da una forte valenza gestionale, con la funzione di garantire l'integrazione delle attività assistenziali e delle risorse professionali tra ospedale e territorio o di analoghe funzioni; il terzo livello è quello dei responsabili di Unità Organizzativa DATeR o Responsabili di processo, individuati quali incarichi di funzioni; il quarto livello di responsabilità è costituito dai coordinatori responsabili delle Unità Assistenziali o Funzioni, anch'essi individuati quali incarichi di funzione.

Le funzioni di staff della direzione

Lo Staff della Direzione Aziendale si configura come supporto tecnico-professionale a supporto del governo dell'Azienda, al fine di garantire omogeneità delle procedure, in un'ottica di integrazione tra funzioni aziendali e ottimizzazione dei processi.

Sono, inoltre, presenti due specifici staff, uno del Direttore Generale e l'altro del Direttore Amministrativo, nell'ambito dei quali sono inserite strutture che, in ragione della specificità degli ambiti presidiati, rendono opportuna una diretta afferenza alla Direzione Generale o alla Direzione Amministrativa.

Le UO di STAFF all'atto dell'emissione del presente manuale sono:

- Staff Direttore Generale: Comunicazione, Servizio Prevenzione e Protezione, Anticorruzione Trasparenza e privacy, Direzione Attività socio-sanitarie;
- Staff Direttore Amministrativo: Servizi amministrativi ospedalieri e Funzioni HUB;
- Staff Direzione aziendale: Presidio Ospedaliero Unico Aziendale, Governo clinico e Sistema qualità, Controllo di gestione e flussi informativi, Sviluppo organizzativo professionale e formazione, Medicina legale e Risk management, Committenza e specialistica ambulatoriale, Ingegneria clinica.

Mission ed ambiti di responsabilità sono definiti dal Regolamento Organizzativo Aziendale- Parte prima.

1.3.2. I Distretti

Il Distretto, disciplinato dall'Atto Aziendale all'art. 32, costituisce l'articolazione territoriale dell'Azienda.

I Distretti dell'Azienda sono sei e precisamente:

- *Città di Bologna*
- *Pianura Est*
- *Pianura Ovest*
- *Reno, Lavino e Samoggia*
- *San Lazzaro*
- *Appennino Bolognese*

MISSION

Il Distretto ha la responsabilità complessiva nella gestione della salute della popolazione di riferimento ponendosi come luogo unitario di regolazione, di programmazione, di verifica e di realizzazione del sistema dei servizi locali, in coerenza con gli indirizzi e le strategie definite dal livello regionale e aziendale. Fa parte integrante della mission del Distretto promuovere e sviluppare la collaborazione con gli Enti Locali di riferimento, nonché con la popolazione e con le sue forme associative e di rappresentanza, secondo il principio della sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e la loro implementazione; a questo proposito elabora, congiuntamente con gli Enti Locali e le Forze Sociali i documenti di programmazione e pianificazione previsti dai vari livelli istituzionali e attiva progetti comunitari con lo scopo di integrare le conoscenze e le buone pratiche presenti sul territorio di riferimento, nonché le risorse economiche e finanziarie per garantire maggiori livelli di garanzia per lo sviluppo e l'innovazione dei servizi e interventi da offrire alla popolazione.

Il Distretto persegue la logica della centralità della persona e della continuità dell'assistenza fondando la propria attività sui valori quali: la garanzia dei livelli di servizio per i cittadini, l'equità, la lotta alle disuguaglianze, l'eticità, il dialogo tra professionisti, collaboratori interni ed esterni, l'umanizzazione dei processi, l'integrazione delle comunità e la sostenibilità complessiva del sistema. Nel territorio aziendale insistono, alla data di redazione del presente Manuale Qualità, 45 comuni. Questi territori sono distinguibili tra loro per la particolare ubicazione geografica: si passa da un Distretto prettamente urbano quale quello della Città di Bologna, ai Distretti di pianura come quelli Est ed Ovest, ai Distretti collinari, quali quelli di Reno, Lavino e Samoggia e San Lazzaro di Savena. Infine il Distretto dell'Appennino bolognese si caratterizza per l'alta percentuale di territorio montagnoso.

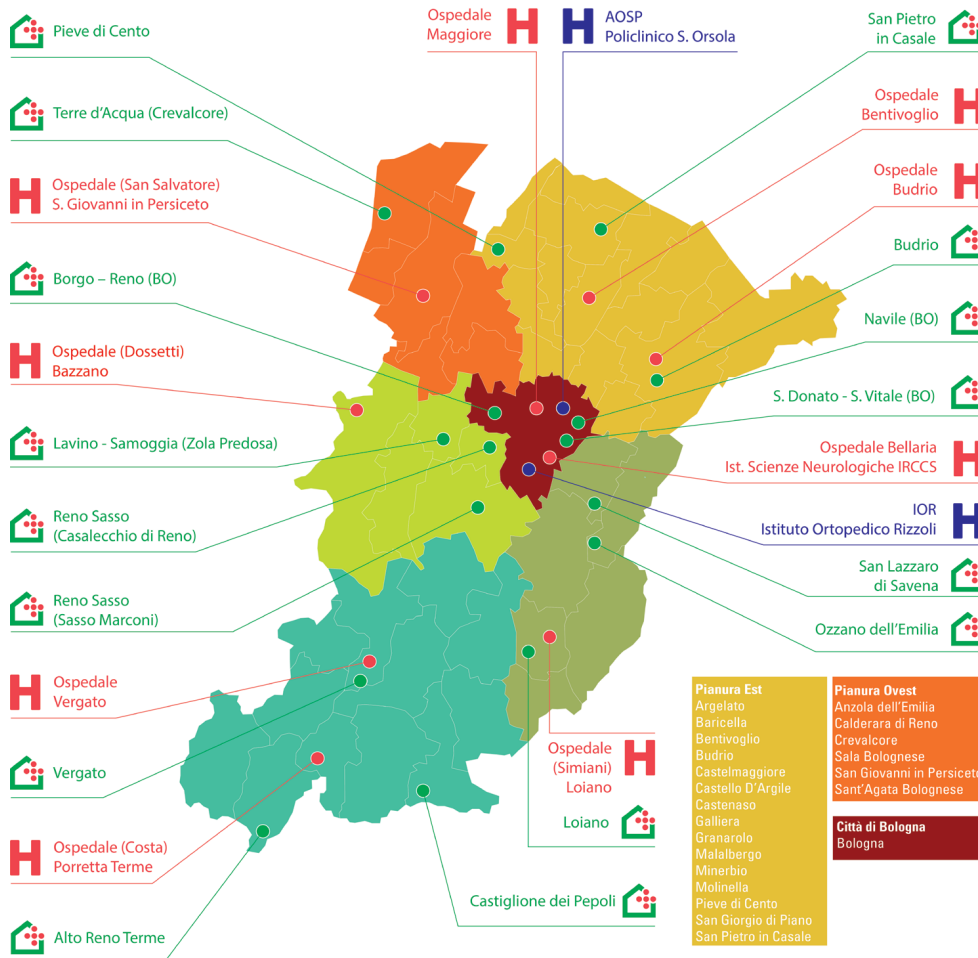
AZIENDA USL di Bologna

CASE DELLA SALUTE

OSPEDALI

DISTRETTI

- Distretto Città di Bologna
- Distretto Reno, Lavino e Samoggia
- Distretto dell'Appennino bolognese
- Distretto di San Lazzaro di Savena
- Distretto Pianura Est
- Distretto Pianura Ovest



Pianura Est

Argelato
Baricella
Bentivoglio
Budrio
Castelmaggiore
Castello D'Argile
Castenaso
Galliera
Granarolo
Malalbergo
Minerbio
Molinella
Pieve di Cento
San Giorgio di Piano
San Pietro in Casale

Pianura Ovest

Anzola dell'Emilia
Calderara di Reno
Crevalcore
Sala Bolognese
San Giovanni in Persiceto
Sant'Agata Bolognese

Città di Bologna

Bologna

San Lazzaro di Savena

Loiano
Monghidoro
Monterenzio
Ozzano dell'Emilia
Pianoro
San Lazzaro di Savena

Reno, Lavino e Samoggia

Casalecchio di Reno
Monte San Pietro
Sasso Marconi
Valsamoggia (Bazzano,
Casale di Serravalle, Caspellano,
Monteviglio e Saviano)
Zola Predosa

Appennino bolognese

Alto Reno Terme (Porretta
Terme e Granaglione)
Camugnano
Castel d'Aiano
Castel di Casio
Castiglione dei Pepoli
Gaggio Montano
Grizzana Morandi
Lizzano in Belvedere
Marzabotto
Monzuno
San Benedetto Val di Sambro
Vergato

I Distretti costituiscono l'articolazione territoriale dell'Azienda, promuovono l'integrazione tra strutture di erogazione territoriale e tra queste e quelle ospedaliere, anche attraverso il monitoraggio dei percorsi clinico-assistenziali. Partecipano all'elaborazione degli atti di pianificazione e programmazione tutelando, nel contempo, la garanzia di accesso, adeguatezza della risposta e rendicontazione verso il Cittadino.

Lo specifico ruolo di Committenza e Garanzia del Distretto dell'AUSL si sviluppa nelle seguenti fasi di gestione delle problematiche del paziente:

- nell'accesso ai servizi, momento nel quale il Distretto, oltre ad un ruolo aziendale di governo, assume anche una responsabilità gestionale diretta delle risorse locali dedicate a tale funzione e di coordinamento dell'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD)
- nella fase di erogazione, da parte dei servizi aziendali ed extraaziendali, del percorso clinico-assistenziale del paziente con un ruolo di monitoraggio della qualità e della continuità dello stesso e per promuovere l'integrazione interstrutturale e interistituzionale delle strutture interessate in una logica di miglioramento continuo
- nella fase finale di "uscita", anche temporanea, dal percorso attraverso il monitoraggio dei risultati, la rendicontazione degli stessi e la partecipazione alla valutazione della capacità del sistema di offerta di assicurare il rispetto di standard clinico-assistenziali predefiniti.

1.3.3. I Dipartimenti

L'organizzazione dipartimentale dell'Azienda Usl di Bologna ha l'obiettivo di raggiungere la maggiore efficienza nell'utilizzo condiviso delle risorse. I Dipartimenti sono strutture con autonomia tecnico-professionale e gestionale; nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite dalla Direzione Generale, operano con riferimento al piano annuale di attività e di risorse assegnate nell'ambito della Programmazione Aziendale.

Dipartimenti, UU.OO. e Programmi aziendali partecipano, a seconda degli scopi e delle finalità ad essi assegnati, alla realizzazione dei processi di prevenzione, clinico/assistenziali, diagnostici e riabilitativi.

Il loro ruolo è riassunto nella tabella seguente:

	DSP	DSM -DP	DCP	DIP Ospedalieri
Prevenzione	X	X	X	X
Promozione della salute	X	X	X	X
Educazione sanitaria	X	X	X	X
Diagnosi	X	X	X	X
Terapia		X	X	X
Assistenza		X	X	X
Riabilitazione		X	X	X

Dipartimenti di produzione territoriale

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Il Dipartimento Cure Primarie garantisce l'assistenza primaria, cioè il sistema di cure e assistenza erogate vicino ai luoghi di vita delle persone, attraverso una rete territoriale di strutture e professionalità integrate, in grado di assicurare le funzioni di orientamento, valutazione multidimensionale dei bisogni, presa in carico e continuità delle cure e dell'assistenza. Tali funzioni sono finalizzate alla valorizzazione del sistema salute grazie all'azione integrata dei professionisti che vedono i cittadini e le risorse della comunità non solo come destinatari dei servizi, ma anche come soggetti da informare, formare ed attivare in modo proattivo.

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 Famiglia (il 76% lavora in gruppo) e 126 Pediatri di Libera Scelta (il 63% lavora in gruppo).

In Azienda sono funzionanti 16 Case della Salute e 54 poliambulatori (dato aggiornato al 2019).

L'attività dei Consultori Familiari è focalizzata prioritariamente sulla prevenzione dei tumori femminili e sul Percorso nascita.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE-DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche tutela e promuove la salute mentale della popolazione del proprio territorio a partire dallo sviluppo della persona, intesa come soggetto sociale, che esprime una complessità nelle sue determinanti biologiche, psicologiche e sociali.

La sua mission è di assicurare la promozione e la tutela della salute mentale in tutte le età della vita, attraverso la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle disabilità neuromotorie, psichiche e sensoriali in età evolutiva, del disagio e del disturbo psichico dei cittadini adulti, nonché degli stati di dipendenza patologica, secondo un approccio allargato di salute pubblica, attraverso sia l'individuazione precoce di situazioni di rischio/disagio che attraverso la cura precoce, globale, multidisciplinare e integrata.

Garantisce l'assolvimento delle funzioni di governo dei processi clinici, di assistenza e di supporto per le specifiche competenze, concordate con l'azienda come appropriate, a tutti gli assistiti ed in relazione ai bisogni da essi espressi.

Il Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche opera per la costruzione attiva di processi riabilitativi per le persone ad alto rischio di esclusione, quali quelle sofferenti di disturbi mentali, per dipendenza e/o disabilità, affrontando la condizione complessiva di vita delle persone, incentivando le forme più alte di autonomia possibili della loro esistenza, con particolare riguardo ai diritti primari relativi all'abitare, al lavoro ed alla socialità.

DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA

La mission del Dipartimento di Sanità Pubblica consiste nel promuovere, proteggere e migliorare la salute, il benessere e la qualità della vita dei cittadini.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica è la struttura organizzativa aziendale preposta all'assistenza sanitaria collettiva, assicurando il proprio contributo al sistema della Sanità Pubblica e garantendo l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sull'insieme dei problemi di salute delle popolazioni e su tutti i fattori determinanti la salute della collettività.

Orienta la propria azione prioritariamente sui rischi che in seguito a valutazione epidemiologica, risultano a maggior diffusione, gravità e percezione, ricercando in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, anche in emergenza, e costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti con interventi strutturati di comunicazione del rischio. Inoltre risponde ai problemi della cronicità promuovendo l'adozione di comportamenti e stili di vita sani utilizzando modelli di lavoro interdisciplinari e interprofessionali.

Il Dipartimento assicura servizi di vigilanza e controllo efficaci, di elevata professionalità, corrispondenti a standard qualitativi definiti, dotandosi di personale formato e competente per prevenire le malattie e gli infortuni connessi ai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, per garantire la sicurezza alimentare, la sanità e il benessere animale.

Dipartimenti di produzione ospedaliera

- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Emergenza
- Dipartimento Materno- Infantile
- Dipartimento Medico
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento Servizi

Dipartimento dell'Integrazione

Il Dipartimento dell'integrazione coordina le articolazioni organizzative che contribuiscono maggiormente all'attuazione della presa in carico dei soggetti fragili e/o cronici, al fine di garantire, attraverso l'armonizzazione dei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali, la continuità di cura ed assistenza nel setting più appropriato secondo i bisogni del cittadino. Il Dipartimento si pone, inoltre, l'obiettivo di costruire una comunità di pratica che abbatta i confini ospedale/territorio, grazie all'integrazione delle professionalità coinvolte, nel pieno rispetto delle competenze acquisite, implementando e governando una rete incentrata sulla persona ed i suoi bisogni di cura e assistenza.

Dipartimenti di Supporto:

- Dipartimento Amministrativo
- Dipartimento Attività Amministrative Territoriali
- Dipartimento Tecnico-Patrimoniale
- Dipartimento Farmaceutico Interaziendale

Maggiori dettagli relativi alla realizzazione del servizio all'interno dei singoli Dipartimenti e alle interazioni tra i processi e sottoprocessi, così come gli scopi e la struttura organizzativa di Dipartimento ed articolazioni organizzative, sono riportati nei documenti specifici di Dipartimento e Unità Operativa/Unità Assistenziale.

1.3.4. Processi di supporto

Ulteriori processi di supporto sono quelli relativi alle prestazioni alberghiere e di igiene ambientale, che impattano sulla soddisfazione e sicurezza degli utenti e degli operatori dell'azienda e che sono oggetto di forniture in outsourcing:

- Ristorazione
- Pulizie degli ambienti
- Gestione rifiuti e sostanze pericolose
- Manutenzione di attrezzature ed immobili

1.3.5. Gestione dei Servizi integrati (rifiuti, pulizie, lavanolo)

Data la notevole distribuzione sul territorio delle strutture aziendali, ed il diverso grado di intensità assistenziale, l'Azienda ha individuato in specifiche articolazioni organizzative un'unica funzione trasversale responsabile della gestione dei rifiuti, delle pulizie e del lavanolo. Attraverso essa si prefigge di costruire un sistema unico a gestione integrata dei momenti di programmazione, verifica e monitoraggio degli aspetti quantitativi, qualitativi ed economici di questi processi. La scelta aziendale di affidarne la gestione in *outsourcing* ad un unico fornitore ha permesso di dotarsi di strumenti di governo qualitativo ed economico per garantire un'efficace gestione dei processi e del fornitore stesso.

Attraverso una struttura distribuita capillarmente nelle varie articolazioni organizzative viene garantita un'interfaccia continua con il "Processo Prevenzione e Controllo delle Infezioni, Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti" e per il controllo degli appaltati. L'importanza della rete consiste da un lato nell'attività continua di rilevazione dei fabbisogni, dall'altro nella gestione di informazioni utilizzate sia nell'ambito della definizione del capitolato di gara, sia durante l'espletamento delle attività. Il capitolato di gara prevede nella parte tecnica un margine di discrezionalità, in modo da poter adeguare i servizi forniti alle esigenze in continua evoluzione e cambiamento.

La rete partecipa attivamente alla rilevazione del prodotto/servizio fornito dall'azienda appaltatrice, attraverso strumenti di registrazione ad hoc ampiamente sperimentati.

Per i dettagli sulle modalità di funzionamento dei processi e gli strumenti impiegati si rimanda ai documenti specifici del "Processo Prevenzione e Controllo delle Infezioni, Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti".

È escluso dalla gestione in *outsourcing* il processo di sterilizzazione dello strumentario sanitario, che viene

svolto dal servizio di Sterilizzazione interno all'Azienda attivo in strutture con caratteristiche specifiche e secondo procedure che garantiscono la tracciabilità e la sicurezza del processo/prodotto.

IRCCS delle Scienze neurologiche di Bologna

All'interno dell'Azienda Usl di Bologna è presente l'IRCCS delle Scienze Neurologiche costituito con Decreto del Ministero della Salute del 12/4/2011, allo scopo di integrare e migliorare competenze e professionalità già esistenti, quali: competenze cliniche maturate nella diagnosi e nel trattamento delle malattie neurologiche, competenze didattiche, di ricerca e cura della Clinica Neurologica dell'Università di Bologna, integrata nella rete delle aziende sanitarie regionali dal 1 gennaio 2005.

Il Direttore Generale dell'Azienda Usl di Bologna ha la rappresentanza legale dell'Istituto, che gode della personalità giuridica pubblica dell'Azienda Usl di Bologna di cui è parte, e al quale è assicurata autonomia scientifica, organizzativa e contabile.

L'Istituto assicura l'attività di ricerca scientifica e di formazione, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, oltre alla prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione nell'ambito delle patologie del sistema nervoso centrale e periferico di interesse neurologico e neurochirurgico nella popolazione infantile e adulta. A questo fine persegue i seguenti obiettivi:

- sviluppare, perseguendo l'eccellenza in tutti i suoi aspetti, la ricerca e l'assistenza nel campo delle scienze neurologiche
- sviluppare l'integrazione tra ricerca ed assistenza attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici nell'area assistenziale
- realizzare un'efficace sinergia tra Centri di eccellenza e strutture territoriali, attraverso il potenziamento dell'attività in rete a livello locale e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi
- sviluppare la collaborazione e lo scambio di conoscenze con gli altri IRCCS di scienze neurologiche al fine di elevare e uniformare il livello della ricerca italiana e favorire il trasferimento dei risultati al Servizio Sanitario Nazionale
- migliorare la qualificazione dei professionisti, sviluppare l'attività formativa, accrescere il capitale intellettuale
- svolgere ogni altra attività funzionale al perseguimento dei propri obiettivi.

La valorizzazione dell'attività di ricerca e formazione dell'Istituto si realizza in stretta collaborazione con l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, cui appartengono numerosi professionisti dell'IRCCSS, e attraverso la collaborazione con la rete nazionale degli Istituti di Ricerca delle scienze neurologiche. Con Delibera 283 del 2014 è stato adottato il Piano Strategico 2014 – 2018 dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche dell'Azienda USL di Bologna, che definisce le linee e gli obiettivi guida delle attività dell'Istituto per il periodo di riferimento. Il Piano si propone anche di rispondere, in termini generali, ai temi e alle indicazioni espresse dal Piano Socio-Sanitario Regionale.

1.3.6. La rete ospedaliera

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. Alcuni centri hanno anche valenza hub di Area Vasta o Regionale.

Il **Presidio Ospedaliero Unico Aziendale** è composto dagli stabilimenti Maggiore e Bellaria di Bologna, di Bazzano, di Bentivoglio, di Budrio, di Loiano, di Porretta Terme, di San Giovanni in Persiceto, di Vergato.

I posti letto dei 9 stabilimenti ospedalieri sono complessivamente 1286 (dato 1/1/2018).

Sono inoltre attivi Letti Tecnici di Cure Intermedie negli stabilimenti di Loiano, Vergato e Bellaria di Bologna a cui i pazienti accedono su proposta del Medico di Medicina Generale o, se già ricoverati presso un ospedale dell'Azienda USL di Bologna, del medico responsabile del reparto.

L'offerta è completata dai 918 posti letto 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.

Nel territorio sono presenti tre Hospice, complementari e integrati all'ospedale e al domicilio, che sui 58 posti letto assistono mediamente circa 1.200 pazienti/anno, con una degenza media inferiore al dato regionale.

L'Azienda può attivare contratti di fornitura per l'acquisizione di prestazioni sanitarie, erogate da strutture con Accreditamento Istituzionale in corso di validità, in base a valutazioni di opportunità economiche e necessità di sopperire al fabbisogno di prestazioni sanitarie.

Ulteriori elementi informativi in merito alla struttura dell'offerta, dei consumi e della produzione di servizi sanitari e sociali sono inseriti nel Bilancio di Esercizio dell'Azienda Usl di Bologna.

1.3.7. Contesto esterno aziendale

La descrizione del Contesto esterno, che contiene anche la situazione epidemiologia della popolazione residente nel territorio su cui insiste l'Azienda, è esplicitata nella Relazione Annuale del Dipartimento Sanità Pubblica, pubblicata e aggiornata periodicamente nell'intranet aziendale.

1.3.8. Valutazione periodica delle performance dei professionisti³

L'evoluzione normativa e contrattuale ha delineato alcuni momenti nella vita lavorativa dei professionisti, nei quali la valutazione dei diversi aspetti della performance individuale costituisce una fase indispensabile alla conferma o progressione dell'incarico, alla definizione del fabbisogno formativo individuale, alla attribuzione di benefici economici, all'allineamento dei comportamenti professionali ed organizzativi in relazione a quanto atteso.

Naturalmente, ciò si salda ai più generali scopi di miglioramento complessivo dei risultati e della qualità dei servizi prodotti, in un'ottica di valorizzazione e responsabilizzazione del personale verso il pieno e maturo svolgimento delle funzioni istituzionali assegnate alle singole Aziende e realizzate dai professionisti che in esse operano.

A partire dagli ultimi anni, si è lavorato molto in termini culturali per sottrarre il processo di valutazione dall'ambito di puro adempimento contrattuale ed infondergli un più ampio orizzonte motivazionale, facendolo divenire così uno strumento che contribuisce concretamente al miglioramento della performance individuale ed allo sviluppo delle competenze, riconoscendo ai professionisti il ruolo di risorsa chiave dell'organizzazione, motore e volano del miglioramento delle performance qualitative.

La valutazione è diventata quindi uno degli strumenti per migliorare e orientare i comportamenti, per valorizzare i professionisti, per sostenere l'efficacia dell'assetto organizzativo, per migliorare il servizio, ma anche per garantire che il collaboratore risponda nel tempo quanto meno agli standard minimi di qualità, divenendo quindi anche attestazione delle competenze maturate dal professionista.

Indispensabile strumento di supporto al Sistema di Valutazione è costituito dal Piano di formazione specifico, personalizzato e finalizzato a soddisfare le esigenze organizzative dell'Azienda e l'evoluzione delle competenze professionali del dipendente in relazione al contesto dato, che viene ad essere costituito attraverso un processo di condivisione mirante a creare alleanza e individuare spazi di crescita per una progettualità condivisa.

³ Tratto da "Guida alla Valutazione del personale, ai sensi della Delibera n. 5/2017 dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna" – aggiornata al 31 dicembre 2019" pubblicata nel sito intranet dell'UO Sviluppo Organizzativo, professionale e Formazione.

Valutare quindi per:

- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni
- Orientare i comportamenti utilizzando la valutazione come stimolo e come guida;
- Favorire la crescita professionale dei professionisti attraverso interventi di sviluppo (affiancamento, autoformazione, formazione, ecc.);
- Rafforzare il ruolo dei responsabili di risorse;
- Premiare il contributo individuale.

Un sistema di valutazione è vantaggioso per:

- favorire i processi di comunicazione rendendo trasparente la vita organizzativa, migliorare l'orientamento verso i risultati, raccogliere sistematicamente informazioni per la gestione e lo sviluppo dei collaboratori;
- facilitare il processo di apprezzamento e verifica dei comportamenti e dei risultati, migliorare relazioni e clima interno, ottimizzare l'impiego delle risorse umane, favorire la crescita professionale degli individui attraverso interventi di sviluppo mirati.

All'interno di un sistema che integra lo sviluppo professionale, la valutazione e i percorsi di valorizzazione dei professionisti, si sta sviluppando un modello aziendale unico, che mira a:

- gestione della performance organizzativa e di quella individuale,
- collegamento tra i risultati della valutazione organizzativa e individuale e il sistema premiante,
- implementazione della procedura di conciliazione,
- promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo,
- consolidamento di metodi e strumenti per la redazione e monitoraggio del dossier formativo,
- implementazione del sistema aziendale di descrizione dei ruoli e delle competenze specifiche per singolo professionista,
- integrazione del sistema di valutazione e della formazione.

Le procedure di valutazione sono improntate ai principi di:

- trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- adeguata informazione e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza;
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la valutazione sulla quale l'organismo di verifica può essere chiamato a pronunciarsi.

Le tipologie di valutazione previste dalla normativa vigente per il personale dipendente che opera nelle Aziende Sanitarie e individuate, in Azienda USL di Bologna, secondo le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali (Deliberazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna, n. 5/2017), sono le seguenti:

VALUTAZIONI ANNUALI:

- risultati raggiunti,
- competenze espresse;

VALUTAZIONI PLURIENNALI:

- di fine incarico,
- di esclusività a 5/15 anni;

VALUTAZIONI DEI PERIODI DI PROVA:

- di norma, a 6 mesi dall'assunzione.

La valutazione del lavoro prestato dal professionista è effettuata dal Responsabile gestionale che ne ha la responsabilità diretta e continuativa ed è a conoscenza delle attività svolte utilizzando idonei strumenti contenenti item espliciti.

1.3.9. Codice di comportamento

In ottemperanza della normativa vigente è pubblicato nella sezione intranet denominata "Amministrazione Trasparente", la delibera n° 166 "Codice di Comportamento per il personale operante nell'Azienda USL di Bologna" deliberato in data 29/05/2018.

1.4. La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le Istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).

1.4.1. Monitoraggio dei processi e dei prodotti

Il processo di monitoraggio è garantito attraverso la rilevazione di dati appropriati e significativi ai vari livelli dell'articolazione aziendale. A livello aziendale sono riassunti nel "Piano delle performance", documento che rappresenta la sintesi dell'andamento dell'Azienda. Esso ha inoltre una importante funzione di comunicazione ai cittadini e a tutti gli *stakeholders*.

Data la complessità dell'Azienda, essa non può prescindere da un monitoraggio di indicatori a livello delle singole articolazioni organizzative. Tali indicatori sono formalizzati nella documentazione ad uso interno (procedure, schema di monitoraggio dei processi, cruscotto indicatori di PDTA) o esterno (Carta dei Servizi).

Gli indicatori in generale sono sottoposti a verifica costante, che viene garantita mediante l'attivazione di un procedimento di audit a più livelli:

- Il controllo continuo e sistematico svolto all'interno di ogni articolazione organizzativa
- Il controllo periodico a livello aziendale da parte delle varie UUOO in Staff alla Direzione aziendale.

La registrazione dei dati è un elemento fondamentale per garantire, oltre alla rintracciabilità delle attività svolte, la verifica dei risultati/attività e conseguentemente l'avvio di azioni di miglioramento.

Per questo i dipartimenti/articolazioni organizzative, attraverso una continua integrazione con le varie Unità operative degli Staff, rispondono al debito informativo rispetto agli aspetti quantitativi e qualitativi della performance.

In particolare, la modalità di raccolta dati e il monitoraggio dei processi e prodotti è riscontrabile nei seguenti documenti:

- Procedura Aziendale P013AUSLBO "Attivazione e realizzazione delle indagini di qualità percepita"
- Procedura Aziendale P015 "Gestione delle Non Conformità, delle Azioni Correttive, Preventive e di Miglioramento"
- Report inerenti la prevenzione e sorveglianza delle infezioni ospedaliere

- Report delle indagini di qualità percepita
- Raccolta dati riguardanti il controllo dei rischi nell'erogazione delle prestazioni sanitarie
- Dati di articolazione organizzativa derivati dalla documentazione sanitaria in coerenza con il Regolamento aziendale "Gestione della documentazione sanitaria"
- Regolamento di budget per la modalità di gestione dei dati di budget
- Schemi di monitoraggio dei processi per la raccolta dati inerenti gli indicatori di processo e di risultato di procedure e PDTA.

I risultati degli indicatori utili per la pianificazione strategica aziendale, vengono sottoposti all'attenzione della Direzione e verificati periodicamente durante l'anno.

Il processo di monitoraggio in caso di gap tra valore del dato rilevato e target di riferimento è fonte del più ampio processo di miglioramento continuo.

1.4.2. Le risorse informatiche

L'UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione regola l'accesso e l'uso delle risorse informatiche dell'Azienda USL di Bologna, secondo i principi e le disposizioni della normativa vigente e le indicazioni in materia di corretto uso delle risorse informatiche secondo le politiche e disposizioni aziendali definite in accordo con la Direzione Aziendale.

I servizi informatici sono regolamentati, oltre che dal "Regolamento aziendale per l'utilizzo delle risorse informatiche", dal "Regolamento per l'utilizzo della Posta Elettronica e Internet", tutti pubblicati in intranet nell'apposita sezione gestita dall'UO Tecnologie informatiche e di Comunicazione. Per le misure in materia di protezione dei dati personali, ma non esclusivamente relative al trattamento di dati con supporto informatico, è disponibile ulteriore documentazione aziendale specifica gestita dalla UO Anticorruzione Trasparenza e Privacy (vedi oltre). Le Risorse Informatiche sono da intendersi come qualsiasi mezzo di comunicazione e elaborazione elettronica, hardware, software, rete, servizio e informazione in formato elettronico di proprietà dell'Azienda o in disponibilità o a essa concesso in licenza d'uso. Esse includono, a titolo di esempio:

- sistemi informatici a uso sanitario, amministrativo o tecnico (es. posta elettronica, accesso a Internet, applicativi aziendali quali Gestione di Reparto, eVisit, eRis, Galileo, Gestione Protocollo ecc.);
- ogni sistema di elaborazione elettronica delle informazioni: server, personal computer fissi o portatili, tablet e similari;

- software di base e di ambiente: sistemi operativi, software di rete, sistemi per il controllo degli accessi, package, utility e similari;
- software di produttività individuale (Office, LibreOffice, OpenOffice, Project, Visio ecc.);
- ogni informazione elettronica registrata o conservata in file e banche dati;
- ogni periferica: stampanti, scanner, plotter, apparecchiature per l'archiviazione elettronica dei dati, supporti di memorizzazione, video terminali;
- ogni dispositivo di rete: concentratori, ripetitori, modem, switch, router, gateway, firewall, apparati VoIP e similari, access point, chiavette Internet;
- ogni mezzo trasmissivo di cablaggio strutturato per reti locali, metropolitane e geografiche: cavi in fibra e in rame per dorsali e cablaggio orizzontale, permutazioni, attestazioni, patch e similari.

Il su citato Regolamento contiene indirizzi, divieti, responsabilità, modalità di utilizzo, aspetti tecnici, ai quali tutti gli operatori si devono attenere anche se non dipendenti, ma autorizzati all'uso. Si cita il principio base secondo il quale i dati possono essere trattati limitatamente alle operazioni indispensabili per l'esercizio delle funzioni degli incaricati che sono appositamente autorizzati e che attuano le modalità di autenticazione predefinite utilizzando le credenziali fornite dalla funzione aziendale preposta.

1.4.3. Anticorruzione, Trasparenza e Privacy

La Direzione Generale dell'Azienda USL di Bologna ha costituito l'unità operativa denominata "Anticorruzione, Trasparenza e Privacy" con il compito, tra gli altri, di assicurare la corretta applicazione della normativa in materia di trattamento dei dati personali e di accesso agli atti generalizzato.

L'Azienda ha predisposto apposita modulistica di informativa sul trattamento dei dati personali. I dati sono raccolti e utilizzati dall'Azienda USL nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio, esclusivamente per le seguenti finalità:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, al fine primario di tutela della salute dell'assistito
- amministrativo-contabili, correlate alle attività di cui sopra
- di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria
- certificatorie, relative allo stato di salute.

Come previsto dal GDPR 2016/679, nel 2018 l'Azienda ha nominato il Responsabile Protezione Dati, professionista unico per le Aziende pubbliche dell'Area metropolitana.

1.4.4. Flussi informativi verso le istituzioni

Per quanto attiene all'implementazione di banche dati extraaziendali in relazione con la mission territoriale dell'Azienda, si cita il ruolo svolto dal Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) che garantisce l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel Piano Regionale della Prevenzione in particolare:

- per il consolidamento dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, nel rispetto delle indicazioni e della programmazione definita a livello del Coordinamento regionale;
- per assicurare la completezza, la qualità della compilazione e la tempestività della trasmissione per i flussi informativi di competenza CedAP e Mortalità.
- per il coordinamento a livello aziendale del sistema di sorveglianza e prevenzione degli effetti delle ondate di calore mediante la comunicazione delle allerte meteo-climatiche (bollettini previsionali elaborati da ARPAE) alla rete delle strutture socio sanitarie del territorio e il monitoraggio giornaliero degli eventi avversi (Mortalità, accessi al PS e chiamate al 118) per l'area del Comune di Bologna.
- i percorsi di screening del tumore della mammella, del tumore della cervice uterina e del colon retto in stretta collaborazione e sinergia con i dipartimenti di produzione interessati (Dipartimento Oncologico, Chirurgico e Cure Primarie).

Le raccolte dai vari sistemi di sorveglianza attivi nel DSP sono la base per la redazione del Profilo di Salute Aziendale, utile per la conoscenza epidemiologica della popolazione di riferimento aziendale.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica garantisce inoltre l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive. La tempestività e la completezza delle segnalazioni da parte dei clinici al Dipartimento di Sanità Pubblica, sono garantite da flussi informativi diretti dai laboratori su infezioni di particolare rilevanza: arbovirosi, morbillo, rosolia, salmonellosi e tubercolosi.

1.5. La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.

1.5.1. Valutazione della qualità dell'assistenza

La necessità di allineare sia i comportamenti dei professionisti (appropriatezza professionale) sia i modelli organizzativi (appropriatezza organizzativa) alle best evidence di utilizzo in Azienda richiede l'attuazione di interventi complessi propri della clinical governance. Da sottolineare come in tutte le progettualità individuate ai vari livelli è applicato un approccio multidisciplinare e multiprofessionale efficiente e sostenibile, espressione della volontà della Direzione aziendale di massima condivisione ed apertura ai contributi che i professionisti possono dare in base al loro ruolo.

Infine, per rendere disponibile il materiale sia metodologico che di rendicontazione, nelle pagine intranet accessibili da tutti i professionisti dell'Azienda, sono presenti pagine dedicate - di facile identificazione e reperimento - relative a Procedure e altra documentazione, PDTA, Audit, Formazione, Controllo di Gestione (Reporting Direzionale), Rischio Clinico.

Oltre agli indicatori identificati nell'ambito dei PDTA, per misurare e gestire l'appropriatezza professionale ed organizzativa, uno strumento adottato in Azienda come intervento complesso di clinical governance, è l'Audit Clinico strutturato secondo il modello NHS, a 6 fasi.

1.5.2. Analisi dei dati

Al fine di mantenere sotto controllo la qualità dei servizi erogati, l'Azienda è impegnata nella raccolta ed elaborazione di dati relativamente a:

- Qualità percepita dagli utenti
- Segnalazioni (Reclami/Suggerimenti)
- Indicatori di processo e di esito
- Attività sanitaria erogata
- Valutazione dei fornitori
- Risorse assegnate

Sono inoltre monitorati i tipici *Indicatori di Efficienza Aziendale*:

- Costo pro-capite: indicatore sintetico e rappresentativo della misurazione delle risorse effettivamente impiegate per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione residente, calcolato rapportando il costo per livello (e sub-livello) di assistenza della popolazione pesata di riferimento determinata con i medesimi criteri definiti per il finanziamento del livello stesso.
- Spesa farmaceutica netta pro-capite pesata: utile per monitorare la spesa convenzionata e le azioni previste dal piano aziendale ed interaziendale di Governo del Farmaco
- Quadro economico finanziario complessivo: Rendicontato nel Bilancio di Esercizio annuale.

Indicatori di Efficacia

Oltre ai monitoraggi descritti nel paragrafo inerente i PDTA, l'Azienda ha adottato come ormai consueta modalità di lavoro il riferimento alle banche dati accessibili via InSIDER proprie della Regione o esterne (es PNE). Questi dati ed informazioni sono input per il riesame della direzione ai diversi livelli dell'organizzazione. I risultati dell'elaborazione costituiscono infatti la base per le valutazioni del raggiungimento degli obiettivi pianificati e l'autodiagnosi organizzativa al fine della definizione di Piani e/o azioni di Miglioramento.

Per la raccolta ed elaborazione dei dati vengono utilizzate tecniche statistiche adeguate al tipo di dati/informazioni raccolte.

1.5.3. Riesame della Direzione/Verifica delle attività

Generalità

Il Riesame della Direzione/Verifica delle attività è concepito come un momento di importanza strategica attraverso il quale si intende far emergere l'andamento complessivo del Sistema Qualità, la messa a fuoco dei problemi esistenti e la riflessione su quali sono gli ambiti di intervento possibile e gli obiettivi che l'articolazione organizzativa intende perseguire nel periodo temporale successivo. È realizzato con frequenza almeno annuale; ad un riesame annuale complessivo generalmente si aggiungono riesami parziali, la cui pianificazione temporale è in coerenza con le fasi del processo di Programmazione e Controllo.

Ogni riesame è basato sulla presentazione e valutazione dei dati o elementi in ingresso che permettono di rendere evidente l'analisi complessiva ed integrata dei risultati e le eventuali relazioni esistenti.

In linea generale gli elementi in ingresso prendono in considerazione i seguenti aspetti:

Modifiche organizzative e assegnazione delle responsabilità:

- monitoraggio dell'efficacia delle innovazioni introdotte

Stato d'avanzamento/raggiungimento degli obiettivi:

- assegnati dalla Direzione Aziendale
- da progetti extra aziendali
- da progetti di miglioramento
- da progetti interni all'articolazione organizzativa

Partecipazione a PDTA e a Reti clinico-assistenziali:

- conferma della definizione dei criteri di eleggibilità dei pazienti
- validità degli strumenti di continuità dell'assistenza soprattutto rivolti a utenti fragili

Conferma/variazioni della destinazione d'uso dei locali (reale utilizzo rispetto a quanto definito dall'autorizzazione sanitaria) e della dotazione delle attrezzature:

- Grado di effettuazione del piano di manutenzione (immobili, attrezzature)
- Fabbisogno tecnologico

Formazione e clinical competence:

- grado di partecipazione degli operatori alle iniziative formative previste dal piano annuale
- iniziative di formazione sul rischio clinico e sicurezza
- iniziative di formazione inerente agli aspetti relazionali con gli utenti
- effettuazione di addestramento per l'utilizzo delle attrezzature, in particolare al collaudo
- Valutazione delle clinical competence e loro aggiornamento in relazione a modifiche organizzative introdotte o innovazioni
- formazione a supporto delle clinical competence valutate necessarie per l'erogazione delle attività
- gestione della didattica per studenti, tirocinanti, specializzandi

- inserimento del personale nell'articolazione organizzativa

Sistema informativo, analisi e miglioramento relativi a:

- indicatori (di processo, di esito) pertinenti rispetto a standard di riferimento rilevati con strumenti riconosciuti dalla comunità scientifica
- dati forniti dal Sistema informativo aziendale (ad es dati di attività)
- dati provenienti da fonti regionali
- dati di qualità percepita
- segnalazioni presentate da utenti interni ed esterni
- impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini
- esito di audit clinici
- gestione di non conformità/osservazioni derivate da audit interni o esterni all'azienda
- analisi dei disservizi reali o potenziali
- gestione di attivazione di azioni preventive, correttive e/o progetti di miglioramento in conseguenza delle criticità emerse

Comunicazione con gli utenti:

- aggiornamento Carta dei Servizi
- aggiornamento di strumenti informativi cartacei o online (ad esempio catalogo prestazioni, opuscoli informativi per preparazioni indagini diagnostiche, per ricovero, etc)
- coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari anche per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi

Comunicazione interna:

- frequenza dell'effettuazione di incontri periodici mono professionali e multiprofessionali
- Azioni conseguenti a suggerimenti provenienti dal gruppo professionale

Risk management:

- Esito dei controlli effettuati sulla qualità della documentazione sanitaria
- Analisi degli incidenti, infortuni avvenuti a carico degli operatori
- Gestione ed analisi degli eventi, near miss e eventi sentinella (es. cadute, episodi di violenza, incidenti rischio biologico, infezioni, ecc)
- Grado di utilizzo di check list di controllo (es. P79AUSLBO “Check-list per la verifica della identificazione del paziente, della identificazione del sito dell’intervento e della conferma dell’intervento”; completezza documentazione sanitaria) e risultati di monitoraggio
- Attivazione ed esito di strumenti proattivi per l’identificazione dei rischi (es FMEA- FMECA, strumenti aziendali)

Appropriatezza nella pratica professionale:

- protocolli di ricerca
- studi clinici
- sviluppo di linee guida
- iniziative finalizzate alla promozione e sviluppo di strumenti che favoriscono scelte professionali appropriate / buone pratiche professionali
- revisione dei protocolli diagnostici in collaborazione con i servizi che erogano prestazioni diagnostiche

Data la complessità dell’Azienda, al fine di garantire un efficace processo di verifica dei risultati ed attivazione del miglioramento continuo in tutti i contesti aziendali, il riesame della Direzione avviene a diversi livelli, in relazione all’assetto organizzativo definito:

- Riesame di Direzione Aziendale
- Riesame di articolazione organizzativa

Da questo consegue che gli elementi in ingresso e la gestione dei riesami/Verifica delle attività sono peculiari al contesto. L’esito del riesame effettuato a livello di articolazione organizzativa viene riportato al livello gerarchico superiore relativamente agli elementi di interesse trasversale al fine di assicurare una verifica strutturata ed integrata, a partire dalle articolazioni organizzative fino ad arrivare all’Alta Direzione.

1.5.4. Riesame della Direzione Aziendale

Il riesame a livello di Direzione Aziendale è orientato alla valutazione dello stato di avanzamento complessivo del Sistema di gestione della Qualità. Si basa sugli elementi forniti dagli attori responsabili di funzioni o processi trasversali ed impegnati al monitoraggio per il raggiungimento di obiettivi inerenti progetti ad ampia ricaduta gestionale.

L'Alta Direzione, attraverso lo staff di direzione aziendale, verifica periodicamente lo stato di avanzamento rispetto agli obiettivi definiti in sede di programmazione aziendale, relativamente a:

- Obiettivi inseriti nel processo di Budget
- Risultati emersi da indagini sulla qualità percepita dagli utenti
- I risultati degli audit interni, esterni e di autovalutazione relativi alle situazioni di impatto aziendale e/o strategico
- L'analisi delle segnalazioni (reclami, rilievi, suggerimenti) dei clienti/utenti
- Le azioni individuate a seguito di precedenti riesami
- Le modifiche alla struttura organizzativa che potrebbero avere effetti sul Sistema di gestione aziendale

L'Alta Direzione può coinvolgere il Collegio di Direzione Aziendale per l'assunzione di decisioni strategiche. I documenti che danno evidenza del processo di riesame aziendale sono: le verifiche trimestrali sullo stato di avanzamento degli obiettivi di budget, il *Bilancio di Esercizio*, il *Piano della performance* e il verbale di *Riesame del DATeR e del DASS*.

1.5.5. Riesame a livello di Dipartimento

Il Riesame della Direzione del Dipartimento viene effettuato con cadenza almeno annuale e ha come input principale gli elementi emersi dei singoli Riesami effettuati a livello delle articolazioni organizzative afferenti. L'analisi consiste nel portare a livello dipartimentale quegli elementi che, per responsabilità o estensione, devono essere affrontati dagli organi dipartimentali. A questo si aggiungono gli aspetti di responsabilità specifici di Dipartimento.

Al riesame, presieduto dal Direttore del Dipartimento, possono partecipare i Direttori delle UO, i Responsabili DATeR di pertinenza rispetto alla organizzazione assistenziale, i referenti Qualità di Dipartimento ed altri professionisti individuati dal Direttore di Dipartimento.

1.5.6. Riesame a livello di articolazione organizzativa

Ogni articolazione organizzativa ha definito in base alla propria peculiarità gli elementi in ingresso al Riesame, che comunque sono in linea con le indicazioni generali.

Sulla base dei dati forniti, la Direzione dell'articolazione organizzativa effettua le proprie valutazioni e considerazioni e assume decisioni in merito al miglioramento dell'efficacia del sistema e dei processi, al miglioramento dei servizi, alla eventuale richiesta di disporre di nuove risorse.

Dagli elementi in uscita può derivare la necessità di un confronto con il livello gerarchico sovraordinato: questo riguarda in particolare lo stato di avanzamento degli obiettivi assegnati attraverso la Programmazione aziendale annuale, ma anche altri elementi, che, per motivi di responsabilità e autorità, non possono essere gestiti all'interno dell'articolazione organizzativa.

2. **Criterio - Prestazioni e Servizi**

2.1. **La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e online)**

2.1.1. Comunicazione agli utenti delle garanzie e degli impegni assunti

CARTA DEI SERVIZI AZIENDALE

Il documento è pubblicato nel sito internet e intranet. Ogni Servizio, in un'ottica di attenzione al cliente e consapevole dell'importanza della comunicazione nel processo diagnostico-terapeutico-assistenziale, garantisce momenti strutturati di comunicazione tra gli operatori e i cittadini, nel rispetto della privacy e garantendo modalità informative complete, chiare e dirette. Ulteriori strumenti e modalità specifiche di comunicazione con l'utente, se necessari, vengono definiti all'interno delle singole articolazioni organizzative.

Tutte le garanzie della Carta dei Servizi sono pubblicate nel sito internet e intranet dell'Azienda e riportate in poster affissi nei corridoi o nelle sale di attesa di tutte le strutture.

La **Carta dei Servizi** rappresenta non solo uno strumento di comunicazione, ma un patto stabilito fra l'Azienda e i Cittadini. Nella Carta dei Servizi sono dichiarati garanzie ed impegni assunti nei confronti degli utenti, relativamente ai servizi erogati, l'accessibilità agli stessi ed altre informazioni di interesse specifico per gli utenti. Periodicamente l'Azienda verifica l'effettiva applicazione degli impegni dichiarati e ne aggiorna i contenuti in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi offerti.

L'attuale Carta dei Servizi, pubblicata nella veste aggiornata in novembre 2017, è costituita da:

- pubblicazione nel web internet e intranet aziendale di un sito "Carta dei Servizi"
- fogli informativi pubblicati su piattaforma informatica IAP, stampabili, specifici per reparto gestiti dalle singole Unità Operative con indicazioni ulteriori utili per l'accesso
- volume aziendale, stampabile, pubblicato su sito intranet e internet aziendale
- poster contenenti le garanzie per i cittadini affissi in tutte le sedi dell'azienda.
- Ogni pagina di tutte le sezioni del sito web è stampabile da pc.

In considerazione, infine, della peculiarità di alcune strutture (o per estensione di attività ad Area metropolitana, o per evoluzione organizzativa in corso o per tipologia di attività non facilmente assimilabile ad altre) sono presenti le Carte relative a: IRCCS-ISNB, SIMT AMBO, LUM, Centri Dialisi, MMG e PDLS, Area Cure intermedia (tutte queste sono comunque pubblicate nel sito aziendale) e per le persone detenute nella casa circondariale per adulti (carcere Dozza).

Da alcuni anni inoltre l'Azienda è impegnata nella realizzazione di specifici **Opuscoli** rivolti a pazienti/caregiver di PDTA. Ogni opuscolo è impostato secondo la logica della Carta dei Servizi e viene elaborato in Azienda con la stessa metodologia. La redazione è affidata ai professionisti coinvolti nel PDTA con il supporto metodologico di alcune funzioni dello staff (Qualità, Governo clinico, Comunicazione) e la collaborazione di rappresentanti di utenti (Associazioni specifiche per patologia) con i quali vengono condivise anche le garanzie che l'Azienda si impegna a mantenere nei loro confronti.

COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI

L'Azienda favorisce e facilita il coinvolgimento di cittadini e organizzazioni di volontariato attraverso i **Comitati Consultivi Misti (CCM)** e il **Comitato Utenti, Familiari, Operatori** (CUFO, specifico per il Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche). In Azienda sono stati costituiti, previo apposito bando, un coordinamento aziendale dei CCM e sei CCM distrettuali, ognuno dei quali si riunisce mensilmente. Il CCM, previsto dal D.L. 502/93 e dalla L.R. 19/94 ufficializzato con delibera n° 168 del 7/7/05, è un organo consultivo, costituito da cittadini rappresentanti di associazioni di volontariato e da rappresentanti dell'Azienda, dell'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni col Cittadino, del DATeR e un rappresentante dei Distretti.

La sua attività è definita da uno specifico regolamento aziendale. In particolare, nell'ambito delle proprie funzioni, ai sensi della D.G.R. 320/00, i CCM hanno il compito di verificare il grado di coinvolgimento delle Aziende nel miglioramento dei servizi e della qualità della comunicazione col cittadino per quanto concerne:

- percorsi di monitoraggio di requisiti di interesse per i cittadini attraverso l'attuazione di metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell'utente in collaborazione con l'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni col Cittadino.
- Le iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza possono far parte di progetti promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, da AGENAS e altri enti di livello Nazionale o internazionale.
- Iniziative di educazione e promozione della salute e di protezione dal rischio;
- l'attuazione delle proposte di miglioramento conseguenti l'analisi e la valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell'utente;
- l'aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale e il mantenimento degli impegni assunti dall'Azienda nella Carta dei Servizi.
- il coinvolgimento nell'elaborazione del Piano per la Salute nella fase di raccolta della percezione dei problemi di salute più rilevanti all'interno del contesto urbano.

Il CUFO-SM, come da suo regolamento, è un organismo di partecipazione dei cittadini nell'area della Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, opera nell'ambito del Dipartimento Salute Mentale- Dipendenze Patologiche e svolge le seguenti funzioni:

- collaborazione con i CCM per il controllo della qualità dei servizi sanitari dal lato dell'utente e attività e prestazioni erogate;
- pareri sulle scelte organizzative del DSM-DP;
- monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza;
- collaborazione con l'AUSL e con i Distretti per la co-progettazione ed attuazione di progetti di sussidiarietà finalizzati al miglioramento della condizione degli utenti e delle famiglie, nell'ambito della realizzazione del Piano Socio-sanitario a livello locale.
- raccordo con il Comitato Consultivo Misto Aziendale (CCMA) e con i Comitati Consultivi Misti di Distretto (CCM di Distretto).

L'Azienda inoltre collabora attivamente ai vari livelli con Associazioni di pazienti e utenti regolarmente iscritte al registro regionale del volontariato, stipulando con esse accordi/convenzioni. A titolo di esempio, si ricorda l'attiva partecipazione del SIMT AMBO alle campagne di promozione delle donazioni in stretta collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue.

2.2. La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali

L'Azienda USL di Bologna, per soddisfare il mandato istituzionale di promozione e tutela della salute - individuale e collettiva - della popolazione di riferimento, ha definito i processi di realizzazione del servizio e i relativi processi di supporto.

I processi possono essere realizzati mediante:

Prestazioni ambulatoriali/distrettuali:

- specialistica
- day service
- diagnostica
- di base
- assistenza domiciliare
- di consultorio
- pediatrica

Prestazioni in regime di ricovero:

- Ricovero Ordinario
- Programmato
- Urgente

Trattamento Sanitario Obbligatorio

Trattamento Sanitario Volontario

Ricovero in Day Hospital / Day Surgery

Prestazioni per la tutela della salute in ambito di vita e di lavoro

Attività di vigilanza, ispezione e controllo

Attività ambulatoriale

Rilascio pareri, certificazioni, autorizzazioni

Attività di informazione, formazione, educazione

Attività per la educazione sanitaria e promozione della salute individuale e collettiva.

Oltre ai processi di supporto, nella realizzazione delle attività cliniche intervengono:

- Informazione e acquisizione del consenso
- Gestione della documentazione clinica (intesa anche come modalità di registrazione del processo)
- Gestione farmaci, presidi medico-chirurgici, prodotti galenici, diagnostici
- Trasporti
- Processi alberghieri.

2.2.1. Pianificazione della realizzazione del prodotto sanitario

La pianificazione dei processi di erogazione delle prestazioni di tipo sanitario segue logiche coerenti con la complessità dell'Azienda e dei processi assistenziali. I presupposti per la pianificazione sono la necessità di individuazione di margini di standardizzazione od omogeneizzazione, per garantire il massimo di trasparenza, equità, efficacia, appropriatezza ed efficienza. L'elemento da cui non si può prescindere nella pianificazione dei processi di tipo sanitario è lo sviluppo e la garanzia delle professionalità ovvero della *clinical competence* degli operatori responsabili dell'erogazione del servizio.

Le modalità di definizione sia dei processi/attività di prevenzione, sia dei percorsi diagnostico - terapeutico – assistenziali-riabilitativi sono improntate alla condivisione a livello multidisciplinare e all'individuazione di possibilità di omogeneizzazione degli approcci nelle singole situazioni cliniche.

In questa ottica la pianificazione segue i principi di Governo clinico, che trova la sua concreta applicazione nella definizione delle caratteristiche di qualità e Standard di Servizio. L'analisi e la pianificazione dei processi vede l'intrecciarsi tra le modalità di erogazione delle prestazioni e i percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali relativi a specifiche patologie o quadri patologici come descritto nei paragrafi seguenti.

2.2.2. Integrazione socio-sanitaria

L'Azienda USL di Bologna assicura il pieno esercizio della funzione di integrazione socio-sanitaria con l'attività dei Dipartimenti coinvolti e attribuendo il presidio di tale competenza alla Direzione Attività Socio-Sanitarie (DASS), 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. Con deliberazione n. 208 del 10/07/2015 si riconfigurano il Distretto ed il ruolo del Direttore di Distretto nella loro funzione di committenza e garanzia. Nello stesso atto si attribuisce alla UASS, in rapporto di dipendenza funzionale dal Distretto (gestionale dal Direttore del DASS), il compito di collaborare "con il Direttore di Distretto nella gestione delle attività afferenti al FRNA/FNA, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria a livello organizzativo e professionale e la qualificazione della rete dell'offerta, con particolare riferimento al processo dell'accreditamento dei servizi socio-sanitari". A livello aziendale la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie collabora con la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana di Bologna (CTSSM) nel coordinamento dell'Ufficio di Supporto di Area Metropolitana, coinvolgendo i Dipartimenti sanitari di volta in volta competenti nella relazione con gli Uffici di Piano, gli Enti Locali e la rete dei Gestori dei servizi socio-sanitari (accreditati e non). Rispetto a quanto richiesto dalla Programmazione regionale, l'Azienda assicura:

- il monitoraggio e il corretto utilizzo di FRNA-FNA e FSR. In ambito aziendale è posta particolare cura nella realizzazione di attività mirate al monitoraggio dei costi, al loro appropriato utilizzo in termini amministrativo/contabili ed alla massima omogeneizzazione dei rapporti con i Gestori accreditati;
- il risultato economico positivo della gestione FRNA in tutti i territori;
- l'attuazione del programma delle gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004) da parte delle Unità di Valutazione Multidisciplinare Gravi Disabilità (UVM GRAD) distrettuali composte da professionisti dell'area socio-sanitaria, della riabilitazione e delle cure primarie;
- l'accesso ai servizi socio-sanitari accreditati per anziani e disabili secondo criteri condivisi;
- lo sviluppo di progetti per interventi a bassa soglia per anziani e disabili in particolare per le persone affette da demenze e loro familiari ed il contrasto dell'isolamento e della solitudine;
- il potenziamento di percorsi d'integrazione, finalizzati alla diagnosi e alla cura delle persone con demenza nonché 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 PDTA demenze come previsto dalle linee di indirizzo nazionali (C.U. Stato Regioni del 26/10/2017).

La verifica in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, che è attuata sia attraverso i Contratti di Servizio con Gestori presenti sul territorio aziendale, sia attraverso gli organismi di verifica e controllo preposti. All'attività di valutazione dei requisiti necessari ai fini del rilascio/rinnovo dell'accreditamento, svolta dall'Organismo Tecnico di Ambito Provinciale (OTAP), si aggiunge quella di ulteriori commissioni di livello distrettuale che assicurano il monitoraggio sulla corretta applicazione dei contratti di servizio e l'accompagnamento nella promozione del miglioramento della qualità dei servizi (quali ad esempio percorsi di audit socio-sanitari sulle tematiche della appropriatezza farmacologica, della "s-contenzione" e della gestione del "comportamento problema").

- Il monitoraggio delle attività previste per l'implementazione e l'aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie.
- Il controllo sulle case famiglia presenti nel territorio di competenza.
- La fornitura e/o il rimborso delle attività sanitarie ai servizi socio-sanitari accreditati, nell'ambito dei contratti di servizio definiti con gli stessi. In tale ambito, recependo e attuando le linee regionali in materia, sono definite le prestazioni sanitarie (infermieristiche e riabilitative) erogate dall'Azienda.
- L'applicazione del DPCM del 12 gennaio 2017 (nuovi LEA) per l'area socio-sanitaria e l'attuazione delle relative indicazioni regionali: sono stati garantiti continuità e sviluppo al progetto di Dimissione protetta domiciliare già presente in tutti i Distretti.
- La programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della L. R. 2/2014, attivando, nel corso del 2017 l'Azienda USL di Bologna alcune attività mirate alla disseminazione della sensibilità di assistenza e cura in favore dei caregiver.
- L'istituzione del gruppo di lavoro sul progetto DAMA (percorsi di accesso facilitati ai servizi sanitari per le persone con disabilità), coordinato dalla Responsabile del Programma integrato disabilità e salute, che ha adeguato il protocollo di accesso al Pronto Soccorso, già adottato dall'Azienda per l'Ospedale Maggiore.
- L'integrazione socio-sanitaria nell'area minori tra Azienda USL ed Enti Locali per garantire l'attuazione alla direttiva regionale DGR 1102/2014, come dettagliato nel documento "Note relative alla attuazione della DGR 1102/2014 sulla integrazione socio-sanitaria area minori - Azienda USL di Bologna" relativo alle modalità di applicazione della direttiva regionale ed in particolare alla definizione dei criteri di classificazione delle tre tipologie di "caso complesso" (disabilità accertata, problematiche psicopatologiche, vittime di maltrattamento e abuso).

2.3. L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza

Vedi paragrafi relativi ai PDTA\reti\continuità ospedale territorio.

2.3.1. Trasporto sicuro del paziente

Dal 2017 è attiva la funzione di interoperatività delle centrali 118 tra le Aziende Romagna e AOU Parma, raggiunta tramite la condivisione di procedure operative, la definizione di strategie organizzative di elevata complessità e l'utilizzo di tecnologia avanzata. Alcuni elementi tenuti in considerazione per garantire il trasporto sicuro degli utenti sono:

- disponibilità di mezzi di trasporto che consentano la copertura delle aree interessate dalla riorganizzazione dei punti nascita e dotati di equipe con competenze avanzate;
- la centralizzazione agli ospedali HUB di riferimento per tutti i pazienti con patologie tempo dipendenti (trauma, STEMI, Stroke) per ridurre i tempi di arrivo.

Implementazione attività Elisoccorso anche nelle fasce orarie notturne.

2.4. L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico-assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver.

2.4.1. Audit interni

Al fine di verificare costantemente l'attuazione, l'adeguatezza e l'efficacia del SGQ dell'Azienda, l'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino gestisce un programma annuale di audit Interni, approvato dalla Direzione aziendale. Il processo di audit è esteso a vari modelli di approccio allo sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità, essendo considerato uno strumento fondamentale per promuovere il Miglioramento Continuo dei processi aziendali e dei servizi erogati. Il processo di audit prende quindi in considerazione, a livello integrato, i requisiti richiesti dalla norma ISO 9001:2015, dalla norma UNI EN ISO IEC 27001/2017 e dall'Accreditamento Regionale, compreso gli indirizzi di Governo Clinico, nonché i requisiti formulati dall'Ente di Certificazione in merito alla certificazione volontaria dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali-riabilitativi e dalle linee guida del Centro Nazionale Trapianti per la Banca delle Cornee.

Il processo prevede una programmazione complessiva - che indica le articolazioni, la tempistica, l'oggetto, l'obiettivo e il team di verifica - una pianificazione dettagliata dei singoli audit relativi alle articolazioni aziendali,

l'esecuzione e la stesura di un rapporto finale (rapporto di audit). Per la pianificazione, l'esecuzione e la rendicontazione degli audit l'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino si avvale di professionisti adeguatamente formati sia all'interno, sia all'esterno dell'Azienda la cui esperienza è tenuta in considerazione nella costituzione dei team di audit. Il processo degli audit interni segue le indicazioni definite nella relativa procedura aziendale P014AUSLBO. In particolare, lo stato di avanzamento relativo all'implementazione dei PDTA definiti per le specifiche popolazioni target viene verificato dal Direttore dell'UO Governo Clinico e sistema qualità, che si avvale di professionisti dell'Azienda esperti sul tema.

I risultati degli Audit interni sono verbalizzati e lo stato di applicazione del sistema è valutato anche in sede di riesame della Direzione/verifica delle attività. I report dell'audit sono portati a conoscenza delle funzioni intervistate; le eventuali Non Conformità riscontrate sono discusse direttamente con i Responsabili dei processi oggetto di visita e sono oggetto di azioni di miglioramento specifiche.

2.4.2. Indagini di qualità percepita

L'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino programma annualmente quali indagini di qualità percepita realizzare in base alla procedura aziendale P013AUSLBO "Attivazione e realizzazione delle indagini di qualità percepita". Le rilevazioni sono rivolte agli utenti coinvolti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) e/o a utenti di singoli servizi/prestazioni. Gli esiti delle indagini concorrono alla elaborazione di indicatori di valutazione dal punto di vista degli utenti e vengono utilizzati per avviare percorsi di miglioramento che coinvolgano tutti gli attori aziendali interessati di volta in volta dai singoli percorsi assistenziali.

2.5. **L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.**

REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE

Il Sistema di Gestione per la Qualità dell'Azienda è supportato da un sistema documentale che comprende:

- Documento di istituzione dell'Azienda: Atto Aziendale
- Regolamento di Organizzazione Aziendale, che definisce l'organizzazione e le Responsabilità all'interno dell'Azienda
- Manuale Qualità aziendale, che descrive il Sistema di Gestione per la Qualità dell'Azienda
- Documenti che individuano gli obiettivi annuali: schede di budget "Obiettivi di innovazione sviluppo" (che riportano gli obiettivi declinati a diversi livelli dell'organizzazione).
- Piano della Performance

- Bilancio di Esercizio
- Piano per l'anticorruzione privacy
- Piano per l'equità
- Piano programma per la gestione del Rischio
- altri documenti a valenza strategica.

Alla documentazione di tipo strategico si aggiungono documenti operativi, gestionali e di garanzia, che indirizzano e supportano l'Azienda e le sue articolazioni nel funzionamento e nel raggiungimento degli obiettivi. Tale sistema documentale può avere valenza più o meno trasversale. Di conseguenza si possono distinguere vari livelli:

AZIENDALE

- Regolamenti, Manuali, Procedure e Istruzioni Operative Aziendali, che hanno l'obiettivo di descrivere a livello aziendale processi e attività, elaborate da una o più articolazioni organizzative
- Atti di indirizzo e Sussidi, utili come guida per lo sviluppo di tematiche o per la formazione su metodi e strumenti relativi, ad esempio, a Qualità, Governo clinico e Gestione del rischio
- Documenti relativi ai Percorsi diagnostico - terapeutico – assistenziali- riabilitativi, trasversali a più Dipartimenti dell'Azienda
- Carta dei Servizi Aziendale

DI DIPARTIMENTO

- Manuale Accredimento di Dipartimento, che descrive il Dipartimento e come esso gestisce e dà evidenza di ogni elemento di sistema del Modello regionale di Accredimento
- Procedure e Istruzioni Operative trasversali a più articolazioni organizzative del Dipartimento

DI UNITÀ OPERATIVA/UNITÀ ASSISTENZIALE

- Piano organizzativo, che descrive l'articolazione organizzativa in termini di organizzazione, funzionamento e interfacce
- Guida alle Prestazioni, inteso come documento di interfaccia con clienti interni ed esterni
- Procedure e Istruzioni Operative

Ai documenti di cui sopra si aggiungono documenti di origine esterna, gestiti con modalità specifiche dai singoli contesti dove essi trovano applicazione.

Il sistema di registrazione necessario per l'efficace pianificazione e controllo dei processi è garantito attraverso sistemi differenziati che utilizzano supporti cartacei o informatizzati.

La modalità di gestione, archiviazione e conservazione sono definite in diversi documenti, compreso la procedura aziendale P011AUSLBO "Gestione della Documentazione e delle RegISTRAZIONI del Sistema di Gestione per la Qualità.

La gestione dei flussi documentali è garantita dall'UO Affari Generali e Legali che pubblica nella sezione intranet i documenti di riferimento quali "Manuale di gestione documentale" e suoi aggiornamenti, il Massimario e le modalità operative per il procedimento di scarto.

Per la gestione dell'archivio digitale e la gestione documentale corrente è attivo il sistema software BABEL composto dagli applicativi dei principali flussi documentali amministrativi (protocollo, delibere, determine) e un set di strumenti di supporto (scrivania, gestione PEC, rubrica). Per facilitarne l'utilizzo e per mantenere aggiornati gli utilizzatori sull'evoluzione delle funzioni che sono progressivamente implementate, nella sezione intranet <https://babelman.ausl.bologna.it/> sono pubblicati tutorial, news, e manuali d'uso.

Gli studi clinici sono oggetto di apposita regolamentazione attraverso la procedura Aziendale P25AUSLBO "Gestione studi clinici" che definisce modalità e responsabilità dalla richiesta di autorizzazione al monitoraggio incluse le fasi di progettazione e di pianificazione, la proposta, l'approvazione, la conduzione.

La procedura definisce inoltre modalità e responsabilità degli aspetti economici connessi all'attività di ricerca e la loro gestione amministrativa contabile.

La **gestione della documentazione sanitaria** è soggetta a descrizione specifica contenuta in appositi Regolamenti (es. "Regolamento gestione della documentazione sanitaria, socio-sanitaria") e procedure/istruzioni operative aziendali che hanno lo scopo di garantire la regolare registrazione del percorso di cura dell'utente da parte dei professionisti abilitati alla sua compilazione. Il monitoraggio della corretta tenuta della documentazione sanitaria è effettuato con apposite check di controllo sia in autovalutazione sia durante audit interni ovvero, in caso supporto informatico, attraverso alert di notifica di non conformità. I report delle rilevazioni costituiscono uno degli elementi in ingresso del documento di Verifica delle attività stilato annualmente dalle articolazioni organizzative. Nel caso si siano evidenziati elementi critici, le Direzioni danno l'avvio ad azioni di miglioramento formalizzate.

3. Criterio – Aspetti strutturali

L'Azienda, consapevole dell'importanza che assumono le infrastrutture nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, cura la gestione di immobili, impianti, tecnologie sanitarie e sistemi informatici. La responsabilità e quindi la gestione dei processi necessari per garantire la funzionalità delle infrastrutture immobiliari e le tecnologie informatiche e di rete sono in capo al Dipartimento Tecnico - Patrimoniale e alle UU.OO. afferenti, mentre le tecnologie sanitarie sono governate dall'UO Ingegneria Clinica che opera in staff alla Direzione Aziendale.

3.1. La direzione garantisce l' idoneità all'uso delle strutture.

Gli ambienti, le strutture e gli impianti annessi, dove si esercita l'attività professionale e dove accedono gli utenti sono soggette ai processi autorizzativi. I documenti che attestano l'evidenza della verifica dei requisiti strutturali e gli atti autorizzativi sono conservati presso l'UO Progettazione e Sviluppo edilizio e Patrimonio del Dipartimento Tecnico-Patrimoniale dell'Azienda, mentre il coordinamento dell'avvio delle pratiche da avviare ai Comuni di pertinenza è effettuato dall'UO Servizio Prevenzione e Protezione.

La realizzazione di nuovi edifici o l'ampliamento/ristrutturazione degli esistenti nonché la manutenzione degli immobili dell'Azienda sono garantiti dal Dipartimento Tecnico - Patrimoniale anche utilizzando appositi contratti in outsourcing attraverso:

- la programmazione degli interventi di nuove realizzazioni, delle ristrutturazioni e delle manutenzioni e relativa definizione delle risorse economiche e umane necessarie. Tale processo avviene mediante interfaccia con la Direzione Aziendale, i Dipartimenti e l'UO Controllo di gestione e Flussi informativi al fine di una corretta analisi delle necessità e della definizione del piano degli investimenti.
- la progettazione tecnica degli interventi programmati, mediante risorse interne o attraverso convenzioni con professionisti esterni con verifica e validazione dei progetti, al fine di assicurare la conformità alla normativa vigente, agli standard tecnici e a quanto programmato
- la gestione degli appalti per la realizzazione delle opere, per l'affidamento delle manutenzioni e per l'affidamento di prestazioni professionali
- la Direzione dei Lavori e il Collaudo delle opere, sia mediante personale interno, sia attraverso convenzioni con professionisti esterni. I collaudi vengono sottoposti a verifica e approvazione da parte del Dipartimento Tecnico-Patrimoniale
- la gestione tecnico amministrativa e l'esecuzione delle manutenzioni al fine del mantenimento in

efficienza delle strutture edilizie e degli impianti. La gestione della manutenzione comprende l'individuazione dei criteri e modalità per la programmazione, l'esecuzione, la registrazione e il monitoraggio degli interventi al fine di riportare edifici ed impianti alle condizioni di uso funzionale e sicuro (manutenzione correttiva) e di ridurre la probabilità di guasto o il degrado delle prestazioni degli impianti o delle strutture (manutenzione preventiva). Il Dipartimento Tecnico-Patrimoniale si avvale sia di personale interno sia di fornitori esterni per le verifiche periodiche di sicurezza, e per la manutenzione preventiva e correttiva. Sia il processo in *outsourcing* sia le attività svolte internamente, vengono costantemente monitorate. Propedeutico alla programmazione ed esecuzione delle manutenzioni è il rilievo completo di strutture ed impianti. Lo stato di fatto viene costantemente aggiornato. Le registrazioni relative al processo di manutenzione sono gestite attraverso database informatici che riportano tutti gli interventi manutentivi eseguiti nelle strutture e sugli impianti e le informazioni relative.

- la pianificazione, l'esecuzione ed il monitoraggio delle verifiche di sicurezza, in collaborazione con l'UO Servizio Prevenzione e Protezione al fine di mantenere lo stato di sicurezza di strutture ed impianti e prevenire o limitare i rischi connessi nell'utilizzo degli immobili.
- la costante verifica della rispondenza a quanto previsto dalla normativa vigente, ivi compresa quella prevista per l'Autorizzazione delle Strutture sanitarie, per quanto di competenza.

Nella gestione e manutenzione degli immobili ed impianti il Dipartimento Tecnico- Patrimoniale si interfaccia costantemente con le Unità Operative e le strutture coinvolte. Le modalità di gestione di tali interfacce sono descritte in procedure specifiche interne alla struttura stessa.

Si ricorda inoltre il ruolo svolto dalla Commissione degli Esperti (ex Legge Regionale 34/1998) presente nel Dipartimento Sanità Pubblica per la verifica dei requisiti per il rilascio/mantenimento dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e l'aggiornamento costante dell'anagrafe delle strutture autorizzate.

3.2. La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni.

3.2.1. Le Tecnologie Sanitarie

La gestione tecnica e organizzativa delle apparecchiature biomediche è assegnata all'UO Ingegneria Clinica che svolge il ruolo di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico delle Apparecchiature Biomediche (AB) in uso

presso le strutture sanitarie di competenza appartenenti alla AUSLBO, o presso strutture di altre Aziende dell'Area Metropolitana oggetto di specifico atto di riorganizzazione. Tale mission si concretizza attraverso:

- analisi del fabbisogno per la definizione del piano investimenti annuale delle apparecchiature biomediche da proporre alla Direzione
- definizione delle schede/capitolati tecnici e valutazione tecnica delle offerte con il coinvolgimento delle Unità Operative (al fine di garantire una corretta analisi delle necessità) e di altre UU. OO trasversali per pareri di competenza (Servizio Prevenzione Protezione, Fisica Sanitaria, etc.); tali attività prevedono una costante interfaccia con Il Servizio Acquisti Metropolitan per lo svolgimento delle gare
- esecuzione dei collaudi in accettazione
- gestione dell'inventario tecnico (inventariazione e fuori uso)
- garanzia dello stato di sicurezza attraverso la pianificazione, l'esecuzione e il monitoraggio delle verifiche di sicurezza al fine di prevenire o limitare i rischi di natura elettrica nell'utilizzo delle apparecchiature biomediche
- garanzia del mantenimento in efficienza delle apparecchiature biomediche attraverso una gestione tecnico/amministrativa delle manutenzioni correttive e preventive. La manutenzione correttiva comprende l'individuazione di criteri e modalità di gestione e monitoraggio delle attività di riparazione con la finalità di ripristinare le condizioni di funzionalità preesistenti. La manutenzione preventiva comprende l'individuazione di criteri e modalità per la programmazione, l'esecuzione, la registrazione e il monitoraggio delle manutenzioni preventive al fine di ridurre la probabilità di guasto o il degrado delle prestazioni delle apparecchiature biomediche. Per garantire l'efficacia di questo processo L'UO Ingegneria Clinica si avvale della collaborazione delle UU.OO. coinvolte. Essa attiva inoltre fornitori esterni per effettuare le verifiche periodiche di sicurezza, per la manutenzione correttive e la manutenzione preventiva. Questo implica un costante monitoraggio del processo in *outsourcing*.

Le responsabilità assegnate alle singole Unità Operative consistono nella manutenzione autonoma e nella segnalazione, in coerenza con le indicazioni fornite dall'UO Ingegneria Clinica, delle situazioni di guasto o di cattivo funzionamento.

Inoltre rientra tra le responsabilità delle UU.OO. garantire la formazione del personale al corretto utilizzo e alla corretta manutenzione autonoma avvalendosi della formazione assicurata dalle ditte fornitrici in fase di collaudo e attraverso la consultazione della documentazione a corredo della fornitura (manuali d'uso in lingua italiana).

Le registrazioni relative alle attività tecniche svolte sulle apparecchiature biomediche sono gestite dall'UO Ingegneria Clinica attraverso l'aggiornamento di un database che riporta gli interventi di manutenzione correttiva/preventiva e di verifica di sicurezza elettrica eseguiti sulle apparecchiature di proprietà che vengono identificate in modo univoco attraverso il numero di inventario. Responsabilità delle UU.OO. è di trasmettere con sollecitudine all'UO Ingegneria Clinica la documentazione attestante l'esecuzione di interventi da parte di ditte terze affinché il database sopra citato possa essere aggiornato.

Per quel che riguarda le apparecchiature non di proprietà (service, noleggi, etc.) l'UO Ingegneria Clinica effettua solo la registrazione delle attività trasmesse dalle UU.OO., mentre la programmazione è gestita dalle Aziende produttrici in accordo diretto con le UU.OO. in coerenza con i capitolati tecnici delle Gare d'appalto e dei Manuali d'istruzione.

Nella sezione intranet https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dg/serv_ic sono visibili:

- le **procedure** di riferimento per le varie fasi dei processi governati dall'UO ingegneria Clinica (acquisti, manutenzione preventiva e correttiva, donazioni, collaudi, verifiche di sicurezza, fuori uso).
- i **Manuali delle Apparecchiature Biomediche**: nel sito è riportato il link dal quale è possibile accedere allo strumento che assicura ai dipendenti della Azienda la consultazione dei manuali d'uso delle apparecchiature biomediche conservati presso l'Ingegneria Clinica. Tali manuali costituiscono lo strumento essenziale per gli utilizzatori in quanto contengono le informazioni necessarie per un utilizzo corretto e sicuro delle stesse, come previsto dalla direttiva sui dispositivi medici, le norme sull'autorizzazione e accreditamento e sulla sicurezza dei lavoratori.
- l'**Elenco Apparecchiature Biomediche**: nel sito è pubblicato il link dal quale è possibile accedere all'elenco delle apparecchiature biomediche (inventario tecnico) che risultano in uso presso le varie articolazioni aziendali e per le quali viene garantita la gestione (valutazione fabbisogni rinnovi, manutenzione su guasto e controlli periodici-verifiche di sicurezza secondo i protocolli aziendali). L'inventario tecnico è considerato la base informativa essenziale per una gestione corretta, sicura ed efficiente delle tecnologie. La pubblicizzazione dell'elenco delle AB consente di raccogliere dagli utilizzatori eventuali difformità tra banca dati tecnologica e ciò che è realmente attribuito.

Nella logica di incrementare la protezione della salute e sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori l'UO Ingegneria Clinica ha nominato il RAV (Referente Aziendale per la Vigilanza sui Dispositivi Medici e Dispositivi Medico-Diagnostici in Vitro) come previsto dalla normativa vigente.

3.2.2. Le Tecnologie Informatiche e di rete

La gestione tecnica e organizzativa delle tecnologie informatiche e di rete è garantita dall'UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione e si concretizza attraverso:

programmazione delle acquisizioni previste in budget, definizione delle schede e capitolati tecnici e valutazione delle offerte per la costruzione e gestione del sistema informativo aziendale. La programmazione delle acquisizioni degli Hardware, Software e reti prevede una costante interfaccia con le Unità Operative e il Servizio Acquisti Metropolitan e l'UO Controllo di gestione e Flussi informativi, al fine di una corretta analisi delle necessità e delle richieste per la definizione del budget investimenti

pianificazione e realizzazione dei progetti inerenti l'introduzione di tecnologie per la gestione delle informazioni (hardware, software, reti)

definizione dell'architettura tecnologica e dei relativi standard in conformità con le disposizioni/raccomandazioni dell'“Autorità per l'Informatica” per garantire la sicurezza dei sistemi di elaborazione dei dati e della rete informatica (antivirus, firewall, router, password, ecc.)

garanzia del mantenimento in efficienza delle apparecchiature tecnologie informatiche e di rete attraverso una gestione tecnico/amministrativa delle manutenzioni correttive e preventive. La manutenzione correttiva comprende l'individuazione di criteri e modalità per l'esecuzione ed il monitoraggio delle stesse al fine di riportare le tecnologie informatiche e di rete nelle condizioni di uso funzionale e sicuro, previste dal Produttore. La manutenzione preventiva comprende l'individuazione di criteri e modalità per la programmazione, esecuzione, registrazione e monitoraggio delle manutenzioni preventive al fine di ridurre la probabilità di guasto o il degrado delle prestazioni delle tecnologie informatiche e di rete.

L' UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione si avvale di fornitori esterni per parte delle verifiche periodiche di sicurezza, per la manutenzione correttiva e la manutenzione preventiva. Questo implica un costante monitoraggio del processo in *outsourcing*.

L' UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione si interfaccia costantemente con i Dipartimenti e le Unità Operative dell'Azienda: le modalità di attivazione del servizio di assistenza per le apparecchiature informatiche sono descritte e rese note a tutti attraverso il Regolamento per l'utilizzo dei servizi informatici aziendali.

Altri strumenti di lavoro (quali ad esempio automobili, ambulanze) sono oggetto di regolamentazione specifica in carico alle articolazioni organizzative che ne assicurano la corretta gestione.

4. Criterio - Competenza del Personale

4.1. L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.

4.1.1. Risorse umane

L'Azienda USL di Bologna è una realtà ad elevata complessità gestionale, di ampie dimensioni e le cui le professionalità presenti costituiscono l'elemento caratterizzante. Il numero di dipendenti dell'Azienda USL di Bologna al 31/12/2018 è pari a 8204 unità. Al personale dipendente si aggiungono gli universitari, le persone con contratti atipici, i MMG ed i PLS, i medici specialisti ambulatoriali, di continuità assistenziale e del territorio e le unità con altre tipologie di convenzione il totale sale a più di 9600 persone.

Sono oggetto di analisi il fenomeno dell'assenteismo, la giacenza di ferie non fruite, le tipologie di inidoneità alla mansione temporanea e permanente, la femminilizzazione dei medici e non ultima la demografia del personale dipendente che evidenzia un progressivo invecchiamento degli organici. Tali elementi sono utili per la riprogettazione di nuovi strumenti di gestione del personale, valutazione, carriere e retribuzione. L'Azienda è consapevole dell'importanza del valore delle persone che lavorano al suo interno, in quanto impegnate nella erogazione di servizi di tipo sanitario quindi ad alto impatto sulla soddisfazione dei cittadini/utenti.

Da ciò deriva un impegno continuo nello sviluppo sia delle competenze (attraverso un'attenta selezione, programmi di addestramento, piani di formazione e aggiornamento), sia della valorizzazione dei singoli per promuovere la motivazione generale del personale e la consapevolezza individuale.

La sinergia di diverse funzioni aziendali garantisce:

- la progettazione e lo sviluppo delle politiche aziendali e la realizzazione del piano strategico della formazione e dell'aggiornamento del personale, in linea con le indicazioni legislative nazionali, regionali e con il sistema ECM per l'attribuzione di crediti formativi
- la corretta individuazione dei fabbisogni formativi e delle relative priorità attraverso il coinvolgimento dei referenti dipartimentali della Formazione e la condivisione di modelli metodologici, al fine di una programmazione annuale utile allo sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti, in linea con gli obiettivi strategici aziendali
- realizzazione di corsi di formazione attraverso la progettazione, nonché mediante l'impiego di formatori esterni

- costruzione e implementazione di sistemi premianti basati su specifici criteri e metodologie
- stesura del piano annuale della formazione per i singoli Dipartimenti e Staff.

4.1.2. Competenza, consapevolezza e addestramento

La definizione delle competenze dei singoli profili professionali al momento della selezione e dell'assunzione sono guidati dalle disposizioni legislative che fanno preciso riferimento alle modalità operative e ai requisiti di conoscenza previsti.

L'Azienda Usl di Bologna, consapevole anche degli aspetti motivazionali che si legano alla formazione, investe, non solo economicamente, nella preparazione dei propri professionisti a partire da coloro che, neo assunti o neo inseriti, devono assorbire le competenze e la "cultura" di questa organizzazione.

Nello specifico, quindi, ogni Direzione di struttura complessa compone il proprio patrimonio di competenze, individuando le professionalità necessarie e determinandone il livello che ritiene imprescindibile possedere per la tipologia di attività svolta. Periodicamente attribuisce/rivaluta, condividendolo con l'interessato, il grado di competenza posseduta secondo i 4 livelli di clinical competence previsti dal modello di accreditamento.

Il Direttore della Struttura dispone così del quadro completo dei livelli di competenza posseduti dal personale e ne può curare il mantenimento e lo sviluppo.

Anche per il personale che afferisce alla Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa (DATeR) il percorso è il medesimo: la responsabilità del mantenimento e dell'accrescimento delle competenze del collaboratore è affidata al Coordinatore di UA, il quale cura anche l'inserimento delle nuove unità e definisce, secondo le indicazioni della procedura aziendale (P032AUSLBO), il piano di inserimento del nuovo personale

Le modalità di individuazione delle necessità formative, la successiva fase di analisi e la formulazione del piano formativo da presentare nell'ambito della Programmazione aziendale annuale tengono conto sia delle necessità di competenze richieste per lo svolgimento delle attività specifiche all'interno delle singole UU.OO., sia delle competenze esplicitate nelle singole schede personali e degli obiettivi strategici definiti nell'ambito del processo di programmazione degli obiettivi negli specifici documenti.

Le modalità di gestione in termini di richiesta, negoziazione, modalità di partecipazione e attivazione delle iniziative formative, vengono effettuate secondo quanto descritto nelle procedure dell'UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione.

Oltre alla partecipazione a iniziative formative, i singoli Dipartimenti e le articolazioni organizzative possono

organizzare eventi formativi interni o partecipare ad eventi esterni all'Azienda, secondo le modalità indicate dall'UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione.

Le modalità di gestione e le responsabilità nell'ambito della formazione sono definite nelle procedure dell'area Formazione e diffuse attraverso la intranet aziendale in modo che siano accessibili a tutti gli operatori e professionisti operanti.

In sanità, soprattutto fra coloro che operano in contesti caratterizzati da un rapido mutamento del sapere e delle tecnologie, l'autoformazione rappresenta una strategia fondamentale per attivare nei professionisti processi di riflessione sul proprio agire.

L'introduzione nei processi sanitari di tecnologie strumentali sempre più sofisticate richiede un addestramento dei singoli professionisti per garantire il corretto utilizzo delle stesse al fine di sfruttarne tutte le potenzialità senza arrecare danni ai pazienti, agli operatori e alle tecnologie stesse. Questo tipo di addestramento è garantito attraverso incontri formalizzati al momento dell'acquisto con le ditte fornitrici e successivamente nell'ambito del processo di inserimento del personale.

La struttura organizzativa per la formazione monitorizza e verifica l'efficacia dei processi formativi realizzati. Per i dettagli relativi alle modalità di verifica si rimanda alle procedure ed ai documenti specifici dell'UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione. Il processo di formazione aziendale è integrato da percorsi formativi specifici legati ad attività particolari o obbligatori per normativa. Essi generalmente sono gestiti da articolazioni organizzative con funzione trasversale. Tra gli argomenti presenti:

- Radioprotezione
- Prevenzione e protezione nell'ambiente di lavoro
- Qualità e Governo clinico
- Risk management
- Relazione con l'utente anche in ambiti di particolare impatto emotivo (ad es. nel fine vita) e per migliorare la capacità degli operatori di interagire con l'interlocutore, di ascoltare, accogliere e rispondere alle richieste relative ai bisogni clinico assistenziali espressi o impliciti
- Rianimazione cardio polmonare.

La formazione è parte integrante e sostegno strutturale del modello organizzativo aziendale. L'Azienda considera la formazione e l'aggiornamento del personale come fattore di crescita professionale ed integrazione

culturale, come strumento di stimolo, sviluppo e sostegno della flessibilità nei processi organizzativi e del necessario sviluppo scientifico delle competenze professionali; pertanto la formazione permanente è considerata un fattore altamente qualificante e indispensabile per offrire una assistenza appropriata ed efficace ai propri utenti.

Il Dossier Formativo triennale e il Piano Annuale della Formazione tracciano le linee di sviluppo per la Macroarticolazione e per i professionisti che ne sono parte, prendendo in considerazione rispettivamente, il fabbisogno di competenze e le iniziative di formazione per acquisirle.

Input per entrambi sono gli obiettivi che il processo di negoziazione affida alla struttura.

Le articolazioni organizzative si organizzano affinché la formazione del proprio personale sia canalizzata all'interno di filoni di interesse coerenti con le prestazioni che istituzionalmente è chiamato a fornire e con le linee di indirizzo contenute nei piani sanitari nazionali, regionali, aziendali.

Elementi che possono costituire input per la formulazione del dossier e piano formativo sono:

- rendicontazione trimestrale elaborata dai Facilitatori Dipartimentali
- dati di produzione della formazione, attività e costo disponibili sul sito intranet della formazione, a disposizione dei dipartimenti,
- indicatori di ricaduta della formazione scelti o risultati individuati nei gruppi di miglioramento/audit,
- scostamenti negli indicatori rilevati,
- obiettivi di pianificazione triennale e di programmazione annuale dell'azienda,
- progetti regionali assegnati a specifici programmi/linee di produzione o target di popolazione,
- valutazione delle clinical competence dei professionisti,
- segnalazioni di pazienti, cittadini,
- near miss o eventi avversi,
- introduzione di nuove procedure/tecniche/tecnologie o modificazioni organizzative,
- previsione dell'introduzione di nuove attività cliniche, assistenziali o linee di produzione.

La misurazione del trasferimento dell'apprendimento nella pratica professionale è condotta dalle macroarticolazioni e può essere utilizzata per il consolidamento dei risultati raggiunti. Altra modalità di verifica

è attraverso i dati che emergono rispetto all'appropriatezza del consumo di risorse necessarie per attuare le "buone pratiche".

4.1.3. Formazione interna e Aggiornamento

Il processo di formazione e aggiornamento degli operatori e dei professionisti è garantito a livello aziendale dall'area Formazione afferente all'UO Sviluppo organizzativo, professionale e Formazione e a livello dipartimentale dal Direttore del Dipartimento coadiuvato dagli esperti disciplinari individuati per ogni macro obiettivo di formazione annualmente definito e/o per area professionale. A questo fine annualmente, sulla base degli obiettivi prioritari per la formazione e delle aree di competenza che saranno oggetto di formazione aziendale, il **Responsabile della macrostruttura (Dipartimento, UO DATeR)** individua gli Esperti Disciplinari.

Percorso per formulare il DOSSIER formativo e il PAF

La formulazione del Piano Annuale di Formazione (PAF) e i ruoli per la sua costruzione sono profondamente cambiati rispetto al passato, dopo che la **Regione Emilia-Romagna** ha definito che le Aziende Sanitarie possono essere accreditate per la "Funzione di Governo" e per la "Funzione di Provider".

Dal 13 giugno 2012 l'Azienda Usl di Bologna è accreditata per entrambe.

La **Funzione di Governo** assolve alle attività connesse alla **programmazione annuale della** formazione:

- Analisi del fabbisogno formativo sulla base delle *competenze da sviluppare*
- Stesura del **Dossier Formativo di gruppo**, costruzione del **PAF**
- Distribuzione del budget economico della formazione
- Monitoraggio delle attività/crediti ECM
- Collegamento con il **Comitato Scientifico Aziendale** della Formazione ECM e con il **Collegio di Direzione Aziendale**,
- Stesura del **RAF** (Rapporto annuale formazione)
- Stesura del Rapporto annuale per il Bilancio di Missione e la verifica dei LEA

La **Funzione di Provider** assolve alle attività connesse alla **produzione di eventi formativi** dopo che il PAF è stato definito:

- Progettazione degli eventi formativi

- Accreditemento e certificazione ECM
- Gestione del sistema informativo
- Gestione delle attività e dei controlli inerenti alla partecipazione
- Valutazione di gradimento e di apprendimento
- Relazione annuale sulla formazione svolta

Esperto Disciplinare (ED)

Professionista con competenza scientifica in relazione ad uno o più ambiti clinico- assistenziali, oltre alla competenza nella disciplina oggetto della proposta formativa, deve possedere capacità organizzative ed esperienze in campo formativo.

Ha un ruolo fondamentale all'interno del Dipartimento di appartenenza: dalla rilevazione del fabbisogno formativo e poi lungo per tutto il processo di realizzazione degli eventi formativi.

Facilitatore dipartimentale (FD)

È il referente operativo dell'area Formazione individuato all'interno di ogni Dipartimento sulla base di esperienza in ambito formativo, capacità andragogiche, capacità comunicative, disponibilità a frequentare appositi percorsi formativi. I facilitatori sono l'interfaccia tra gli esperti professionali delle Unità Operative e il Responsabile della Funzione di Provider; in particolare supportano le UUOO.

Responsabile Scientifico

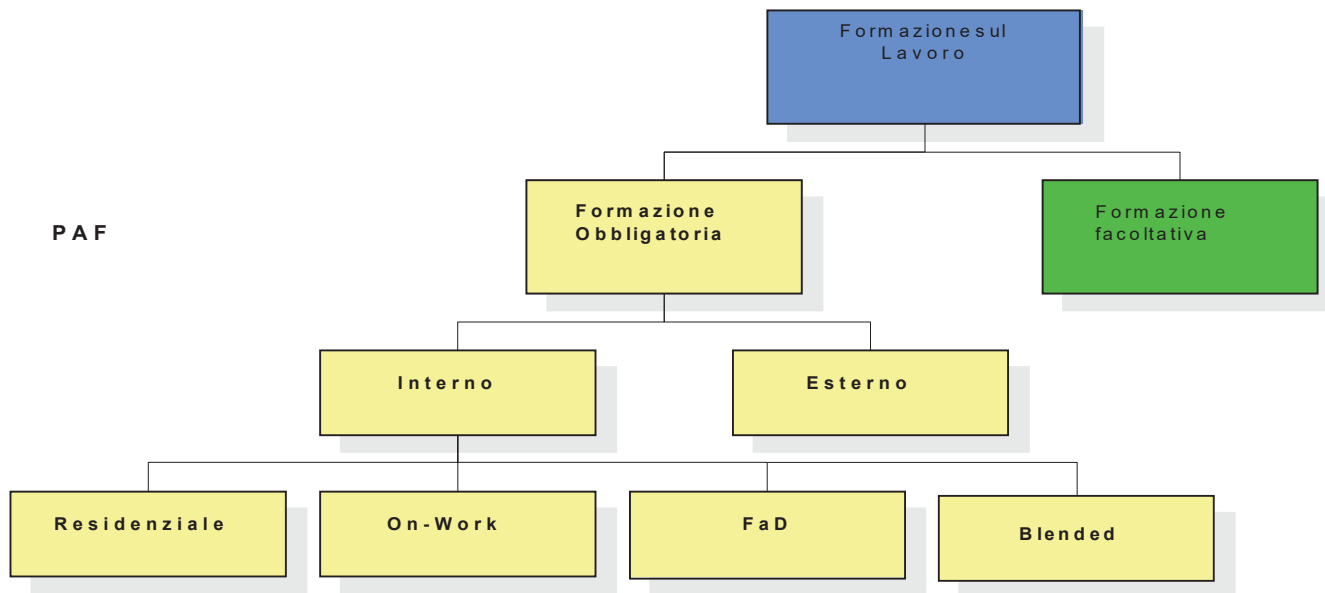
All'interno dei Dipartimenti il Responsabile scientifico definisce la progettazione dell'evento e ne cura la realizzazione dalla scelta dei docenti fino alla redazione della relazione scientifica finale delle attività ove prevista, compresa la valutazione dell'apprendimento e della ricaduta, se possibile, o i temi/modi di verifica della ricaduta.

Fasi per la costruzione del PAF Dipartimentale

- definizione delle priorità determinate dagli obiettivi della Direzione e contenute nelle linee strategiche aziendali e negli obiettivi di budget del Dipartimento
- declinazione dei meta-obiettivi in obiettivi specifici di UO o di sottogruppo (anche interdipartimentali, PDTA, piattaforme logistiche, tecnologiche o assistenziali) nel Dossier

- Individuazione delle competenze necessarie per raggiungere gli obiettivi di UO/Gruppo nel Dossier
- compilazione della scheda di autovalutazione delle competenze possedute dagli operatori della UO/Gruppo
- sulla base di tale autovalutazione, individuazione dei bisogni formativi prioritari (analisi del fabbisogno) e creazione della coerenza con gli obiettivi di Dipartimento/Distretto/Staff
- scelta degli eventi formativi da progettare, dei Responsabili Scientifici, dei partecipanti e della tipologia di formazione e compilazione della scheda PAF
- validazione del piano della Formazione di Macrostruttura da parte del Direttore di Dipartimento e/o del Responsabile DATeR ed invio al Responsabile del Governo della Formazione (RGF), presso l'area Formazione
- valutazione delle coerenze dei singoli piani con gli obiettivi aziendali a cura del RGF e presentazione al Comitato Scientifico Aziendale della formazione ECM, che approva il PAF
- assegnazione del budget aziendale al RGF e verifica di sostenibilità economica del PAF
- presentazione al Collegio di Direzione e autorizzazione del Collegio di Direzione alla realizzazione Piano Formativo Annuale e approvazione del budget complessivo dedicato alla Formazione
- ripartizione del budget, a cura del RGF, ai dossier formativi di Dipartimenti/Distretti/Staff presenti nei PAF.

Il **PAF** derivante direttamente dal **DOSSIER FORMATIVO** dovrà contenere le seguenti tipologie di evento formativo:



Dopo l'approvazione il PAF annuale del Dipartimento/UO DATeR viene diffuso a tutti gli operatori/professionisti attraverso Intranet, nell'area dedicata e con lettere e incontri.

4.1.4. Formazione Esterna

Su indicazione aziendale e della Direzione del Dipartimento/Macrogestione, il Piano Annuale della Formazione è costituito prevalentemente da iniziative organizzate all'interno delle articolazioni organizzative.

È prevista anche la formazione esterna presso corsi e convegni, pubblici o privati (Università, Regione, Ministero, ISS, Società Scientifiche, ecc..) a seguito di richieste da valutare da parte dei Direttori delle UO e da autorizzare da parte del Dipartimento/Macrogestione in base alle risorse disponibili, per consentire approfondimenti tecnici e una crescita di tutti i professionisti.

La formazione del gruppo professionale si completa con la condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno attraverso le seguenti modalità:

discussione negli incontri formativi periodici o mediante specifici incontri professionali, mettendo a disposizione dei colleghi la documentazione consegnata nell'ambito formativo,

pubblicazione del materiale sull'intranet dell'articolazione organizzativa

Per l'autoformazione del personale è disponibile la **Biblioteca on line** al seguente indirizzo intranet:

http://intranet/toolbox/bb_online

4.2. L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale

4.2.1. Inserimento e affiancamento del personale

Il processo di inserimento e affiancamento del personale di nuova assunzione o inserimento nelle UU.OO. sono definite nella procedura P032AUSLBO "Inserimento lavorativo nelle U.O./Servizi del personale dirigente medico, dirigente sanitario non- medico, sanitario e tecnico dell'area del comparto".

Ogni articolazione organizzativa ha definito al proprio interno, quando necessario, le competenze specifiche delle singole figure professionali e operative, in modo da garantire e rendere evidente l'efficacia del processo di inserimento attraverso un apposito piano. La valutazione intermedia e/o finale avviene attraverso i criteri e i tempi definiti dalle strutture stesse e dalle articolazioni organizzative sovraordinate.

4.2.2. Addestramento

L'Azienda garantisce l'addestramento all'utilizzo delle attrezzature di nuova acquisizione. Le registrazioni relative all'avvenuto addestramento sono conservate dalle singole articolazioni organizzative.

Il sistema di valutazione aziendale, come sopra esplicitato, prevede modalità di valutazione attraverso schede specifiche gestite dalle articolazioni organizzative alle quali gli operatori afferiscono.

5. Criterio - Comunicazione

5.1. L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.

L'Azienda ritiene la Comunicazione una fondamentale leva strategica per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della capacità di rispondere alle esigenze dei cittadini. A tal fine, si adopera perché tutti gli operatori siano messi in condizione di accedere alle principali informazioni utili per lo svolgimento delle loro attività.

Questo obiettivo viene raggiunto attraverso una strategia comunicativa che integra differenti strumenti di comunicazione:

- **sito Intranet**, attraverso il quale vengono diffuse informazioni e documenti di interesse comune a tutti gli operatori (ad esempio: budget, stato avanzamento degli obiettivi, riviste e banche dati medico-scientifiche on-line, eventi formativi, procedure, istruzioni operative, regolamenti, iniziative di vario genere)
- la **newsletter anche specifica per la Gestione del rischio clinico** accessibile dalla intranet aziendale, attraverso la quale vengono diffuse informazioni e documenti di interesse comune a tutti gli operatori
- **posta elettronica**, in particolare attraverso lo strumento "Comunicazione a tutti" gestito dall'UO Comunicazione
- **disposizioni** prodotte dalle singole articolazioni organizzative (diffuse secondo precisi regolamenti aziendali a target di operatori interessati)
- **riunioni** effettuate con gruppi di operatori a seconda dello specifico interesse sull'argomento trattato
- **videoconferenze**: sistema utile vista la vastità territoriale aziendale per la realizzazione di conferenze a distanza.

La Direzione, con la collaborazione delle Unità Operative di Staff, comunica all'interno dell'organizzazione lo stato di avanzamento dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi definiti attraverso incontri periodici di sensibilizzazione sull'andamento delle attività e sul loro miglioramento. La sede principale di comunicazione di tali informazioni da parte della Direzione Aziendale è il Collegio di Direzione.

I Direttori dei Dipartimenti e Distretti provvedono a diffondere capillarmente le informazioni all'interno delle rispettive macrostrutture.

Riunioni, corsi di formazione, gruppi di lavoro, atti di indirizzo, procedure, istruzioni operative costituiscono anch'essi strumenti di comunicazione e di gestione del Sistema Qualità ampiamente utilizzati in quanto ritenuti fondamentali per lo scambio interprofessionale. In particolare, come importante strumento di comunicazione interna, l'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino ha predisposto, nell'ambito dell'intranet aziendale, il sito Intranet "Qualità", dove inserisce documenti inerenti la gestione del Sistema Qualità: Procedure, Sussidi, Format, modulistica, report di attività relativi agli elementi specifici di gestione del sistema.

Per le modalità di comunicazione interna nelle singole articolazioni organizzative si rimanda ai documenti di Dipartimento/Distretto e di Unità operativa.

5.2. L'organizzazione definisce e utilizza periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione.

L'Azienda USL di Bologna ha attivato modalità e strumenti per l'ascolto degli operatori, strutturando altresì interventi di miglioramento conseguenti alle risultanze emerse dai dati che sono resi disponibili nella Intranet aziendale. Le azioni svolte sono prioritariamente concentrate sulla valutazione dei fattori stress lavoro correlato, come previsto dal D. Lgs 81/08.

A questa attività sono affiancate indagini svolte per approfondire ulteriormente alcune tematiche di rilevante importanza per gli operatori del contesto sanitario, quali ad es. ricerche multicentriche sul benessere lavorativo, indagini di clima.

Alle indagini multicentriche si sono affiancate nel tempo ulteriori rilevazioni interne effettuate da varie articolazioni organizzative e dal CUG (Comitato Unico di Garanzia); in modo particolare va segnalato l'approfondimento dell'indagine di Clima Regionale, compiuto nell'ambito dell'Azienda.

5.2.1. Consiglieri di fiducia

In attuazione della determinazione del Direttore della U.O. Amministrazione del Personale n° 215 del 23/09/2010, ai sensi della delibera del Direttore Generale n. 98 del 09/06/2009, nonché del Codice di Condotta Aziendale, è istituita la figura del Consigliere di fiducia, la cui attività consiste nella trattazione dei casi che si configurano come lesivi della dignità della persona dipendente aziendale, compresi i casi di molestie sessuali sul luogo di lavoro. Nello specifico, il Consigliere di fiducia può:

- Realizzare iniziative finalizzate alla diffusione della conoscenza, degli scopi e delle modalità di accesso alla funzione;
- Promuovere, in accordo con i comitati paritetici, iniziative di informazione e sensibilizzazione mirate,

rivolte a tutto il personale dell'Azienda

- Garantire un punto di ascolto al personale che si ritiene vittima di episodi di discriminazione, molestia o mobbing, sul posto di lavoro;
- Assicurare terzietà, competenza e riservatezza nella gestione dei casi segnalati, utilizzando la procedura informale prevista dal Codice di Condotta;
- Assicurare il rispetto dei tempi previsti per la presa in carico dei casi e per la loro conclusione;
- Assicurare, mediante una reportistica almeno semestrale, il monitoraggio e la valutazione della attività svolta.

5.2.2. Comitato Unico di Garanzia

Con deliberazione n.401 del 29/12/2011 è stato istituito il “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell’Azienda USL di Bologna”. Il Comitato ha un Presidente ed è composto:

- da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative, ai sensi degli artt. 40 e 43 del decreto legislativo 165/2001;
- da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione.

Ogni anno di mandato, il Presidente redige una relazione sulla situazione del personale nell’Amministrazione di appartenenza riferita all’anno precedente, riguardante l’attuazione dei principi di parità, pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro - mobbing. La relazione tiene conto anche dei dati e delle informazioni forniti:

- dall’UO Amministrazione del Personale ai sensi della Direttiva 23 maggio 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimenti Della Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità recante “misure per realizzare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche”
- dal Servizio di prevenzione e protezione dell’Azienda;
- dai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;
- dai Consiglieri di Fiducia aziendali.

La relazione del Comitato è trasmessa alla Direzione Generale dell’Azienda.

Sono inoltre attuate forme di consultazione e coinvolgimento degli operatori con le seguenti modalità:

- Incontri nei comitati di dipartimento;
- Incontri del Riesame della Direzione per la verifica periodica dei risultati e discussione e confronto su criticità;
- Incontri periodici di audit organizzativi e/ clinici;
- Briefing organizzativi di reparto.

Nell'ambito del **benessere lavorativo** sono attive iniziative quali:

- sistema di prenotazione facilitata per le principali prestazioni diagnostiche e screening per gli operatori aziendali
- telelavoro e smartworking
- contrasto al disagio lavorativo gestito da psicologi
- convenzione con asili nido e case di riposo per anziani
- campus estivo per i figli dei dipendenti (gestito dal circolo ricreativo aziendale)

5.3. L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini.

L'Azienda USL di Bologna considera le attività di informazione e di comunicazione come strumento imprescindibile attraverso cui realizzare la propria missione. Esse si configurano come essenziali mezzi per garantire:

- la piena sinergia con i servizi e le risorse del contesto sociale in cui opera
- la partecipazione responsabile degli utenti alle scelte di politica sanitaria
- la partecipazione consapevole degli operatori al governo clinico, in un quadro di collaborazione multiprofessionale
- la piena conoscenza dei servizi offerti, delle condizioni per usufruirne, delle disposizioni normative che le regolano
- la conoscenza del funzionamento e dell'attività dell'Azienda in tutte le sue articolazioni, in conformità con i principi posti dalla L.241 del 1990 e in un'ottica di responsabilizzazione diffusa

- la piena comprensione dei trattamenti terapeutici proposti e in atto da parte degli assistiti
- l'attiva e cosciente adesione ai comportamenti e agli stili di vita necessari a prevenire o a curare le patologie.

Nell'attività di comunicazione e di informazione in tutte le sue forme l'Azienda garantisce, oltre al rispetto puntuale delle norme di legge poste a salvaguardia della riservatezza dei dati personali, anche una politica attiva di perseguimento di standard per il rispetto della persona malata e dei suoi familiari.

L'Azienda ha messo in opera diversi strumenti che utilizzano in parte l'attuale evoluzione tecnologica consentendo la progettazione/realizzazione e diffusione di servizi digitali per la comunicazione con gli utenti e i professionisti, al fine di soddisfarne le attese e fornire loro la garanzia di disporre di una interfaccia che risponda in maniera efficace ai loro bisogni. In particolare sono sviluppate e consolidate forme di comunicazione diretta con i cittadini e tutti gli stakeholder (associazioni, professionisti, fornitori, altre istituzioni) basate su web, social, eventi, prodotti editoriali e di comunicazione mediata attraverso le testate giornalistiche:

- sito web dell'Azienda rivolto ai cittadini per fornire informazioni sull'attività dell'Azienda, ai Professionisti della stessa o di altre aziende sanitarie per avere informazioni su eventi formativi, progetti o attività specifici, agli operatori della comunicazione a cui è dedicata un'area contenente comunicati stampa e ai fornitori e persone interessate ai bandi di concorso
- Carta dei servizi aziendale e di articolazioni organizzative di Area metropolitana o di particolare rilevanza per la specificità dell'attività svolta e Opuscoli per utenti di PDTA
- Materiale informativo di vari contenuti: organizzativo, assistenziale, di educazione sanitaria
- Servizio di mediazione culturale
- Gestione delle segnalazioni
- Attività di mediazione di conflitti
- Rilevazione della Qualità percepita dagli utenti

Per avviare un percorso di comunicazione simmetrica fra operatori e cittadini e ridurre il gap comunicativo tra professionista sanitario e utente è stato inoltre attivato il Gruppo di lavoro "Semplificazione linguistica" composto da professionisti e rappresentanti di Associazioni di volontariato.

Il Gruppo ha l'obiettivo di promuovere la semplificazione linguistica dei testi di documenti aziendali, opuscoli, referti e con la collaborazione di Comitati consultivi misti, l'UO Comunicazione, l'UO Governo Clinico e l'UO

Qualità e Accreditamento ha realizzato un glossario che riporta sigle, acronimi, abbreviazioni, termini inglesi, termini tecnici al fine di rendere più comprensibile il contenuto di tali documenti. Il glossario è reperibile all'indirizzo: <https://www.ausl.bologna.it/per-i-cittadini/hl/atus>.

Il Gruppo realizza inoltre eventi formativi e prodotti informativi rivolti ai cittadini, su diverse tematiche di rilevanza e attualità quali, ad esempio, le “Disposizioni anticipate di trattamento”.

5.4. L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e caregiver delle scelte clinico– assistenziali e delle attività di promozione della salute.

Come già accennato nei paragrafi precedenti, nella costruzione e monitoraggio dei PDTA il coinvolgimento di rappresentanti di associazioni dei pazienti è un passaggio ritenuto importante anche se non sempre facile da mettere in atto in maniera costruttiva. Un primo elemento di criticità risiede nella difficoltà talora ad identificare associazioni specifiche dedicate al tema del PDTA. In questi casi lo sforzo viene fatto per costruire un tavolo di condivisione e confronto con il CCM Aziendale.

Quando invece sono chiaramente identificabili una o più associazioni di pazienti con le competenze spendibili per un confronto sulla patologia/condizione oggetto del PDTA, il tentativo è quello di coinvolgere i rappresentanti dei pazienti nel gruppo di lavoro multidisciplinare-multiprofessionale fin dalle prime battute di analisi del contesto e riprogettazione del percorso. Il ruolo chiesto ai rappresentanti è quello di far arrivare al gruppo di lavoro gli “unmet needs”, cioè quei bisogni esigibili per i quali l’Azienda non è ancora riuscita a dare risposta adeguata. Nel ridisegnare il percorso, una attività per la quale diventa cruciale il coinvolgimento delle Associazioni o del CCM consiste nella redazione di un opuscolo per i pazienti candidati al percorso. Come già accennato infatti per i PDTA si cerca di costruire un supporto informativo dedicato ai pazienti e famigliari che descriva il percorso che il paziente si accinge ad intraprendere e dia risposta ai principali quesiti di quest’ ultimo.

Parallelamente, una volta costruito un rapporto virtuoso di collaborazione, le Associazioni dei pazienti sono talora coinvolte anche nei momenti di monitoraggio dei PDTA proprio per tenere aperto un importante ambito di ascolto relativo al vissuto dei pazienti inseriti nel percorso.

Tra i mandati del Dipartimento di Sanità Pubblica vi è quello di facilitare e supportare percorsi di promozione della salute che coinvolgono la comunità costituita da cittadini, studenti, associazioni, imprese, istituzioni amministrative ed educative. Negli ultimi anni si è intensificato lo sforzo di confronto tra operatori dell’Azienda USL all’interno e all’esterno del Dipartimento. Tutto questo con l’obiettivo di sviluppare percorsi e progettualità coerenti, condivisi metodologicamente e integrati tra quanto proposto dall’Azienda USL e dalla comunità stessa. Il Piano Locale Attuativo, la cui redazione è iniziata nell’autunno del 2015, in ottemperanza al Piano

Regionale della Prevenzione 2015-2018, tiene già conto di questa nuova visione che vede il professionista della sanità come facilitatore e sostenitore di interventi di promozione della salute progettati insieme alla comunità in risposta a bisogni espressi e non. Nel 2018 si è proseguito nello sviluppo del progetto “Datti una mossa” diventato un vero e proprio percorso di promozione della salute che ha visto il coinvolgimento di vari attori presenti sul territorio. Il 2018 è stato dedicato a formalizzare le collaborazioni interne ed esterne all’Azienda USL, a innovare progettualità già consolidate, a costruire strumenti in grado di raccogliere in modo sistematico e aggiornato tutte le opportunità che promuovono salute presenti sul territorio.

Di seguito vengono riportati, a titolo esemplificativo, alcuni interventi svolti dal Dipartimento di Sanità Pubblica:

- CATALOGO “OBIETTIVO SALUTE” - Attraverso il quale vengono diffuse le proposte educativo-formative che affrontano diverse tematiche di rilevante interesse per la salute pubblica; sono indirizzate alle varie componenti dell’organizzazione sociale e scolastica territoriale. (scaricabile dalla pagina web: <https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/dipartimenti-territoriali-1/dipartimento-di-sanita-pubblica/prog/Os>)
- PROGETTI CHE PROMUOVONO MOVIMENTO E ATTIVITA’ FISICA
- PROGETTI DI COMUNITÀ E ESPERIENZE DI COMMUNITY LAB
- PROGETTI CHE PROMUOVONO ALIMENTAZIONE E STILI DI VITA SALUTARI

5.5. L’organizzazione garantisce modalità e strumenti per l’ascolto degli utenti (pazienti, familiari, caregiver) ai fini di:

- *coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale*
- *migliorare i percorsi assistenziali*
- *migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente*
- *prevenire i disservizi.*

Già da qualche decennio la normativa (europea, nazionale e regionale) e i programmi per la promozione della qualità indicano - fra gli elementi che contribuiscono al miglioramento continuo della qualità e alla *clinical governance* - anche la centralità della persona, dei suoi diritti e bisogni di salute. Si incoraggiano l’adozione e l’uso di strumenti, metodi e tecniche per progettare, valutare, migliorare la qualità delle cure con la partecipazione, la tutela e la rilevazione dell’esperienza dei cittadini.

La sostenibilità organizzativa del sistema di ascolto è uno degli aspetti determinanti dello sviluppo e del consolidamento di metodologie e strumenti, che passano attraverso un coinvolgimento diffuso delle diverse componenti organizzative e professionali dell’Azienda sanitaria.

Le componenti organizzative fondamentali che sono maggiormente interessate dalla gestione dell’ascolto, in forma singola o differentemente integrata fra di loro, sono: UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino, nel ruolo di coordinamento, programmazione e realizzazione delle diverse attività, UO Comunicazione, nel ruolo di supporto e pubblicizzazione e altri componenti con un ruolo propositivo e di verifica sui risultati (ad es. Direzione sanitaria, Direzioni distrettuali, Direzioni di Dipartimento o di Unità Operativa, singoli professionisti, Comitati Consultivi Misti).

La progettazione e realizzazione delle azioni di ascolto, compresa la produzione e diffusione della reportistica, contribuiscono ad orientare rilevanti processi di pianificazione e valutazione all’interno dell’Azienda, fra cui:

- processi di riorganizzazione aziendale,
- sistema di accreditamento,
- processo di budget,
- bilancio di missione,
- progetti finalizzati al miglioramento.

Il coinvolgimento dei professionisti nelle diverse fasi di implementazione delle azioni di ascolto risulta una pratica diffusa.

Nella pianificazione delle diverse attività di ascolto viene posta attenzione ad una serie di elementi (o aspetti metodologici) che permettono di finalizzare in modo più preciso la scelta e l’uso dei diversi strumenti: si tratta cioè di modalità operative di governo dell’analisi, sotto il profilo della costruzione dei disegni di ricerca, della scelta degli strumenti metodologici più adatti alla realtà oggetto di indagine, di presentazione e valorizzazione organizzativa e operativa delle risultanze, ecc. Alcuni aspetti a cui si dedica particolare attenzione:

1. STABILIRE OBIETTIVI CHIARI – rispetto alle informazioni che si vogliono raccogliere e a quali sono gli strumenti più adatti per raccoglierle.
2. IDENTIFICARE E COINVOLGRE I PORTATORI DI INTERESSE (professionisti, CCM, associazioni) – chi può essere interessato dalla pianificazione dell’indagine.
3. IDENTIFICARE I SOGGETTI DI CUI RILEVARE L’OPINIONE – utenti (quali? Tutti i ricoverati, adulti, giovani,

donne, anziani, portatori di determinate patologie, stranieri), familiari, cittadini.

4. VERIFICARE LA SOSTENIBILITA' IN TERMINI DI RISORSE E VINCOLI ESISTENTI – risorse e vincoli in termini di tempo e di persone da dedicare, oltre che di sostenibilità economica.
5. SCEGLIERE IL METODO E GLI STRUMENTI PIU' APPROPRIATI – chiarire quali sono gli strumenti più adatti in relazione agli obiettivi (questionario, intervista, focus group, ecc...).
6. STABILIRE CRITERI PER MISURARE L'IMPATTO DEL CAMBIAMENTO – per valutare l'impatto di qualsiasi cambiamento organizzativo, occorre prevedere una misurazione pre-cambiamento e una post-cambiamento.

L'Azienda USL di Bologna promuove, adotta e utilizza in maniera integrata una serie di strumenti per l'ascolto degli utenti nella consapevolezza che, lo sviluppo di una visione sistemica di lettura rispetto a ciò che emerge in termini di bisogni e di valutazioni, può portare a un processo di miglioramento organizzativo efficace (vedi anche Sezione 7).

5.5.1. Le indagini sulla qualità percepita dagli utenti

L'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino (UO QuARC), in collaborazione con i Dipartimenti, i Distretti, altre funzioni di Staff e i CCM sviluppa strumenti di rilevazione e realizza indagini sulla qualità percepita da specifici target di utenza, relativa ad aspetti importanti per l'utente e correlati alla realizzazione dei servizi (informazione, cortesia, disponibilità all'ascolto, continuità assistenziale), al fine di costruire percorsi in grado di soddisfare le esigenze espresse ed implicite. Tra le strategie di miglioramento della qualità dei servizi erogati, l'Azienda ritiene fondamentale lo sviluppo di sistemi di ascolto, di raccolta e di misurazione del giudizio degli utenti, elemento di orientamento delle scelte aziendali.

Al fine di garantire

- correttezza metodologica
- indipendenza tra gli operatori coinvolti nei processi sottoposti a verifica e gli utenti ai quali sono rivolte le indagini
- trasferibilità e replicabilità delle esperienze di indagine

L'Azienda ha ritenuto opportuno dotarsi di modelli, strumenti ed esperti di analisi della *customer satisfaction* e di metodologia della ricerca e di assegnare all'UO QuARC la responsabilità di coordinare la realizzazione delle indagini stesse, secondo quanto definito nella procedura aziendale P013AUSLBO.

L'UO QuARC, in relazione alle aree prioritarie su cui effettuare indagini sulla qualità percepita indicate negli obiettivi di programmazione aziendale annuale, coordina i progetti specifici di indagine coinvolgendo di volta in volta gli attori interessati al processo sottoposto a verifica.

In relazione ai risultati emersi, condivisi con la committenza (Distretti, Dipartimenti/UU.OO.) vengono effettuati approfondimenti mirati su temi di particolare interesse emersi dall'indagine, integrando quindi gli strumenti utilizzati in precedenza con altri che focalizzano aspetti specifici.

Gli strumenti utilizzati per la rilevazione della qualità percepita dagli utenti possono essere:

- il questionario, con diverse modalità di somministrazione a seconda delle situazioni e delle risorse disponibili. L'impiego del questionario è preceduto da un momento di test dello strumento, finalizzato a verificarne la comprensibilità, chiarezza ed esaustività
- Le interviste semi-strutturate
- Le interviste di gruppo e/o focus group

Gli stessi strumenti sono utilizzati per l'implementazione di indagini sulla qualità percepita dai clienti interni all'azienda.

Quando possibile e funzionale all'obiettivo si privilegia l'utilizzo di strumenti validati (ad es. dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, in ambito universitario) ciò infatti consente di effettuare, oltre ad un *benchmarking* interno - sui risultati emersi in ciascuna Unità Operativa e sull'impatto degli stessi sugli operatori e sull'organizzazione - anche un confronto con altre realtà organizzative.

5.5.2. Le segnalazioni dei cittadini

Il sistema di gestione delle segnalazioni (e fra queste i reclami) è una modalità attiva di comunicazione con i cittadini che valorizza un approccio di ascolto sistematico e strutturato dell'utenza da parte dell'organizzazione, al fine di garantire un riscontro sulle proprie attività.

Dal punto di vista dell'organizzazione il sistema di gestione delle segnalazioni ha due principali obiettivi:

- avere una modalità atta a rilevare e rispondere alle situazioni di disagio e insoddisfazione espresse direttamente e attivamente dal singolo utente, e a evidenziare punti di eccellenza;
- contribuire a orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento dei servizi tramite l'analisi delle informazioni acquisite.

Dal punto di vista dei cittadini il sistema di gestione delle segnalazioni permette agli stessi di migliorare la gestione dei servizi: avere la possibilità di interagire con l’Azienda, poter esprimere il proprio parere rafforza la convinzione di essere a tutti gli effetti un interlocutore e pertanto di “poter contare”.

La raccolta delle segnalazioni dei cittadini che giungono all’Azienda, governata da specifica Procedura Aziendale (P027AUSLBO- Gestione delle segnalazioni dei cittadini), è volta ad assicurarne la corretta gestione e mira a garantire un’adeguata analisi di ogni reclamo per attuare gli opportuni interventi e/o miglioramenti organizzativi.

Per facilitare il compito di monitoraggio delle segnalazioni viene utilizzato un software che rende possibile l’immediata visione dei dati per un utilizzo aziendale delle informazioni e accresce la possibilità di confronto sia longitudinale sia interaziendale. Le segnalazioni vengono inserite nel software in base a una classificazione che consente l’attribuzione il più possibilmente univoca degli eventi oggetto di segnalazione.

Ogni anno viene elaborato e diffuso un Report di analisi di tutte le segnalazioni pervenute, effettuato in coerenza con il sistema di raccolta dati regionale.

5.5.3. Mediazione dei conflitti

Il percorso di ascolto/mediazione si attiva per la gestione di episodi conflittuali che presentano criticità di tipo comunicativo, relazionale, tecnico, organizzativo (procedura aziendale P056AUSLBO “Percorso di ascolto/mediazione dei conflitti in ambito sanitario”). La selezione dei casi avviene sulle segnalazioni giunte all’azienda e gestite attraverso la procedura aziendale P027AUSLBO o pervenute come richiesta esplicita di risarcimento danni. L’Azienda USL di Bologna utilizzando lo strumento “mediazione trasformativa dei conflitti” mira ad affrontare il contenzioso relazionale proponendosi quale scopo principale una gestione più empatica del conflitto che si genera tra pazienti, professionisti e istituzioni, come metodo alternativo della risoluzione dei conflitti in ambito sanitario.

A seguito del percorso di ascolto/mediazione dei conflitti sono intraprese azioni di miglioramento che possono riguardare la riorganizzazione del personale o di processi, modifiche organizzative di percorsi clinico-assistenziali, la formazione del personale, introduzione/integrazione di documentazione, stesura (o revisione) di protocolli/procedure aziendali, audit.

5.5.4. Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi e disservizi

Il concetto di “Prodotto non conforme” nella nostra Azienda, in coerenza con le specificità di un’azienda sanitaria, include nelle registrazioni anche le Non Conformità che si presentano lungo i processi principali e di

supporto e non solo sul prodotto. La registrazione delle Non Conformità e i relativi trattamenti riguardano quindi tutte le situazioni in cui non sono stati rispettati criteri/requisiti precedentemente definiti, siano essi documentati o non documentati.

Per semplificare la registrazione dei Processi/Servizi/Prodotti non conformi sono stati adottati metodi adeguati per agevolarne la registrazione. La ripetitività di alcune non conformità ne ha reso necessario un'individuazione ed elencazione a monte, compreso le modalità previste di reazione e di trattamento. Questo nell'ottica di rendere il processo di registrazione più agevole per gli operatori, oltre a dare le istruzioni di trattamento adeguate e uniformi alle specifiche situazioni.

La gestione delle Non Conformità relative a prodotti, processi, servizi erogati dall'Azienda è descritta nella procedura P015AUSLBO "Gestione delle Non Conformità e delle Azioni Correttive per il Miglioramento Continuo" e nel "Sussidio per l'implementazione del miglioramento continuo attraverso il ciclo PDCA (Azioni correttive e per il miglioramento)".

Una particolare rilevanza nell'ambito dei prodotti/servizi non conformi assumono gli eventi avversi, gli eventi senza danno e i *near miss*, che rientrano nel processo di gestione del rischio o comunemente definito risk management la cui segnalazione e trattamento sono regolamentate da procedure aziendali.

6. Criterio - Appropriatelyzza clinica e sicurezza

6.1. La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatelyzza nella pratica professionale.

I modelli organizzativi adottati dall'Azienda USL di Bologna hanno negli anni cercato di dare risposte concrete per metter in atto gli approcci clinico-assistenziali ma anche organizzativi propri della Evidence-Based Practice (EBP). Avendo sposato l'approccio secondo cui è possibile perseguire l'eccellenza clinico-organizzativa partendo da solide evidenze scientifiche, si è fortemente favorito l'approccio EBP sia nei contesti decisionali strategici sia a livello professionale per tutte le discipline.

Un primo riscontro di questo approccio è dimostrato nella identificazione delle tecnostrutture dello staff della Direzione visibili nel ROA. Portando ad estrema sintesi gli strumenti di clinical governance da implementare per un approccio EBP all'assistenza ed alla organizzazione dei servizi sanitari, la Direzione negli anni è riuscita ad identificare e rendere visibili e operative le UO di staff a cui affidare il mandato di supporto metodologico.

Nella tabella seguente è rappresentata una sintesi esemplificativa delle competenze proprie delle tecnostrutture rispetto alle principali aree della clinical governance:

STRUMENTI DI CLINICAL GOVERNANCE	UO DI STAFF DELLA DIREZIONE o ARTICOLAZIONI SPECIFICHE
Knowledge & Data Management	UO Governo Clinico e Sistema Qualità, UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
Linee Guida e PDTA	UO Governo Clinico e Sistema Qualità
HTA	UO Governo Clinico e Sistema Qualità, UO Ingegneria Clinica, CADM
Audit Clinico e Misurazione Performance	UO Governo Clinico e Sistema Qualità, UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi
Risk Management	UO Medicina Legale e Risk Management
Formazione Professionale ed Accredimento	UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione, UO Qualità, Accredimento e Relazioni

STRUMENTI DI CLINICAL GOVERNANCE	UO DI STAFF DELLA DIREZIONE o ARTICOLAZIONI SPECIFICHE
	con il Cittadino
Ricerca e Sviluppo	UO Governo Clinico e Sistema Qualità, UOSI Innovazione e Sviluppo ISNB (Infrastruttura per la Ricerca)
Staff Management	UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione
Coinvolgimento degli Utenti	UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino

Un elemento coerente all’approccio più estensivo della Clinical Governance sta nel fatto che le competenze espresse dalle tecnostutture sopra menzionate sono a disposizione sia della Direzione Aziendale (invitate, ad esempio, al Collegio di Direzione) sia anche per esigenze nate dalla componente professionale. In merito a questo secondo aspetto, è da segnalare che in Azienda sono di fatto state eliminate o fortemente riviste le reti professionali non cliniche di supporto, in quanto la Direzione Aziendale ha fortemente fatto proprio il concetto che l’approccio EBP e la clinical governance devono permeare tutti i livelli dell’Azienda e plasmare sia i modelli di ragionamento che i comportamenti.

Identificare nell’ambito della produzione persone referenti ad esempio del governo clinico voleva dire delegare a loro tutto l’onere di questo approccio, riducendo il tutto a pericolosa tecnocrazia poco produttiva. L’approccio tenuto invece è stato quello di identificare e rendere visibili dove sono le competenze dentro lo staff a supporto delle criticità di gestione o per progetti di cambiamento ed innovazione e rendere attori e protagonisti tutti gli ambiti professionali.

Le Linee Guida contengono i “riferimenti scientifici” impiegati nella pratica clinica e nella pratica assistenziale cioè le raccomandazioni impiegate nella individuazione degli indicatori di efficacia e appropriatezza clinica ritenuti “importanti da monitorare” in quanto presentano specifiche caratteristiche e requisiti che le rendono funzionali a questo obiettivo. Le Linee Guida sotto il profilo del governo clinico utilizzate in Azienda sono valide dal punto di vista scientifico, condivise dalle diverse componenti professionali chiamate ad applicarle e sono esplicitamente orientate non tanto a “correggere” singoli specifici comportamenti professionali, quanto piuttosto ad affrontare problemi assistenziali nel loro insieme.

Tali assunti hanno portato l'Azienda ad individuare le raccomandazioni come *Golden Standard*, dalle quali derivare indicatori per la valutazione di aspetti rilevanti dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali con riferimento a precise tipologie di utenti/pazienti.

Le linee guida e i protocolli assistenziali condivisi tra i professionisti compreso i MMG sono utilizzati per il miglioramento quali-quantitativo della domanda di prestazioni sanitarie che quindi risultano essere un ulteriore strumento oltre alle strategie organizzative e la disponibilità di risorse materiali e professionali, per il governo dei tempi d'attesa. Oltre alle Linee guida utili per orientare scelte cliniche appropriate soprattutto nell'ambito dei PDTA, si citano alcuni interventi messi in atto per migliorare l'appropriatezza e la congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e promuovere l'omogeneità dei comportamenti degli Specialisti afferenti alla stessa branca:

- la diffusione di documenti quali ad es. sull' "Appropriatezza dell'accesso ai test diagnostici non invasivi in Cardiologia" sviluppato dal gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale composto da specialisti cardiologi AUSL di Bologna – AOU Sant'Orsola-Malpighi e Privato Accreditato che ha l'obiettivo di definire percorsi assistenziali di presa in carico del paziente per alcune delle principali patologie di pertinenza, definire interventi appropriati e le priorità di accesso;
- applicazione del percorso di accesso ORL per pazienti con problemi uditivi sviluppato dal gruppo interaziendale composto da specialisti AUSL-AOU che prevede indicazioni prescrittive e identifica le sedi idonee a trattare le diverse problematiche e le diverse fasce di età, con particolare riguardo alla fascia di età 0-6 anni che trova posto in tempi brevi e soprattutto viene presa in carico nelle strutture dotate di tutte le strumentazioni idonee a trattare pazienti molto piccoli;
- percorso per il paziente con lombalgia con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni finalizzate all'inquadramento diagnostico e al trattamento delle lombalgie e/o lombosciatalgie acute di origine rachidea
- progetto di riorganizzazione dell'Area Nutrizionale Aziendale che si basa su tre tipologie di intervento: *Dietetica Preventiva*, che prevede incontri di gruppo con una dietista dell'UO Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento Sanità Pubblica, per necessità di tipo educativo, correzioni di errori alimentari, controllo del peso, promozione stili di vita sani. *Dietetica Di Base*, che prevede incontri individuali con una dietista dell'UA Dietetica, per la valutazione degli apporti e la stesura del programma alimentare, per le situazioni di dismetabolismo in cui è importante correggere la dieta o per tutte quelle situazioni patologiche, già diagnosticate, che possono giovare di una dieta adeguata. *Nutrizione Clinica*, che prevede la visita dietologica da parte dei medici dell'UO Nutrizione.

- progetto Gastropack, finalizzato al miglioramento della presa in carico dei pazienti a partire dalla prima visita gastroenterologia e alla riduzione delle prestazioni endoscopiche,
- l'unificazione dell'équipe dermatologica AUSL/AOU che ha portato alla riorganizzazione dell'attività con la costruzione di percorsi di presa in carico integrati per le patologie dermatologiche dagli ambulatori territoriali di dermatologia,
- il proseguimento dell'attività di presa in carico integrata e informatizzata per il follow up di pazienti in dimissione ospedaliera e per l'invio diretto dalle cardiologie territoriali (pubbliche e private) al secondo livello ospedaliero;
- il proseguimento nell'ambito della rete clinico - organizzativa dell'area Neurologica fra specialisti delle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche e private, dell'attività di presa in carico integrata e informatizzata con possibilità bidirezionale (hub/spoke, spoke/hub) di prenotazione diretta delle visite specialistiche senza rinvio del paziente a CUP.
- le prescrizioni e prenotazioni di visite di controllo e approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti, senza rinvio al MMG.
- regole condivise per l'inserimento del paziente in lista di attesa chirurgica secondo il Regolamento sottoscritto dai Direttori Sanitari delle quattro Aziende dell'Area Metropolitana e condiviso con i Direttori Generali delle medesime Aziende;
- il Patient Blood Management avviato con il supporto di professionisti impegnati in diverse discipline (approccio multidisciplinare) che sottende alla presa in carico del paziente nell'ambito della chirurgia elettiva.
- l'Attività del COBUS (CO. Buon Uso del Sangue) che ha valenza per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private afferenti al SIMT AMBO svolge la funzione strategica di valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle cure nell'ambito della Medicina Trasfusionale, come previsto dall'articolo 3 del D.M.2/11/2015.

La programmazione sanitaria Regionale (DGR 830/2017, 919/2018) assegna obiettivi in tema di appropriatezza tramite il monitoraggio di indicatori target, quale ad es. il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie. In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, è perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di

inappropriatezza. Rispetto a questi ultimi viene misurato l'indicatore dato dal seguente rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.

Da diversi anni l'Azienda USL di Bologna nella programmazione Aziendale assegna obiettivi di appropriatezza alle strutture organizzative aziendali inoltre ha dedicato un impegno particolare al raggiungimento degli obiettivi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 sul rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti.

6.1.1. Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

L'uso appropriato del farmaco, compresi gli antibiotici, rappresenta da alcuni anni il tema cardine attorno a cui ruota il Progetto Interaziendale per il Governo del Farmaco (obiettivo Regionale assegnato alle Aziende), messo a punto in collaborazione con l'AOU S.Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, che coinvolge i MMG, le Unità Operative dei Dipartimenti di produzione ospedalieri e territoriali, i medici delle CRA, il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, il Dipartimento Cure Primarie e l'UO Governo Clinico e Sistemi Qualità.

Alcune delle azioni di governo attuate riguardano tre macro aree di intervento:

- incremento della distribuzione di farmaci ad acquisto diretto (Erogazione Diretta e Distribuzione Per Conto);
- appropriatezza prescrittiva in medicina generale, in ambito ospedaliero e specialistico territoriale;
- condivisione della cultura generale di utilizzo appropriato del farmaco.

6.1.2. Azioni per affrontare rischi e opportunità

Generalità

Nel pianificare il sistema di gestione per la qualità, l'Azienda ha considerato il contesto interno ed esterno, le necessità ed aspettative delle parti interessate e determinato i rischi e le opportunità che è necessario affrontare per:

- assicurare che il sistema di gestione per la qualità possa conseguire gli obiettivi previsti;
- prevenire, o ridurre, gli effetti indesiderati
- realizzare il miglioramento continuo.

L'Azienda inoltre ha pianificato:

- le azioni per affrontare questi rischi e opportunità
- le modalità per
- integrare e attuare le azioni nei processi del proprio SGQ
- valutare l'efficacia di tali azioni.

Le modalità seguite per identificare rischi e opportunità, oltre alle metodologie utilizzate per gestire l'analisi del rischio sono ricavate dalla norma internazionale UNI EN ISO 31000: 2010 e UNI EN ISO IEC 27001/2017.

6.1.3. Valutazione del rischio

L'AUSL di Bologna ha definito e applicato un processo di valutazione del rischio che:

- stabilisce e mantiene i criteri di rischio che includono:
- i criteri per l'accettazione del rischio
- i criteri per effettuare valutazioni del rischio
- assicura che ripetute valutazioni del rischio producano risultati coerenti, validi e confrontabili tra loro
- identifica i rischi:
- applicando il processo di valutazione del rischio (priorità) per identificare i rischi prioritari o principali ed il loro trattamento
- identificando i responsabili dei rischi
- analizza i rischi relativi:
- valutando le possibili conseguenze che risulterebbero se i rischi identificati si concretizzassero
- determinando i livelli di rischio

L'Azienda conserva informazioni documentate sul processo di valutazione del rischio.

6.1.4. Trattamento del rischio

L'Azienda USL di Bologna definisce e applica un processo di trattamento del rischio per:

- selezionare le adeguate opzioni per il trattamento del rischio relativo ai processi principali, tenendo in considerazione i risultati della valutazione del rischio;
- determinare tutti i controlli necessari per attuare le opzioni selezionate per il trattamento del rischio relativo ai processi principali;
- redigere una Dichiarazione di applicabilità che riporta i controlli
- formulare un piano di trattamento del rischio relativo ai processi esaminati;
- ottenere l'approvazione del piano di trattamento del rischio relativo ai processi principali e l'accettazione dei rischi residui relativi da parte dei responsabili dei rischi.

L'Azienda conserva le informazioni documentate sul processo di trattamento del rischio. Per la valutazione e trattamento del rischio si fa riferimento ai seguenti documenti aziendali pubblicati nella revisione aggiornata nella intranet aziendale nelle sezioni di pertinenza:

- Documento programmatico sulla sicurezza (DLgs 196/2003 non più obbligatorio)
- Piano triennale prevenzione corruzione
- Programma per la trasparenza e l'integrità
- Manuale per la sicurezza delle informazioni del sistema RIS PACS
- Annex A al Manuale per la sicurezza delle informazioni del sistema RIS PACS
- P105AUSLBO "Metodologia Analisi dei Rischi Sicurezza delle Informazioni"
- DVR specifici per articolazione organizzativa
- IO 24AUSLBO "Analisi dei rischi dei processi"

6.1.5. Gestione del Rischio e Sicurezza delle cure

L'Azienda USL di Bologna a partire dagli indirizzi e orientamenti nazionale e regionali, nell'ambito della gestione del Rischio e Sicurezza delle cure, individua i seguenti obiettivi:

- adottare un approccio sistemico alla gestione della sicurezza/rischio, favorendo la visione unitaria delle diverse sicurezze aziendali attraverso l'integrazione dei sistemi di gestione aziendali del rischio
- condividere e diffondere la cultura della sicurezza e la cultura organizzativa in un'ottica non punitiva,

aperta all'apprendimento, che preveda il coinvolgimento degli operatori attraverso la formazione rispetto a tecniche di analisi e valutazione dei processi

- diffondere metodologie e pratiche di buona gestione, come espressione di un diffuso e buon governo aziendale della sicurezza
- favorire la conoscenza dei fenomeni di interesse
- intraprendere azioni per ridurre incidenza e gravità di incidenti ed eventi avversi
- minimizzare le conseguenze economiche e di perdita di fiducia a seguito di incidenti
- gestire in modo efficace i rapporti con altri enti e organizzazioni che interagiscono con l'azienda sanitaria nella gestione del rischio (es. INAIL, associazioni, sindacati, assicurazioni...).

Le attività correlate con il raggiungimento di tali obiettivi non condizionano l'applicazione delle norme che regolano i rapporti giuridici fra pazienti, clinici e organizzazioni sanitarie, ma hanno l'obiettivo di costruire progressivamente e mantenere un nuovo contesto culturale di riferimento.

Gli obiettivi di cui sopra possono trovare esplicitazione nella traduzione operativa e integrata con altre funzioni aziendali degli obiettivi strategici in obiettivi specifici, a connotazione locale, ma coerenti con quelli attesi nel sistema regionale (e peraltro individuati come prioritari nella letteratura internazionale). Tali obiettivi di medio-breve periodo si connotano per la loro trasversalità all'organizzazione sanitaria, per le caratteristiche di *forcing function* cioè di funzioni guida, trainanti il cambiamento organizzativo, e per la possibilità di essere verificati nei percorsi di accreditamento:

- Prevenire dove già è possibile: applicare linee guida validate, buone pratiche o regole di comportamento suggerite dagli organismi regionali e ministeriali o documentate efficaci in letteratura;
- Incoraggiare le segnalazioni spontanee degli eventi (incident reporting) ed apprendere dall'esperienza (diffondere le informazioni derivate dall'analisi del rischio e adottare comportamenti proattivi);
- Rispondere a incidenti clinici maggiori (gestione del caso, informazione del paziente, analisi delle cause, promozione di interventi mirati al contenimento di incidenti, sviluppo di processi di sostegno ai professionisti...);
- Valorizzare il paziente nei processi di cura considerandolo un alleato per la prevenzione dei rischi migliorando le modalità di informazione/comunicazione con il paziente (consenso, informazione sulle condizioni di salute, informazione sulla prevenzione di rischi, partecipazione alle scelte diagnostiche e

terapeutiche, ascolto e mediazione dei conflitti, etc.);

- Migliorare la gestione della documentazione sanitaria;
- Ottimizzare i flussi informativi sia verso l'esterno che verso l'interno (migliorare la comunicazione intraaziendale e interaziendale di nuove conoscenze, strategie su prevenzione, protezione e sorveglianza sui rischi nel settore sanitario);
- Investire sull'inserimento/affiancamento, sulla formazione e sul mantenimento della competenza del personale;
- Migliorare o monitorare aspetti significativi dell'assistenza (infezioni ospedaliere, gestione del sangue, dimissioni protette, allestimento di terapie personalizzate e vigilanza sui dispositivi medici, gestione del farmaco, ecc.);
- Integrare le informazioni provenienti da terminali diversi (accreditamento, valutazione di performance, sicurezza strutturale e dei lavoratori, incident reporting, reclami, farmacovigilanza, sinistri, registri e sistemi di sorveglianza vari), per sviluppare la conoscenza dei punti critici (mappa dei rischi) del sistema locale e individuare priorità di miglioramento introducendo specifici progetti integrati fra i diversi soggetti coinvolti su tali problematiche;
- Favorire l'agire integrato di commissioni/comitati specialistici (sangue, infezioni ospedaliere, appropriatezza del trattamento farmacologico) per realizzare obiettivi di miglioramento concreti e trasversali all'intera organizzazione aziendale;
- Valorizzare e implementare i percorsi innovativi, percorsi in essere, good practices e PDTA;
- Definire e formalizzare, nel contesto della gestione diretta del sinistro, il processo aziendale di gestione del contenzioso creando un osservatorio aziendale dei sinistri e sostenendo gli aspetti medico-legali delle attività professionali;
- Valutare i processi e gli esiti mediante l'adozione di Key Indicators condivisi;
- Garantire l'aderenza dell'attività a quanto proposto a livello regionale in termini di progetti o metodologie di lavoro.

L'assetto organizzativo che si è ritenuto valido è quello che assume come visuale quella di un "orizzonte di sistema integrato": un approccio gestionale globale alla sicurezza che favorisca l'integrazione delle "diverse sicurezze" aziendali stabilendo sinergie e alleanze, superando la tendenza ricorrente alla frammentazione

organizzativa e professionale. Infatti, se la cultura legittima la struttura, la struttura determina e rafforza la cultura.

A livello aziendale, la funzione specifica del Risk Management è ricondotta all'interno della UOC Medicina Legale e Risk Management incardinata nello staff della Direzione Sanitaria Aziendale. Ciò riflette la necessità di armonizzare la connessione organizzativa e gestionale dello "studio del sinistro" con quella della "sicurezza dei processi clinico- assistenziali"; sia nell'ottica di deflazionare il contenzioso giudiziario sia per contribuire alla conoscenza/mappatura dei rischi aziendali rappresentando il sinistro una specificazione di cui si compone il macro-gruppo degli eventi avversi.

6.1.6. Piano Programma Aziendale per la Sicurezza delle Cure

La strategia aziendale per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure si basa su un sistema finalizzato ad aumentare la sicurezza del paziente e porre l'organizzazione in un'ottica di prevenzione mediante l'allineamento di strategie, processi, risorse umane e tecnologiche. Il sistema di gestione del rischio e sicurezza delle cure all'interno dell'AUSL di Bologna, impostato in coerenza con le disposizioni normative regionali e nazionali, si sviluppa attraverso un percorso di condivisione a tutti i livelli in una logica multidisciplinare e interprofessionale. Per dare concreta attuazione alle scelte strategiche ed agli obiettivi specifici in tema di sicurezza il modello organizzativo adottato in azienda prevede un "Tavolo Strategico Aziendale" (tavolo tecnico presieduto dal Direttore Sanitario e coordinato dal Risk Manager aziendale), un "Nucleo operativo di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure" ed una "Rete di facilitazione" capillarmente diffusa. Il Collegio di Direzione aziendale mantiene funzioni consultive e di indirizzo in particolare rispetto al **Piano Programma aziendale per la sicurezza**. Come sarà in seguito dettagliato, in tema di gestione del rischio l'Azienda assicura l'assolvimento del debito informativo relativo ai flussi in essere, tra i quali si ricordano a titolo di esempio: segnalazioni eventi sentinella (flusso SIMES), segnalazioni Incident Reporting, flusso informativo Circolare RER 18/2016 (compilazione check list di sala operatoria in SDO), segnalazioni di Violenza a danno degli operatori, Farmacovigilanza, Dispositivo Vigilanza, Emovigilanza (flusso SISTRA), Sistema di segnalazione delle morti materne e dei near miss ostetrici, Check-list di sala operatoria (Database SOS-net), SSCL (Surgical Safety Check List), monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza, Database Regionale Sinistri, Infortuni operatori, Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio, flussi inerenti la gestione del rischio infettivo e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Viene altresì garantita l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, quali: adozione del braccialetto per l'identificazione del paziente; utilizzo del foglio unico di terapia (FUT); formazione in tema di sicurezza delle cure ed organizzazione di eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi (Significant Event Audit); adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini "Open Safety Day".

In ottemperanza alle linee di indirizzo regionali, la programmazione delle attività correlate alla gestione del rischio e sicurezza delle cure è pianificata, dettagliata e formalizzata nel documento denominato “Piano Programma Aziendale per la Sicurezza delle Cure” (PPSC), integrato con il Piano prevenzione cadute. Il PPSC ha valenza triennale e prevede, a cadenza annuale, la rendicontazione delle attività svolte.

6.1.7. Prevenzione delle cadute

Il Piano Aziendale triennale per la Prevenzione delle cadute, integrato al Piano Programma Aziendale per la Sicurezza delle Cure, ha lo scopo di circoscrivere il fenomeno caduta, sorvegliarlo ed apprendere i fattori di rischio che contribuiscono maggiormente al suo realizzarsi. Gli obiettivi generali del Piano sono finalizzati a garantire sia un’attenta rilevazione del fenomeno attraverso lo studio dei dati contenuti nel flusso informativo esistente, sia l’implementazione delle Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale (Circ. 21/2016) introducendo così una buona pratica organizzativo-gestionale finalizzata a ridurre numericamente l’incidenza di eventi avversi ed Eventi Sentinella (ES) nonché il numero dei sinistri. Il sistema di segnalazione aziendale prevede l’utilizzo di una specifica scheda strutturata in più sezioni compilata dal medico e dall’infermiere (o altro professionista sanitario) testimoni della caduta. La scheda raccoglie numerose variabili quali: dati del paziente, preventiva valutazione del rischio, presenza di testimoni, struttura e luogo di accadimento, fattori contribuenti/favorevoli, dinamica, modalità e meccanismo della caduta, esito, successivo iter diagnostico-terapeutico, ripercussioni in termini di costi. È disponibile anche una scheda di segnalazione della caduta specifica per l’ambito dell’emergenza territoriale e dei trasporti inter-ospedalieri.

La registrazione degli eventi di caduta avviene in un database aziendale con elaborazione di specifica reportistica a cadenza annuale che viene diffusa a tutte le articolazioni aziendali coinvolte. Al verificarsi dell’ES “Morte o grave danno per caduta di paziente”, nel rispetto dei criteri definiti a livello ministeriale e regionale, la segnalazione avviene conformemente alla Procedura Aziendale P112 “Gestione dell’evento critico” (flusso SIMES). Dalla casistica rilevata è effettuata un’analisi dei dati per evidenziare i fattori che incidono sull’evento (ad es. età, fattori anamnestici, politerapia con farmaci effetto psicotropo e/o cardiologici e/o con alterazioni dello stato cognitivo e neurologico). Di interesse per le ricadute organizzative sono anche l’articolazione organizzativa ed il luogo fisico (fattori di rischio ambientali) ove vi è la maggior frequenza di cadute, al fine di attivare iniziative mirate accompagnate alla preventiva valutazione della sicurezza ambientale tramite check list specifiche.

Gli interventi messi in campo per la prevenzione sono articolati su diversi livelli: Interventi di tipo organizzativo: stesura e implementazione Procedura Aziendale P07 AUSLBO “Prevenzione e gestione dell’evento caduta del paziente in ospedale”; pianificazione degli interventi clinico assistenziali finalizzati a standardizzare le modalità comportamentali dei professionisti; effettuazione di audit di processo presso alcune UU.OO. per verificare il

cambiamento nella gestione dell'evento caduta dopo l'introduzione della procedura accompagnati ad interventi di tipo formativo/informativo rivolto sia agli operatori che utenti (opuscolo informativo per pazienti e caregivers durante la degenza in ospedale e un opuscolo per prevenire le cadute a casa, cartellonistica per le stanze di degenza; diffusione opuscolo informativo "Preveniamo le cadute dei bambini" e predisposizione di cartellonistica per le stanze di degenza di Pediatria).

Se necessario sono programmati interventi di manutenzione ordinaria/straordinaria. La mappatura delle attività di prevenzione e gestione della caduta del paziente è effettuata non solo nel contesto ospedaliero, ma anche territoriale negli Ambulatori/poliambulatori, Case della Salute, CRA.

6.1.8. Segnalazioni di Incident Reporting (IR)

Il sistema di IR, attivo dal 2010, prevede la raccolta sistematica delle segnalazioni di evento avverso/quasi evento, nonché il monitoraggio della implementazione delle azioni di miglioramento (peraltro inserite anche tra gli obiettivi di Budget dei Dipartimenti) e la formazione nelle Unità Operative scarsamente segnalanti. Il sistema di segnalazione è regolamentato dalla Procedura Aziendale P156 AUSLBO "Gestione degli eventi avversi e quasi eventi nello svolgimento delle attività clinico-assistenziali" che prevede l'utilizzo di una scheda di segnalazione compilata spontaneamente dall'operatore coinvolto e di una scheda di analisi dell'evento ed identificazione degli interventi di miglioramento compilata a cura dei facilitatori per la gestione del rischio.

Particolare importanza viene attribuita alla segnalazione dei near miss, in quanto è proprio il monitoraggio dei "quasi incidenti" che dà una reale indicazione dell'estensione del fenomeno. Essi generalmente hanno una frequenza più alta rispetto agli eventi avversi rappresentando di conseguenza spie più oggettive del fenomeno.

6.1.9. Eventi Sentinella (ES)

A livello aziendale è attiva la Procedura Aziendale P112 AUSL BO "Gestione eventi critici" che regola la gestione degli ES in ottemperanza alla normativa nazionale e regionale vigente. Il flusso informativo viene garantito attraverso la segnalazione al livello regionale, tramite la compilazione entro 5 giorni dall'acquisizione della notizia di accadimento, della scheda A SIMES per la descrizione dell'evento e della scheda B SIMES contenente l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti ed il piano d'azione che riporta gli interventi di miglioramento individuati. Inoltre, nel caso di ES di particolare rilevanza e complessità, è prevista la compilazione delle Schede Regionali SIMES C e D quali strumenti funzionali alla verifica di alcune azioni previste dalle LL.GG. ministeriali in tema di comunicazione e gestione nonché al monitoraggio dei piani di miglioramento. Tutti gli ES sono analizzati mediante la metodologia del SEA (Sentinel Event Audit), con partecipazione fattiva e multidisciplinare degli operatori nell'analisi delle difettosità e nei processi da

sottoporre a miglioramento, ed elaborazione di un alert report audit comprensivo del piano di miglioramento e delle relative responsabilità di implementazione/monitoraggio. Sono inoltre organizzati eventi formativi orientati alla sensibilizzazione dei professionisti sanitari al tema della segnalazione e sono implementate le misure di prevenzione e controllo supportate da interventi educativi/formativi.

6.1.10. Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

L'Azienda ha istituito l'UO Servizio Prevenzione e Protezione, collocata nello Staff del Direttore Generale, che si occupa del controllo dei rischi lavorativi.

Al fine di garantire condizioni di lavoro sicure agli operatori, l'Azienda garantisce l'individuazione dei fattori di rischio, la loro valutazione, l'identificazione delle misure di prevenzione e protezione, l'adozione di mezzi di protezione collettivi e personali più idonei per i lavoratori in relazione all'attività svolta, e l'informazione e la formazione periodica dei lavoratori sulla sicurezza e su tutti gli aspetti riguardanti la tutela della salute secondo quanto previsto dal D. Lgs. n. 81/2008.

L'applicazione del processo sicurezza nelle strutture sanitarie spesso si presenta difficoltoso in relazione ad una serie di fattori quali l'alta complessità organizzativa, la pluralità dei soggetti coinvolti, la frammentazione delle responsabilità, la peculiarità dell'attività lavorativa svolta. Con l'obiettivo di superare queste difficoltà e di diffondere la "cultura della sicurezza" a livello aziendale, l'Azienda si avvale di strumenti quali il "Regolamento Aziendale Prevenzione e Sicurezza", diffuso a tutti gli operatori tramite intranet. In esso sono dettagliati i processi di prevenzione e protezione dei lavoratori e ruoli/ responsabilità dei diversi attori del processo: i datori di lavoro, i lavoratori, i dirigenti e i preposti, l'UO Servizio Prevenzione e Protezione, i Rappresentanti dei Lavoratori sulla Sicurezza, il Medico Competente.

Le disposizioni legislative sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro e sulla tutela della salute dei lavoratori richiedono al datore di lavoro di informare i propri dipendenti sui rischi specifici legati alla propria attività lavorativa e di portare a loro conoscenza le norme essenziali di prevenzione da osservare durante la conduzione di queste attività.

L'Azienda raggiunge questo obiettivo attraverso la collaborazione con i propri operatori rendendoli partecipi al miglioramento della sicurezza sul lavoro in Azienda e la realizzazione di interventi formativi specifici e/o mediante la distribuzione di apposita documentazione di facile consultazione consegnata al momento dell'assunzione. L'attività di formazione sulla sicurezza sul posto di lavoro è prevista nel processo di inserimento del personale ed è inserita annualmente nel piano formazione aziendale.

6.1.11. Sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria è esercitata dall'UO Medicina del Lavoro che ha valenza interaziendale tra Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - S.Orsola Malpighi, Azienda USL di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli: ciò consente la condivisione delle modalità operative da adottare in modo uniforme negli operatori del medesimo settore pur afferenti a diverse aziende.

6.1.12. Radioprotezione dei lavoratori

Al fine di garantire l'osservanza di quanto indicato nel D.lgs. n. 101/2020, in materia di protezione, contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, l'Azienda USL di Bologna assicura la sorveglianza fisica della radioprotezione attraverso la nomina di Esperti di Radioprotezione e la sorveglianza medica della radioprotezione attraverso la nomina di Medici Autorizzati. L'UO Fisica Sanitaria ha definito procedure e documentazione informativa relativa alla radioprotezione e alla sicurezza degli operatori specifiche per i differenti rischi dovuti all'impiego di radiazioni ionizzanti nelle varie applicazioni diagnostiche e terapeutiche.

Esiste una gestione integrata da parte dell'UO Fisica Sanitaria relativa all'approvvigionamento di materie radioattive e al trasporto ai servizi utilizzatori con successivo ritiro e stoccaggio delle scorie radioattive prodotte.

La protezione contro i pericoli derivanti dall'impiego delle radiazioni non ionizzanti (Risonanza Magnetica - RM) viene assicurata dall'Azienda mediante la nomina di Esperti della sicurezza in RM.

6.1.13. Promozione della cultura della prevenzione delle malattie infettive

L'Azienda annualmente diffonde agli operatori sanitari tramite intranet la campagna di promozione della cultura della prevenzione delle malattie infettive, comprensivi di eventi formativi per ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale a tutela della salute dei degenti e degli operatori stessi. Organizza inoltre un'offerta attiva delle vaccinazioni al fine di ridurre la frequenza delle malattie prevenibili.

6.1.14. Radioprotezione dei pazienti

L'Azienda USL di Bologna attraverso l'UO Fisica Sanitaria contribuisce all'ottimizzazione della protezione dei pazienti contro i pericoli derivanti dalle radiazioni ionizzanti in ottemperanza a quanto prescritto da D.Lgs. 101/2020. L'UO Fisica Sanitaria, in collaborazione con i responsabili degli impianti radiologici, di medicina nucleare e di radioterapia, sulla base di protocolli predefiniti e concordati, effettuano le prove di accettazione, di stato e di costanza, delle apparecchiature radiogene diagnostiche e per terapia.

6.1.15. Sorveglianza e controllo delle malattie nel Dipartimento Sanità Pubblica

Il Dipartimento Sanità Pubblica (DSP) garantisce l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive di particolare rilevanza: arbovirosi, morbillo, rosolia, salmonellosi e tubercolosi.

Sono inoltre svolte attività, richieste dalla normativa, legate alla prevenzione della legionellosi, alle malattie trasmesse da vettori.

Il DSP attua il Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale in coerenza con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale.

6.1.16. Farmacovigilanza, Dispositivovigilanza ed Emovigilanza

In questi temi l'Azienda svolge un costante monitoraggio delle segnalazioni ed assolve puntualmente allo specifico debito informativo come previsto dalla normativa vigente grazie anche alla nomina di specifici Referenti nominati nelle articolazioni organizzative interessate (Farmacia, Ingegneria Clinica, Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale Area Metropolitana di Bologna). Sono inoltre organizzati eventi formativi/informativi destinati al personale sanitario e non (es. CCM, cittadini), coinvolgenti anche la Medicina di Base.

6.1.17. Contrasto al rischio infettivo e prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

L'assetto organizzativo aziendale in tema di gestione del rischio infettivo, definito coerentemente alla normativa regionale (DGR 318/2013), prevede:

- 1) un "Nucleo strategico per la gestione del rischio clinico", organismo permanente di emanazione del Collegio di Direzione presieduto dal Direttore Sanitario, con la funzione di definire annualmente le strategie aziendali di intervento ed effettuare il monitoraggio dei risultati;
- 2) un "Nucleo operativo per il controllo ICA" con il compito di proporre ed attuare le misure previste per la gestione del rischio infettivo per quanto concerne la prevenzione ed il controllo delle infezioni e rendicontare i risultati raggiunti,
- 3) un "Nucleo operativo per l'uso responsabile degli antibiotici" con il compito di proporre ed attuare le misure di gestione del rischio infettivo per quanto riguarda le politiche aziendali di governo dell'uso responsabile di antibiotici e Stewardship antimicrobica e di rendicontare i risultati raggiunti
- 4) una Rete di Referenti/Facilitatori delle UU.OO. Ospedaliere e di Referenti/Facilitatori dei Servizi territoriali e delle Strutture Socio-Sanitarie con la funzione di lavorare in rete, reciprocamente e con i Nuclei operativi, per assicurare l'effettiva attuazione delle politiche di sorveglianza e controllo stabilite.

Alcune delle attività messe in campo per la sorveglianza e monitoraggio delle ICA ed il contrasto al rischio infettivo sono ad es. Check List di Sala Operatoria -SOS.net, Progetto regionale “OssERvare”, Strumento “Vi.Si.T.A.RE”.

Ulteriori attività in cui l’Azienda è impegnata sono:

- il sistema per la sorveglianza e il controllo di microrganismi con profili di resistenza inusuale (tra cui enterobatteri produttori di carbapenemasi) e degli eventi epidemici, impegno che consente di monitorare la situazione epidemiologica locale e di intervenire tempestivamente in casi di particolare gravità e criticità
- la campagna sull’igiene delle mani monitorata tramite i consumi di gel idroalcolico
- iniziative di formazione periodica per aggiornare le conoscenze degli operatori in tema di prevenzione e controllo ICA
- attivazione della Rete infettivologica Metropolitana per contrastare il fenomeno di resistenza microbica (Antimicrobial Stewardship). E’ stata perciò attivata una rete integrata tra le strutture ospedaliere, extraospedaliere e territoriali che insistono sull’area bolognese mediante la definizione di specifici percorsi di cura interaziendali. L’Hub della Rete è rappresentato dalla U.O. Malattie Infettive dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, mentre gli “Spoke di riferimento” sono rappresentati dagli Ospedali Maggiore e Bellaria nei quali è attivo il Consultant Team multidisciplinare, operante in stretto raccordo con l’Hub, caratterizzato da molteplici funzioni che spaziano dalle attività di consulenza alla implementazione di progetti di Stewardship antimicrobica, dalla definizione e standardizzazione delle modalità di approccio al paziente con problemi infettivologici ricoverati negli ospedali “di cintura” ove non è attivo un Team consultant locale alla funzione di raccordo costante con la Microbiologia dell’AOU per la ricezione di alert.

7. Criterio - Processi di miglioramento e innovazione

7.1. L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.

7.1.1. Caratteristiche di qualità e Standard di Servizio

L'individuazione di quali siano i prodotti da erogare, la misurazione dei processi e dei risultati dagli stessi conseguiti, sono prassi indispensabili per una corretta pianificazione delle attività ed una efficiente gestione delle risorse dedicate, come risposta ai bisogni degli utenti.

L'adozione di Caratteristiche di qualità e Standard di Servizio è occasione per gli operatori sanitari di rendere evidente e trasparente i livelli di prestazione nelle singole situazioni cliniche (o, nell'ambito dell'attività di prevenzione, nell'erogazione di servizi) e si pone nell'ottica del miglioramento continuo delle proprie attività, che prevede, come primo aspetto, la definizione degli obiettivi specifici, misurabili e realistici verso cui tendere e il monitoraggio del raggiungimento o della tendenza di quegli stessi obiettivi, come esplicitato nel criterio 1 al quale si rimanda. Il processo di definizione degli Standard di Servizio consiste in una fase iniziale di individuazione, valutazione e adattamento di linee guida o altri fonti scientificamente validate, la loro successiva implementazione e il monitoraggio delle attività e dei risultati raggiunti.

Nella selezione delle caratteristiche di qualità importanti per il monitoraggio, l'accento posto sul governo clinico dei nostri processi ha portato a privilegiare alcune caratteristiche prioritarie relative ad aspetti di qualità tecnico-professionale, in particolare:

- Efficacia
- Tempestività
- Appropriatelyzza
- Accuratezza
- Equità
- Accessibilità
- Sicurezza
- Efficacia informativa
- Continuità delle cure.

7.1.2. L'integrazione tra gli aspetti clinici e quelli organizzativi/gestionali

Nella definizione degli standard di servizio e, quindi, nella analisi dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali-riabilitativi, l'integrazione tra gli aspetti clinici e quelli gestionali - e quindi la definizione delle modalità organizzative che concorrono al rispetto degli standard clinici di riferimento - si evidenzia nella dichiarazione di standard accettabili e/o desiderabili in relazione al preciso contesto di riferimento.

L'aspetto relativo alla qualità intesa in senso organizzativo (efficienza, costi, ecc.) che prevede l'analisi del processo diagnostico-terapeutico-assistenziale-riabilitativo considerando anche gli aspetti gestionali, può essere utile per evidenziare le modalità organizzative che garantiscono il rispetto degli standard clinici di riferimento.

Nell'ambito della definizione dello Standard di Servizio vengono quindi presi in considerazione sia gli standard di riferimento ottimali legati alla pratica clinica (che si evincono dalle Linee Guida) corrispondenti al *Golden Standard*, sia gli standard riferiti agli obiettivi che riguardano l'attività diagnostica – terapeutica – assistenziale-riabilitativa in essere (standard desiderabili e/o accettabili).

7.1.3. Requisiti per i prodotti e servizi

I requisiti relativi ai servizi dipendono strettamente dalle diverse tipologie di clienti. Sono quindi presi in considerazione i requisiti del singolo utente/paziente, quelli della cittadinanza di riferimento e quelli degli *stakeholder*, con particolare riferimento alle Istituzioni.

Per quel che attiene i singoli utenti/pazienti i requisiti possono essere espliciti, rilevati mediante indagini sulla qualità percepita, attraverso cui si misura il livello di soddisfazione degli utenti rispetto ad aspetti specifici, quali, ad esempio:

- Informazione
- Percezione della competenza del personale
- Tempi di risposta e di attesa
- Attenzione e rispetto verso la persona
- Organizzazione dell'ospedale
- Pulizia e comfort della struttura
- Sempre attraverso tali indagini si rileva l'importanza attribuita dagli utenti - intesa come "aspettativa" - alle seguenti aree:

- Servizi offerti da medici e infermieri
- Organizzazione dell'Ospedale
- Servizi Alberghieri

Nella determinazione dei requisiti dei servizi erogati particolare attenzione viene posta ai requisiti cogenti.

7.1.4. Miglioramento

Generalità

L'approccio metodologico e culturale scelto dalla nostra azienda per dare struttura e basi al Sistema Qualità è quello del Miglioramento Continuo. La metodologia del Miglioramento Continuo si presta infatti all'integrazione con le Politiche del Governo Clinico e con le indicazioni normative nazionali e regionali in materia di Accreditamento per l'area sanitaria, e con i requisiti previsti dalla norma ISO 9001:2015, permettendone uno sviluppo dinamico attraverso l'implementazione del metodo PDCA (Plan, Do, Check, Act) e l'utilizzo degli strumenti di problem finding e problem solving (individuazione e soluzione dei problemi).

Il metodo del PDCA è utilizzato in occasione sia di aspetti aziendali di grande rilievo (pianificazione strategica), sia di attività più limitate svolte all'interno di un'articolazione organizzativa (pianificazione operativa).

Il PDCA a livello strategico

A livello strategico, il ciclo PDCA è legato al processo di Budget descritto nel criterio 1.

In particolare la fase di Check, ovvero di autovalutazione/autodiagnosi dell'organizzazione intesa come "bilancio dell'anno precedente", si avvale del confronto degli obiettivi raggiunti rispetto ai risultati attesi.

All'autodiagnosi segue la fase di pianificazione strategica, ovvero il riferimento ad obiettivi ed azioni da implementare per il loro raggiungimento nel periodo successivo. Tale pianificazione dà origine a due tipi di azione: quelle che possono essere affrontate con interventi a breve termine ed urgenti a seguito del Check, che quindi vengono immediatamente realizzate (ACT), e quelle di più ampia portata strategica ed organizzativa, che vengono riportate alla fase di PLAN per l'anno seguente.

La fase di PLAN, infatti, prevede la pianificazione del *core business* (Piano delle Azioni aziendale) e la pianificazione dei miglioramenti necessari per conseguire gli obiettivi prefissati. Il piano di miglioramento è quindi integrato al piano delle azioni aziendali. Attraverso il *deployment* della pianificazione si giunge a piani operativi coerenti e complementari a livello di Dipartimento/articolazione organizzativa.

La fase DO prevede la realizzazione dei piani. Ad essa segue la fase di Check/autovalutazione a fine anno/periodo, riprendendo quindi il ciclo.

Il PDCA a livello operativo

A livello operativo il ciclo PDCA non cambia rispetto al metodo descritto in precedenza, ma cambia il contesto e l'impatto che questo ha all'interno dell'organizzazione e sul cliente (Cittadino/utente). In particolare le azioni di miglioramento intraprese nelle singole articolazioni organizzative sono relative ai processi direttamente gestiti dalle stesse articolazioni.

L'approccio metodologico è indicato nella procedura P015AUSLBO "Gestione delle Non Conformità e delle azioni correttive per il miglioramento continuo" corredato dal "Sussidio per l'implementazione del miglioramento continuo attraverso il ciclo PDCA".

In caso le Azioni di Miglioramento comportino il coinvolgimento di diverse articolazioni organizzative, la loro implementazione prevede una gestione congiunta e, se le criticità che ne richiedono l'attivazione incidono profondamente sui processi di erogazione delle attività, può richiedere una rilettura organizzativa e quindi il coinvolgimento della Direzione Aziendale.

Le attività di formazione vengono definite all'interno dei progetti di miglioramento specifici ed inserite nei Piani della Formazione come esplicitato nel criterio 4.

Il monitoraggio della realizzazione dei progetti di miglioramento è assicurato dall'attività di analisi degli indicatori definiti in fase di progettazione e registrati nell'ambito della Verifica delle Attività annuale, quindi dalla Direzione dell'articolazione organizzativa che ha implementato il progetto. I progetti di miglioramento sono oggetto di valutazione anche in corso di audit interni o, se di pertinenza, nell'ambito del processo di segnalazione dei cittadini come da procedura P27AUSLBO.

7.2. L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico

Nell'attuale assetto regolatorio le competenze relative alle valutazioni di nuovi dispositivi con procedure di **Health Technology Assessment** sono state trasferite al livello regionale, che deve operare a sua volta nell'ambito della rete RIHTA (Rete Italiana HTA), un network collaborativo tra le tecno-strutture delle Regioni e l'Agenas. Le specifiche competenze attribuite alla CDM-AVEC ed ai Nuclei Operativi Locali-DM, devono consentire un sistema complessivo di governo che garantisca innovatività, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità economica dei dispositivi medici in uso nell'AVEC. A tal fine recentemente l'Azienda ha recepito con la Deliberazione 265/2020 le indicazioni e i principi della Commissione Regionale Dispositivi Medici al fine di garantire il governo dei DM nelle strutture ospedaliere e territoriali delle Aziende Sanitarie AVEC. Il

Regolamento contenuto nell'atto definisce l'organizzazione interna, le procedure operative di funzionamento e i criteri decisionali della Commissione Dispositivi Medici in relazione alle procedure di introduzione, gestione e monitoraggio dei Dispositivi Medici nell' Area Vasta Emilia Centro. Al fine di promuovere l'appropriatezza d'uso dei DM in ambito locale, la CDM AVEC:

- individua e condivide con i Nuclei Operativi Locali le modalità di implementazione delle Raccomandazioni/Linee di Indirizzo emanate dalla Regione
- redige eventuali ulteriori documenti di indirizzo, raccomandazioni specifiche e/o percorsi diagnostico-terapeutici in merito a procedure inerenti l'uso dei DM
- elabora specifici progetti relativi sia all'appropriatezza d'uso di particolari dispositivi medici sia alla loro gestione con l'obiettivo di aumentarne la sicurezza e/o contenere i costi
- effettua il monitoraggio dei livelli di appropriatezza d'uso dei DM, individuando ove possibile specifici indicatori e standard di riferimento.

Per quanto riguarda le tecnologie sanitarie vedi criterio 3.

7.3. L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative.

Progettazione e Sviluppo

L'Azienda ha sostenuto lo sviluppo della cultura della progettazione, al fine di renderla efficace ed efficiente, e per coinvolgere i professionisti nello sviluppo dei progetti strategici, ha promosso e realizzato all'interno dell'Azienda nei primi anni di sviluppo dell'organizzazione corsi formativi di Project management.

Successivamente le responsabilità di coordinamento di gruppi di progetto sono state affidate a professionisti qualificati e, in particolare, le regole per la realizzazione di studi clinici e progetti finanziati/co-finanziati da enti esterni sono definite da procedure aziendali specifiche.

Ambiti oggetto di progettazione all'interno dell'Azienda sono:

- l'introduzione di nuove tecnologie
- l'introduzione di nuovi servizi/prestazioni
- la progettazione dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali

- il re-engineering dei processi strategici, gestionali e di supporto
- modifiche sostanziali dovuti a vincoli esterni (ad esempio vincoli legislativi e/o normativi)
- la realizzazione di infrastrutture
- la realizzazione di percorsi formativi
- i miglioramenti che si rendono necessari a seguito di criticità emerse da indagini di qualità percepita dagli utenti, audit organizzativi di 1° e 3° parte, riesami della direzione.

7.4. L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.

L'Azienda e l'intero Sistema Sanitario Regionale stanno da tempo concentrando sforzi per la promozione della **ricerca** al loro interno. Recenti documenti (Dossier regionale 182, Piano Aziendale della Ricerca e Innovazione) documentano la fattiva intenzione di portare elementi costruttivi per lo sviluppo di queste attività.

Una specificità di contesto particolarmente interessante per la ricerca nell'AUSL di Bologna è rappresentata dalla significativa presenza, all'interno di una azienda sanitaria territoriale, di ricercatori universitari inseriti nelle attività clinico-assistenziali, specificatamente nel Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche, nell'area dell'Anatomia Patologica e nell'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna IRCCS. Pur consapevoli che in questi specifici ambiti sussistono elementi di contesto particolari (ad esempio canali di finanziamento, priorità peculiari del mondo della ricerca accademica...), il Piano Aziendale per la Ricerca cerca di potenziare la crescita della ricerca perseguendo ambiti di collaborazione, integrazione ed armonizzazione.

Il Piano Aziendale per la Ricerca, documento a validità triennale, è pensato come strumento di supporto in grado di indurre un cambiamento per arrivare ad accrescere complessivamente le opportunità di sviluppare la ricerca in Azienda.

In osservanza della legge regionale n. 29/2004 è implementato il board della ricerca denominato Osservatorio Aziendale per lo Sviluppo e l'Innovazione (OASI). L'OASI è un organismo che svolge attività di supporto all'Azione propositiva del Collegio di Direzione in tema di sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione. Ha funzioni consultive, di monitoraggio e propositive, che svolge avvalendosi delle competenze dell'infrastruttura aziendale per la ricerca e l'innovazione.

I componenti dell'OASI sono nominati dal Direttore Generale su proposta del Collegio di Direzione e rappresentano competenze multidisciplinari sia di natura clinica che organizzativo-gestionale.

Le funzioni dell'OASI sono di seguito declinate:

- Proposta al Collegio di Direzione delle aree di ricerca strategiche e dei settori emergenti da valorizzare;
- Verifica della congruità dei nuovi progetti di ricerca e innovazione rispetto alle linee strategiche;
- Validazione del piano formativo aziendale per la ricerca;
- Supporto alla diffusione interna di opportunità di ricerca e di finanziamenti (call/bandi) fra cui la gestione del Fondo Aziendale Ricerca (FAR);
- Proposta al Collegio di Direzione delle modalità di valorizzazione delle attività di ricerca finanziate;
- Promozione dell'interazione tra le attività di ricerca e innovazione dell'Azienda e dell'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (ISNB)
- Verifica dello stato di avanzamento del piano della ricerca e validazione del documento di rendicontazione annuale;

Sono inoltre funzioni proprie dell'OASI:

- A. Supporto all'elaborazione e sviluppo del Piano della ricerca
- B. Vigilanza sul potenziale impatto di carattere organizzativo, gestionale ed eventualmente anche etico, che tutte le iniziative di ricerca e innovazione possono avere sull'operatività dei servizi;
- C. Individuazione di tutti i progetti/iniziative che - oltre alle sperimentazioni cliniche sui medicinali e dispositivi diagnostici che, per legge, devono comunque avere il parere autorizzativo del Comitato Etico (CE) - necessitano di una valutazione da parte del CE stesso;
- D. Consolidamento delle relazioni tra Collegio di Direzione, Direzione Generale e Comitato Etico; L'operatività dell'OASI è garantita dall'infrastruttura aziendale per la ricerca e innovazione.

Nello svolgimento delle proprie funzioni l'OASI si avvale delle competenze dei singoli componenti dell'osservatorio e, all'occorrenza, della creazione di Gruppi di lavoro multi professionali-multi disciplinari appositamente strutturati con ricorso a Professionisti aziendali con requisiti idonei allo sviluppo dei lavori.

La rendicontazione della attività scientifica è condotta con l'utilizzo di un sistema di valutazione avanzata della ricerca utilizzato anche a livello regionale (SCIVAL).

Per quanto attiene agli **studi clinici** l'UO Governo Clinico e Sistema Qualità interviene nelle varie fasi del percorso che gli studi clinici, approvati dal Comitato Etico, devono seguire: dall'adozione della determina autorizzativa fino alla stesura dei contratti, ove necessari, e loro conseguente formalizzazione; inoltre cura gli aspetti propriamente legati al finanziamento degli studi e le relazioni con gli sperimentatori, i responsabili amministrativi della ricerca nei Dipartimenti, gli Sponsor e/o le CRO (Clinical research organization). In tutto questo percorso l'attività del Governo Clinico avviene in collaborazione con il Comitato Etico.

Per l'autorizzazione allo svolgimento delle sperimentazioni (studi sperimentali, osservazionali e pre-clinici) in tutte le sedi dell'Azienda USL di Bologna, gli ambulatori dei MMG, PLS e degli specialisti ambulatoriali si adotta quanto definito dalla procedura "Gestione degli studi clinici - P025AUSLBO".

8. Criterio- Umanizzazione

8.1. L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.

Il tema dell'umanizzazione in termini di promozione di ambienti e comportamenti finalizzati al benessere delle persone, oltre che all'eliminazione delle discriminazioni e delle barriere (fisiche, sociali e culturali) nell'accesso e fruizione ai servizi sanitari, viene considerato come strettamente connesso al tema dell'equità dell'assistenza sanitaria ed è al centro dell'attenzione delle trascorse ed attuali politiche nazionali e regionali.

L'Azienda ha realizzato differenti attività collegate al tema attraverso l'adesione a progetti di ricerca regionale promossi dalla Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare della regione Emilia-Romagna, con il supporto metodologico dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale:

Ricerca autofinanziata "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", promossa dall'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali - AgeNaS). Nell'anno 2012 l'Azienda ha partecipato alla sperimentazione (svolta presso l'ospedale Maggiore di Bologna) di AgeNaS per definire modalità per la "valutazione partecipata dell'umanizzazione delle strutture di degenza" e nel 2015 al Progetto successivamente messo a punto che ha comportato un'ulteriore rilevazione svolta presso l'ospedale Bellaria di Bologna.

Progetto "Health Literacy" (collegato alla Scheda attuativa n.27 del PSSR 2017-2019)

Progetto "Prassi di umanizzazione". Nel 2018 l'Azienda ha aderito a un progetto di miglioramento regionale "Prassi di umanizzazione", finalizzato alla ricognizione/monitoraggio delle prassi di umanizzazione nelle strutture ospedaliere e territoriali, e valutazione del loro impatto sul benessere degli utenti e del personale sanitario. Le prassi aziendali raccolte fanno ora parte di un Catalogo Regionale, finalizzato allo scambio di esperienze fra Aziende sanitarie e alla promozione dei progetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza.

Progetto "Linee d'indirizzo per il raggiungimento del benessere ambientale nelle strutture sanitarie". Alcune strutture dell'Azienda sono state scelte come casi studio e visitate da parte di un'equipe regionale, ai fini di testare potenziali contenuti delle Linee regionali.

Progetto "Equità in pratica". Dal 2018 è nominato il referente aziendale dell'equità e rinnovato il board aziendale per l'equità (prot. 11232 del 28.1.2019). I temi trattati dal board, trasversali a tutte le strutture e dipartimenti dell'Azienda, sono stati inseriti nel piano delle azioni di contrasto alle disuguaglianze 2018-2020 (delibera 72 del 2019).

L'Azienda ha redatto il **Piano Aziendale per l'Umanizzazione delle Strutture 2019-2020**, all'interno del quale vengono messe a sistema tutte le attività di umanizzazione/equità realizzate e da realizzare. Tutte le esperienze descritte "sono accomunate dalla caratteristica di porre il cittadino al centro dell'attenzione dell'organizzazione mettendolo nella condizione di meglio comprendere i messaggi, le dinamiche, i percorsi che incontra ma anche la capacità di prevenzione ed espressione che, in modo autodeterminato e consapevole può esercitare" (https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dg/serv_qual/auslbo-accreditamento-21-23-maggio-2019/Piano%20umanizzazione%20AUSLBO%202019-2020.pdf).

8.1.1. Il Comitato Ospedale-Territorio Senza Dolore

Particolare attenzione viene rivolta al paziente e all'esperienza del dolore. Per contrastare i dolori inutili e promuovere il miglior trattamento del dolore è stato istituito il Comitato aziendale Ospedale-Territorio Senza Dolore in ottemperanza alla legge 15 marzo 2010 nr 38: un tavolo di lavoro permanente composto da professionisti che si occupano a vario titolo del trattamento del dolore in tutti i setting assistenziali. La presenza di questo Comitato assicura un osservatorio specifico del dolore, favorisce la formazione del personale, la divulgazione e l'applicazione di linee guida, protocolli e strumenti validati per la misura ed il trattamento del dolore.

8.1.2. Il Comitato Etico di Area Vasta Centro

costituisce lo strumento per garantire, nell'ambito del rispetto della persona, uno sviluppo organico e costante di studi, ricerche, formazione, educazione, referenze scientifiche e consulenze in tutti i settori in cui opera l'Azienda. Esplica le sue funzioni a favore delle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana e della Provincia di Ferrara.

8.2. Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e al rispetto delle differenze e delle fragilità.

L'Azienda si impegna nella realizzazione di attività su più ambiti finalizzate alla facilitazione dell'accesso ai percorsi sanitari e socio-sanitari e per una accoglienza personalizzata, a garanzia di una maggior equità.

8.2.1. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le strategie e le azioni messe in atto consentono di mantenere i tempi di attesa entro gli standard previsti per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio sia per gli accessi ordinari che per le Urgenze differibili.

In particolare, per migliorare l'efficienza produttiva:

- è implementato su tutte le agende CUP il regolamento aziendale per la gestione delle agende di specialistica che consente di attivarne l'apertura progressiva e continuativa automatizzata
- il sistema di prenotazione interno delle prestazioni di specialistica è integrato (applicativo aziendale) con il sistema di prenotazione esterno (CUP); ciò consente di immettere nel circuito CUP i posti che non sono stati occupati attraverso le prenotazioni interne.
- è distribuita e potenziata a livello territoriale l'offerta per le prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata in integrazione con l'AOU S. Orsola-Malpighi ed i fornitori afferenti al settore privato Accreditato
- è centralizzata la lista di attesa degli interventi di chirurgia minore.

8.2.2. Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa

L'Azienda promuove l'implementazione della strutturazione delle aree integrate di intervento in particolare per la promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche, attivando la presa in carico negli ambulatori infermieristici, in particolare per la gestione condivisa di pazienti affetti da scompenso cardiaco, post infarto miocardico acuto, diabete. Ciò determina una positiva ricaduta assistenziale ed organizzativa sulle cure domiciliari. La presa in carico della fragilità nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare vede l'integrazione tra ambito sanitario e sociale e il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, care-giver, associazioni di volontariato).

8.2.3. La Mediazione culturale

L'incremento della popolazione straniera, regolarmente o irregolarmente presente, che accede alle strutture sanitarie del territorio dell'Azienda USL per fruire di interventi sanitari, ha messo in evidenza la necessità di assicurare un servizio dedicato al miglioramento dell'accesso e alla facilitazione all'utilizzo dei servizi sanitari e all'empowerment delle persone straniere attraverso il potenziamento e l'organizzazione strutturata degli interventi di mediazione interculturale socio- sanitaria. Per garantire l'attività di mediazione interculturale necessaria per rispondere ai bisogni comunicativi rappresentati sia dai professionisti che operano nei servizi socio-sanitari, sia dai cittadini stranieri che accedono alle strutture sanitarie, l'Azienda stipula appositi contratti con fornitori esterni per garantire mediazione linguistico-culturale, interpretariato, traduzioni, attività sociali e altri servizi indirizzati a soggetti disagiati anche in caso di lingue rare e idiomi meno conosciuti.

Obiettivo dell'Azienda è:

- agevolare e migliorare l'accesso dell'utenza straniera ai servizi dell'Azienda USL
- facilitare la relazione fra i professionisti e l'utenza straniera
- contribuire ad individuare, attraverso un'osservazione costante, gli ostacoli e le difficoltà che incontrano gli stranieri nell'accesso ai servizi
- collaborare a migliorare la qualità dei servizi proponendo percorsi ottimali che concorrano a facilitarne l'utilizzo da parte dell'utenza straniera.

L'attività di mediazione interculturale esistente nella nostra Azienda si attua attraverso l'attivazione di contratti, a seguito di gare d'appalto, con ditte specializzate per fornire risposte telefoniche e o servizio di interpretariato e mediazione culturale in presenza, a chiamata presso i reparti ospedalieri e le strutture territoriali. Nell'ambito delle peculiarità degli utenti target del **Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche** si segnala:

- L'attività relativa all'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico in applicazione del Programma Regionale per i Disturbi dello Spettro Autistico (PRIA)
- L'assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale attraverso la valutazione e la co-progettazione con l'Unità di Valutazione Multidisciplinare di progetti personalizzati utilizzando il Budget di Salute, in ottemperanza agli indirizzi regionali
- I Percorsi di inserimento in strutture comunitarie dell'Area Dipendenze Patologiche

8.3. É prevista la formazione degli operatori inerenti gli aspetti relazionali

La formazione sugli aspetti relazionali delle differenti figure professionali trova collocazione nell'ambito dei PAF elaborati a livello di ciascun Dipartimento sulla base delle specifiche esigenze e bisogni individuati.

8.4. Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti

L'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino (UO QuARC), in collaborazione con i Dipartimenti, i Distretti, altre funzioni di Staff e i CCM sviluppa strumenti di rilevazione e realizza indagini sulla qualità percepita da specifici target di utenza, relativa ad aspetti importanti per l'utente e correlati alla realizzazione dei servizi (informazione, cortesia, disponibilità all'ascolto, continuità assistenziale), al fine di costruire percorsi in grado di soddisfare le esigenze espresse ed implicite. La qualità relazionale rappresenta quindi uno degli aspetti sottoposti a valutazione tramite gli strumenti di ascolto predisposti.

8.5. È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA

8.5.1. Relazioni con il cittadino

La partecipazione dei cittadini è governata a livello centrale dall'UO QuARC, il cui obiettivo è di promuovere la cultura e omogeneizzazione degli strumenti di comunicazione esterna, di raccolta delle loro segnalazioni al fine di proporre miglioramenti organizzativi e di fungere da elemento di snodo con la Direzione aziendale. Ogni macrostruttura ha individuato un referente per le "Relazioni con il Cittadino"; il personale, appositamente formato, è in grado di accogliere il cittadino e ascoltare i bisogni che esprime per facilitare la risoluzione del problema. In particolare I referenti:

- garantiscono il diritto all'informazione sui servizi, sulle prestazioni e sugli accessi:
- ascoltano suggerimenti, reclami, proposte relative a disservizi e attivano l'istruttoria al fine di dare risposta esauriente al cittadino nei tempi previsti
- offrono ai cittadini tutte le informazioni necessarie per l'accesso alla documentazione amministrativa e sanitaria in sintonia ai principi di semplificazione e trasparenza amministrativa
- facilitano l'accesso ai servizi
- promuovono l'immagine aziendale mediante la valorizzazione dei servizi offerti.

8.5.2. Comitati Consultivi Misti e Comitato Unico Familiari e Operatori

L'Azienda favorisce e facilita la comunicazione/partecipazione tra cittadini, organizzazioni di volontariato e Azienda stessa attraverso i Comitati Consultivi Misti (CCM) e il Comitato Unico Familiari e Operatori (CUFO) del Dipartimento Salute Mentale-DP. In particolare, i due Comitati svolgono attività per verificare il grado di coinvolgimento dell'Azienda nel miglioramento dei servizi e della qualità della comunicazione col cittadino per quanto concerne:

- l'attuazione delle metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell'utente, anche attraverso collaborazioni con l'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino;
- le iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza e/o iniziative di educazione e promozione della salute e di protezione dal rischio;
- l'attuazione delle proposte di miglioramento conseguenti l'analisi e la valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell'utente;

- l'aggiornamento della Carta dei Servizi e il mantenimento degli impegni assunti dall'Azienda nella Carta dei Servizi.

I sei CCM presenti uno in ogni Distretto dell'Azienda, svolgono ogni anno diverse attività i cui risultati sono condivisi in sede di coordinamento dei CCM che si svolge ogni mese. Tra i numerosi progetti/attività promossi e realizzati dai CCM si ricorda il "Progetto Visite" dei CCM presso strutture sanitarie" svolto a partire dal 2005 e che ha portato a definire all'interno di un Gruppo di lavoro misto AUSL/CCM, criteri, strumenti e modalità di valutazione della Qualità dell'assistenza erogata presso strutture di degenza aziendali, residenze sanitarie, poliambulatori. I risultati delle visite svolte sono stati analizzati e presentati a CCM e operatori e hanno messo in luce elementi divenuti oggetto di interventi di miglioramento.

Il CUFO-SM, come da suo regolamento, è un organismo di partecipazione dei cittadini nell'area della Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, opera nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche e svolge le seguenti funzioni:

- collaborazione con i CCM per il controllo della qualità dei servizi sanitari dal lato dell'utente e attività e prestazioni erogate;
- pareri sulle scelte organizzative del DSM-DP;
- monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza;
- collaborazione con l'AUSL e con i Distretti per la co-progettazione ed attuazione di progetti di sussidiarietà finalizzati al miglioramento della condizione degli utenti e delle famiglie, nell'ambito della realizzazione del Piano Socio-sanitario a livello locale.
- raccordo con il Comitato Consultivo Misto Aziendale (CCMA) e con i Comitati Consultivi Misti di Distretto (CCM di Distretto).

Il CUFO svolge ogni anno diverse attività, anche tramite gruppi di lavoro e di approfondimento, su tematiche inerenti alla salute mentale e ai bisogni espressi da operatori, utenti e loro caregiver.

8.5.3. Rilevazione di indicatori per la valutazione dal punto di vista del cittadino

Fra le attività per la rilevazione delle non conformità e/o dei disservizi, promosse dai Comitati Consultivi Misti aziendali e distrettuali e coordinate dall'UO QuARC, vengono condotte delle rilevazioni ad hoc e/o su richiesta stessa dei CCM distrettuali di indicatori di qualità dal punto di vista dei cittadini. Tali rilevazioni (chiamate anche "audit civici") seguono una procedura e vengono realizzate tramite visite condotte da equipe miste (cioè composte da cittadini e da operatori). Le equipe miste hanno a disposizione delle Checklist, differenti in base al servizio valutato ed elaborate prendendo spunto da modelli nazionali/regionali (AGeNaS), per rilevare la presenza/assenza di elementi che qualificano i diversi servizi aziendali (es. stabilimenti ospedalieri, RSA, DSM-DP). Sulla base delle criticità rilevate vengono proposte azioni di miglioramento.

