

PIANO DELLA PERFORMANCE

Anni 2016 - 2018



Revisione n.1 del 30-06-2016

Sommario

Premessa	3
1. Identità dell'azienda sanitaria	4
1.1 Chi siamo e cosa facciamo	4
1.2 Contesto nel quale si opera.....	6
1.3 Il personale.....	10
1.4 I dati economici.....	12
1.5 Come operiamo	17
2. Gli impegni strategici, gli obiettivi aziendali e le dimensioni della performance	20
2.1 Dimensione di performance dell'utente.....	23
2.1.1 Area di performance dell'accesso e della domanda	23
2.1.2 Area di performance dell'integrazione	27
2.1.3 Area di performance degli esiti	33
2.2 Dimensione di performance dei processi interni	36
2.2.1 Area di performance della produzione.....	36
2.2.2 Area della performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	41
2.2.3 Area di performance dell'organizzazione	46
2.2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza	48
2.3 Dimensione di performance innovazione e sviluppo	50
2.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica	50
2.3.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo.....	51
2.4 Dimensione di performance della sostenibilità.....	53
2.4.1 Area di performance economico-finanziaria	53
2.4.2 Area di performance degli investimenti	64
4. Misurazione e valutazione della performance	73
5. Indicatori di risultato.....	76

Premessa

Il piano della performance è un documento di programmazione triennale previsto dalla normativa nazionale (DL 150/2009) che individua gli obiettivi strategici ed operativi, con gli indicatori e gli strumenti per la misurazione della performance aziendale, nelle sue diverse dimensioni. La declinazione aziendale tiene conto delle linee guida per l'applicazione del ciclo di gestione delle performance nelle aziende ed enti del SSR della Regione Emilia-Romagna, delineate dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Oltre all'adempimento di quanto disposto dalla normativa, il piano della performance si pone l'obiettivo di diventare:

- uno strumento di supporto alla guida dell'azienda nei confronti dei professionisti interni e di responsabilizzazione collettiva le priorità strategiche individuate ed esplicitate nel dialogo con la direzione aziendale;
- uno strumento ad uso esterno per la comunicazione degli obiettivi perseguiti dall'azienda, l'assunzione della responsabilità di esecuzione e la relativa rendicontazione.

Il piano, pur essendo un documento programmatico pluriennale, si focalizza principalmente sugli obiettivi annuali già definiti che potranno essere rivisitati, integrati e sviluppati a seguito del recente insediamento del nuovo assetto della Direzione Generale e degli obiettivi definiti dalla nuova Giunta Regionale. Nell'attesa della declinazione del piano strategico alla luce dei nuovi obiettivi, proseguirà il piano delle azioni in corso, in coerenza con gli obiettivi definiti in ambito metropolitano e provinciale e ai piani di sviluppo aziendali e della programmazione regionale.

Le indicazioni operative date dall'Autorità Nazionale Anticorruzione sottolineano la necessità di integrare il ciclo della gestione della performance con strumenti, processi e attività posti in essere per l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. In coerenza con quanto disposto il piano della performance tiene conto di tali disposizioni.

1. Identità dell'azienda sanitaria

1.1 Chi siamo e cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna è istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 ed è disciplinata dai seguenti atti di indirizzo o di intesa aventi carattere generale e speciale:

a - Deliberazione della Giunta Regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 recante "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie" ai sensi dell'art.9, comma 6, della L. R. n. 29/2004;

b - Deliberazione della Giunta Regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29".

L'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale e costituisce la sede privilegiata dell'integrazione della tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca in quanto Azienda di riferimento per l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.

Ai fini della descrizione dell'assetto istituzionale, alla descrizione degli organi, degli organismi istituzionali, delle strutture organizzative orizzontali e verticali che sono a supporto dell'azione di governo della Direzione si rimanda a:

- atto aziendale deliberato con del. n. 147 del 4 novembre 2008;
- riassetto organizzativo della direzione aziendale deliberato con del. 31 del 31 gennaio 2012 e successive deliberazioni n. 278/2013, n. 582/2013, n. 70/2014, n. 111/2016 con le quali sono stati parzialmente rimodulati gli assetti definiti con la citata deliberazione n. 31/2012, con specifico riferimento all'area organizzativa della Direzione Sanitaria;
- regolamento di organizzazione aziendale approvato con delibera n. 345 del 5 agosto 2013;
- delibera di istituzione dei Dipartimenti ad attività integrata delibera n. 318 del 30/06/2014.

La mission aziendale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna eroga e sviluppa, integrandole, assistenza polispecialistica, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale ed internazionale.

Promuove l'innovazione, persegue la centralità del paziente/utente e dello studente e favorisce la valorizzazione dei professionisti anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

Svolge in modo unitario ed inscindibile le funzioni di assistenza, ricerca e formazione, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute, e del Sistema Universitario, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

Impegni dell'Azienda:

- La centralità del cittadino-utente
- L'integrazione Ospedale-Università
- Innovazione, ricerca e sviluppo
- Il sistema del governo aziendale
- Il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale
- Ammodernamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle tecnologie
- L - L'equilibrio di bilancio

La vision aziendale

L'Azienda adotta come metodo fondamentale di gestione la programmazione basata sulle risorse disponibili, costruita in base agli indirizzi programmatici della Regione Emilia-Romagna e dell'Alma Mater Studiorum, in sinergia con la programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Tali indirizzi vanno a costituire il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale.

Gli impegni che l'Azienda assume si basano sulle seguenti macro aree strategiche, che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica.

1.2 Contesto nel quale si opera

Il Policlinico di Sant'Orsola è un'Azienda Ospedaliero-Universitaria, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Alma Mater Studiorum di Bologna. Il primo nucleo dell'ospedale risale al 1592 quando un'area esterna alla cinta muraria fu adibita all'accoglienza degli emarginati e, successivamente, degli incurabili, anche mediante la realizzazione, nel 1630, di un nuovo lazzaretto. Dagli inizi dell'Ottocento, l'ospedale acquistò un'importanza crescente per l'attività accademica divenendone, negli anni che precedono l'unità d'Italia, la principale struttura di supporto assistenziale. Il progressivo aumento delle specialità e degli insegnamenti, oltre alla crescita dell'attività sanitaria, portarono nel 1929 alla definizione di un nuovo assetto edilizio basato su un impianto a padiglioni immersi nel verde, città-giardino ospedaliera estesa su un'area ormai divenuta centrale rispetto al tessuto urbano. Dal 1978, per effetto della riforma del S.S.N., il Policlinico S. Orsola e l'Ospedale Malpighi - struttura specialistica sorta nei primi anni 1970 su un'area limitrofa, sono stati unificati, portando l'ampiezza del quartiere ospedaliero a circa 230.000 mq.

Struttura

Oggi si colloca nel cuore della città di Bologna, con 27 padiglioni che coprono un'estensione pari a circa 1,8 chilometri quadrati.

Il Sant'Orsola è un polmone verde in città con 1.448 alberi censiti. L'area ospedaliera è raggiungibile anche con pista ciclabile cittadina e gli accessi pedonali sono su ogni lato e i percorsi sono individuati con segnaletica anche interattiva.

Gli investimenti effettuati hanno consentito l'attivazione del **nuovo Polo Chirurgico** (2010-2011) e del **nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare** (2015), strutture con standard di elevatissima qualità, sicurezza, vivibilità e comfort.

27 padiglioni

1,8 kmq di estensione

1.566 posti letto di cui:

- 21 nella sede presso l'ospedale di Imola;
- 12 nella sede presso l'ospedale di Budrio

Nuove strutture:

- Polo Chirurgico (2010-2011)
- Polo Cardio-Toraco-Vascolare (2015)

Bacino di riferimento

L'Azienda opera sul territorio regionale nell'ambito del quale la popolazione assistibile complessivamente è pari a 4.367.810, di cui il 23,5% con età superiore ai 65 anni e il 12,7% in età pediatrica inferiore ai 13 anni.

La popolazione assistibile della provincia è di circa 1 milione di persone, la seconda in Italia per reddito procapite, con una percentuale di utenti con età maggiore di 65 anni maggiore della media regionale (24,4%).

Nell'ambito della provincia l'Azienda definisce ogni anno i volumi di attività con le due Ausl che insistono sul territorio, Bologna e Imola, coerentemente con le linee di programmazione di Area Vasta, Provinciale e Metropolitana.

Oltre al territorio provinciale e regionale l'Azienda è centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale e internazionale. I ricoveri sono 68 mila di cui il 74,2% residenti a Bologna, il 10,5% residenti in regione e il restante 15,3% residente fuori regione.

Il confronto con le altre aziende ospedaliere presenti nel territorio regionale, evidenzia che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha un grado di attrazione significativamente più alto.

Dati principali

- 4,367 milioni gli assistiti sul territorio regionale;
- 1 milione gli assistiti in provincia di Bologna;
- 68mila ricoveri di cui il 74,2% residenti a Bologna, il 10,5% residenti in regione e il restante 15,3% residente fuori regione;
- 962.332 gli accessi nel 2015 di pazienti ambulatori per un volume di prestazioni specialistiche di 2.902.648 prestazioni/anno, di cui il 77,3% residenti a Bologna, il 11,2% residenti in regione e il restante 11,5% residente fuori regione.

Assistenza ospedaliera

Nel 2015 sono stati effettuati 66.880 ricoveri e, oltre all'attività di ricovero, viene garantita l'assistenza al paziente urgente da pronto soccorso generale e specialistico (ortopedico, oculistico, ostetrico-ginecologico, pediatrico) con complessivi 141.698 accessi/anno. Sono inoltre 962.332 gli accessi di pazienti ambulatori per un volume di prestazioni specialistiche di 2.902.648 prestazioni/anno. E' stata potenziata l'offerta ambulatoriale contribuendo al miglioramento del sistema provinciale, a ottobre 2015 l'82% delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale rispettava i tempi standard, a dicembre oltre il 90%. I professionisti dell'Azienda hanno incremento anche l'offerta negli ambulatori sul territorio ed effettuano interventi chirurgici di media-bassa complessità presso altre strutture ospedaliere (Budrio e Imola).

Sono presenti quasi tutte le discipline, fatta eccezione esclusivamente della Neurochirurgia, centro grandi ustionati, sistema 118, ed è centro di riferimento nazionale ed internazionale per numerose patologie. Le funzioni rispetto alle quali l'Azienda Ospedaliera è centro di riferimento regionale o centro di eccellenza, definite secondo il modello di sviluppo del sistema ospedaliero regionale hub&spoke (DGR 1267/2002) e atti deliberativi successivi sono:

14 Hub del Policlinico

- ✚ Cardiocirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica
- ✚ Trapianto di organi (cuore, polmone, rene adulti e pediatrico, fegato, intestino isolato e multiviscerale) e di midollo adulti e pediatrico e sede del Centro di riferimento regionale per i trapianti
- ✚ Terapia intensiva neonatale
- ✚ Malattie rare pediatriche
- ✚ Screening neonatale
- ✚ Genetica medica
- ✚ Centro di riferimento per le emergenze microbiologiche
- ✚ Sindrome di marfan
- ✚ Centro immunoematologia avanzata
- ✚ Neuropsichiatria infantile
- ✚ Fisiopatologia della riproduzione umana
- ✚ Chirurgia plastica

Il Ministero della Salute ha individuato l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola di Bologna per la partecipazione alle Reti di riferimento europee (European Reference Networks - ERNs).

Centri individuati al Ministero della Salute per la partecipazione a Reti di riferimento europee (ERNs)

-  Cancers and tumours adults (solid)
-  Paediatric cancers and tumours (all types including haematologic conditions)
-  Onco-haematologic in adults

Dal 2016 è Centro europeo di riferimento per i tumori rari nella Rete Europea per i Tumori Rari dell'Adulto (ERN EUROCAN)

La ricerca

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014
Impact Factor grezzo	5499,014	5489,248
Impact Factor per ricercatore	5,178	5,174
N° progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore	56	51
N° progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di unità partecipante	27	29

ni aziendali mappano 1.415 pubblicazioni di cui 98 con IF>10 e 336 studi clinici di cui 101 interventistici con farmaco. A seguire si riportano i principali indicatori per il monitoraggio dell'attività di ricerca:

1.3 Il personale

Il personale presente all'interno dell'azienda al 31.12.2014 è di 5.323 unità compresi i ricercatori e i medici universitari, pari al 1,2% degli occupati della provincia.

La dotazione organica è in costante riduzione nel corso degli ultimi anni, quale esito delle limitazioni nella copertura del turnover.

Gli studenti Facoltà Medicina e Chirurgia e medici in formazione (a.a. 2014/2015) sono 5.878.

Ai fini della completa rappresentazione della carta d'identità del personale si rimanda al capitolo dedicato del Bilancio di Missione 2014 e ai dati trasmessi con il flusso informativo del conto annuale, di cui si riportano gli aspetti più rilevanti:

- **Tipologia contrattuale:** nel 2014 su un totale di 5.323 unità di personale, 4.724 (89%) sono dipendenti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), 338 (6,3%) sono dipendenti universitari, 186 presenti con contratti libero professionali (3,5%), 65 co.co.co (1,2%) e 10 borsisti. La prevalenza del personale dipendente dal SSR ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato (99%) e per quanto attiene il personale universitario la percentuale sale al 100%;
- **Composizione di genere:** la prevalenza di personale è di sesso femminile, pari al 69,2% del totale. Per i dipendenti del SSR le donne sono 3.268 (69,2% del totale) mentre per il personale universitario le donne sono 149 pari al 44,08% del totale. Nonostante sia netta la maggioranza delle donne sul totale del personale, la dirigenza medica resta composta prevalentemente da uomini (50,7%) rispetto alle donne (49,3%). Questo è ancora più evidente nel personale universitario dove la composizione è 72,4% medici universitari uomini, contro il 27,6% delle donne;
- **Articolazione anagrafica:** il 65% del personale dell'Azienda ricade in fasce di età comprese fra i 35 e i 54 anni. La fascia di età da 55-64 anni rappresenta il 19,6% del totale, mentre la classe degli under 35 anni (15% del totale) registra un trend in riduzione numerica, -100 unità nel 2014, con particolare riduzione registrata dal personale infermieristico, che invece aumenta nelle fasce fino a ai 64 anni;
- **Categoria di personale dipendente ospedaliero e universitario:**
 - o dirigenti medici ospedalieri sono 633 e 221 gli universitari;
 - o dirigenti sanitari: ospedalieri 92 e 16 gli universitari;
 - o dirigenti dirigenza tecnico, amministrativa e professionale: 40 ospedalieri e 2 universitari;
 - o personale infermieristico: 2.086 ospedalieri, 11 universitari;
 - o personale tecnico sanitario, della prevenzione e della riabilitazione: 432 ospedalieri, 22 universitari;
 - o altro personale addetto all'assistenza, ausiliari e personale tecnico/amministrativo: 1.441 ospedalieri, 66 universitari.

- Altri indicatori:

- indice di turnover su personale a tempo indeterminato: turnover positivo 1,7% (1,15% nel 2013), turnover negativo 3,8% (3,1% nel 2013). Complessivamente le unità di personale con contratto a tempo indeterminato sono -98 nel 2014, verso -95 nel 2013.
I contratti a tempo determinato sono +9 nel 2014, verso -13 nel 2013.

Grazie all'impegno quotidiano con cui i 5.323 collaboratori del Policlinico hanno saputo affrontare le sfide di una professione complessa in una fase delicata e difficile è stato riconosciuto il Premio 2016 Amministrazione, cittadini, imprese promosso da Italia Decide.

La presenza dell'Università, lo sviluppo continuo delle competenze, la disponibilità al cambiamento e la capacità di viverlo insieme sono i punti di forza grazie al quale affrontare quel che resta da fare per continuare a migliorare.

L'Azienda si avvale inoltre del supporto di 53 associazioni di volontariato convenzionate che offrono a pazienti e familiari punti di ascolto e di accoglienza, supporto psicologico e gruppi di auto-aiuto, laboratori teatrali, corsi di meditazione, prestito libri per i piccoli pazienti.

Premio Amministrazione, cittadini, imprese

Nel 2016 viene riconosciuto il premio Migliore Azienda Ospedaliera in Italia per efficienza nell'utilizzo delle risorse, efficacia clinica e cura del rapporto con i pazienti

1.4 I dati economici

Si riportano a seguire le principali dimensioni del bilancio di esercizio 2015:

- valore della produzione: 581,447 milioni di euro;
- costo del personale: 253,598 milioni di euro;
- acquisto beni e servizi: 312,423 milioni di euro;
- differenza fra valore e costi della produzione: +6,111 milioni di euro;
- risultato di esercizio: +5.382 euro;
- fornitori: 1.629, l'impatto economico sul territorio rappresenta il 42,5% dei rapporti con i fornitori della Regione Emilia-Romagna, di cui il 31,7% presenti sul territorio provinciale;
- investimenti realizzati: 22 milioni di euro;
- uscita di cassa media mensile per pagamenti: 46,6 milioni di euro;
- tempi medi di pagamento fatture per fornitura beni e servizi: 59,32 giorni;
- impatto sul PIL provinciale: 0,8% (anno 2014)

Per la più completa descrizione delle dinamiche economiche aziendali si rimanda al Bilancio di Esercizio e relativa nota integrativa (delibera 95 del 29 aprile 2016).

Conto economico 2013-2014-2015

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2013	Inc. val. prod.		
				2015	2014	2013
A.1) Contributi in c/esercizio	103.022.280	97.168.142	95.074.635	17,7%	17,4%	17,0%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-4.396.439	-8.459.404	-2.144.202	-0,8%	-1,5%	-0,4%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	5.560.382	5.149.743	5.149.536	1,0%	0,9%	0,9%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	434.604.375	432.140.833	427.877.044	74,7%	77,4%	76,6%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	20.070.512	9.950.142	9.883.366	3,5%	1,8%	1,8%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	6.805.138	7.393.465	7.776.969	1,2%	1,3%	1,4%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	13.425.737	12.500.766	12.170.740	2,3%	2,2%	2,2%
A.9) Altri ricavi e proventi	2.130.599	2.184.424	2.381.926	0,4%	0,4%	0,4%
Totale A)	581.446.621	558.028.393	558.235.400			
B) COSTI DELLA PRODUZIONE						
B.1) Acquisti di beni	174.518.083	135.058.877	127.768.572	30,0%	24,2%	22,9%
B.2) Acquisti di servizi	119.270.587	117.974.021	122.805.798	20,5%	21,1%	22,0%
B.4) Manutenzione e riparazione	18.634.033	18.850.206	22.408.205	3,2%	3,4%	4,0%
B.5) Godimento di beni di terzi	3.540.838	2.394.669	2.452.013	0,6%	0,4%	0,4%
B.6) Costi del personale	217.790.225	222.428.325	226.774.032	37,5%	39,9%	40,6%
B.7) Oneri diversi di gestione	1.464.949	1.485.272	1.863.125	0,3%	0,3%	0,3%
B.8) Ammortamenti	20.435.805	20.843.658	22.277.448	3,5%	3,7%	4,0%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	656.625	448.613	2.428.610	0,1%	0,1%	0,4%
B.10) Variazione delle rimanenze	-2.057.966	235.399	-1.882.020	-0,4%	0,0%	-0,3%
B.11) Accantonamenti	21.082.450	28.078.341	17.485.523	3,6%	5,0%	3,1%
Totale B)	575.335.629	547.797.381	544.381.305	98,9%	98,2%	97,5%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	6.110.992	10.231.012	13.854.094	1,1%	1,8%	2,5%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				-		
Totale C)	-382.466	-627.578	-1.145.927	-0,1%	-0,1%	-0,2%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE						
Totale D)	-65.402	-	-	0,0%	0,0%	0,0%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI						
Totale E)	9.979.859	6.054.666	3.036.629	1,7%	1,1%	0,5%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	15.642.984	15.658.100	15.744.796	2,7%	2,8%	2,8%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO						
Totale Y)	15.637.602	15.652.146	15.740.724	2,7%	2,8%	2,8%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	5.382	5.954	4.072	0,0%	0,0%	0,0%

Piano degli investimenti

Ad oggi il piano degli Investimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna non ha copertura finanziaria per garantire l'adeguamento delle strutture ai criteri autorizzativi e di accreditamento ed alla normativa antincendio. Quest'ultimo aspetto risulta particolarmente critico dal momento che, da una ricognizione effettuata a livello regionale, risulta un indice di vetustà (superficie adeguata / superficie interna lorda) del 57%; per tale motivo la strategia che l'Azienda adotta nella pianificazione degli investimenti è volta a perseguire:

- ☑ **la continuità delle attività e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie realizzando gli interventi imprescindibili** per assicurare sicurezza strutturale e impiantistica delle infrastrutture e per garantirne la corretta erogazione;
- ☑ **l'ammodernamento sistematico del parco attrezzature** attraverso sostituzioni per obsolescenza e completamento delle dotazioni di attrezzature esistenti;
- ☑ **il mantenimento strategico delle dotazioni attraverso acquisizioni "straordinarie"** destinate, in particolare, alle aree distintive per le funzioni regionali e nazionali, ovvero area a valenza trapiantologica, cardiologica e cardiocirurgia, pediatrica, oncologica.

Stante l'importanza dell'impiego di risorse negli investimenti, l'Azienda, anche per il triennio considerato, mantiene gli strumenti di programmazione e rendicontazione impostati nel corso degli esercizi 2012-2014: attraverso il Board Investimenti vengono analizzati e proposti alla Direzione strategica sia il piano annuale sia pluriennale delle principali realizzazioni edili-impiantistiche e degli acquisti in attrezzature sanitarie, informatiche e arredi previsti dalla programmazione aziendale.

Il Board ha il compito, altresì, di individuare e proporre alla Direzione strategica le principali fonti di finanziamento, garantendo la coerenza delle stesse con i piani di investimento proposti.

La traduzione dal punto di vista economico-finanziario, viene di seguito sinteticamente riportato per tipologia di investimento e per fonte di finanziamento. Il piano programmatico, per ciò che concerne il tema degli investimenti, riporta le principali realizzazioni previste e le relative fonti di finanziamento, i cui importi sono stati definiti secondo un criterio legato alla competenza economica per gli anni 2016-2018 e oltre.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

IMPIEGHI

descrizione intervento	investimento da realizzare nell'anno 2016	investimento da realizzare nell'anno 2017	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare negli anni successivi	ulteriori investimenti in programmazione	TOTALE
LAVORI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	€ 7.042.653,00	€ 8.677.221,00	€ 17.215.390,00			€ 32.935.264,00
ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	€ 9.097.977,00					€ 9.097.977,00
LAVORI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	€ 3.053.462,00	€ 22.000.000,00	€ 20.084.000,00	€ 25.000.000,00		€ 70.137.462,00
ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	€ 370.000,00					€ 370.000,00
TOTALE INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	€ 19.564.092,00	€ 30.677.221,00	€ 37.299.390,00	€ 25.000.000,00		€ 112.540.703,00
ULTERIORI INVESTIMENTI IN PROGRAMMAZIONE	€ 2.450.000,00				€ 450.500.000,00	€ 452.950.000,00
TOTALE COMPLESSIVO						€ 565.490.703,00
rimborsi rate mutui accesi (parte capitale)	€ 7.051.898,00	€ 7.343.025,00	€ 7.646.332,00	€ 68.535.513,00		€ 90.576.768,00

FONTI DI FINANZIAMENTO

FINANZIAMENTO INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	LAVORI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	LAVORI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	ULTERIORI INVESTIMENTI IN PROGRAMMAZIONE	TOTALE	
contributi in conto capitale	€ 21.420.621,00	€ 4.573.094,00	€ 31.084.000,00			€ 57.077.715,00	
mutui	€ 872.689,00					€ 872.689,00	
alienazioni							
contributi in conto esercizio							
altre forme di finanziamento	€ 9.907.985,00	€ 3.994.488,00	€ 4.408.244,00	€ 120.000,00		€ 18.430.717,00	
donazioni e contributi da altri soggetti	€ 733.969,00	€ 530.395,00	€ 34.645.218,00	€ 250.000,00		€ 36.159.582,00	
TOTALE INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	€ 32.935.264,00	€ 9.097.977,00	€ 70.137.462,00	€ 370.000,00		€ 112.540.703,00	
ULTERIORI INVESTIMENTI IN PROGRAMMAZIONE					€ 452.950.000,00	€ 452.950.000,00	di cui 2.450.000,00 in contributi in conto esercizio
TOTALE	€ 32.935.264,00	€ 9.097.977,00	€ 70.137.462,00	€ 370.000,00	€ 452.950.000,00	€ 565.490.703,00	

Nel dettaglio le fonti di finanziamento di cui sopra riguardano:

- ☒ **Contributi in conto capitale.** Si riferiscono alle erogazioni secondo i programmi e lo stato di avanzamento dei lavori relativi ai seguenti provvedimenti:
 - ✓ delibera n. 454 del 9/05/1991 e successive modificazioni, adottata dal Consiglio Regionale in ordine al Piano straordinario degli investimenti ex art. 20 Legge 11/03/1988, n. 67 della Regione Emilia Romagna per la realizzazione di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico ex Art 20;
 - ✓ programma L.135/1990 (AIDS e malattie infettive) – secondo stralcio;
 - ✓ programma straordinario di investimenti in sanità – ex-art. 20 L. 67/88 – IV fase;
 - ✓ programma straordinario di investimenti in sanità – ex-art. 20 L. 67/88 – IV fase – secondo stralcio;
 - ✓ programma investimenti regionale – Allegato P – Delibera Legislativa 1681 del 18 novembre 2013.
 - ✓ Programma regionale di investimenti in sanità ex art. 36 L.R. 38/2002
 - ✓ finanziamenti derivanti dalle risorse pay-back 2013-2014
- ☒ **Mutui.** Viene assicurato il finanziamento secondo lo stato di avanzamento dei lavori e degli acquisti della quota a carico dell'Azienda.
- ☒ **Contributi in conto esercizio.** In ottemperanza all'art. 29, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 118/2011, così come modificato dall'art. 1, comma 36 della Legge n. 228 del 24 dicembre 2012 (legge di stabilità 2013), i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati applicando variabili percentuali per esercizio di acquisizione.
- ☒ **Altre forme di finanziamento.** Si fa riferimento all'utilizzo di risorse proprie (fondo manutenzioni cicliche)
- ☒ **Donazione e contributi da altri soggetti.** Si fa riferimento al contributo della Fondazione Fanti Melloni per la realizzazione del Polo Cardio Toraco Vascolare e ai contributi di soggetti privati.

1.5 Come operiamo

Da un punto di vista organizzativo, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è rappresentata dalla Direzione Aziendale che ha l'obiettivo di perseguire gli indirizzi di politica sanitaria della Regione e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Alla Direzione Aziendale compete l'esercizio delle funzioni strategiche, per garantire la promozione e la tutela della salute della popolazione, ottimizzando il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti.

L'attività assistenziale è articolata in 9 Dipartimenti ad Attività Integrata

-  Dipartimento della Medicina Diagnostica e della Prevenzione;
-  Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza;
-  Dipartimento della Donna, del Bambino e delle Malattie Urologiche;
-  Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;
-  Dipartimento dell'Apparato Digerente;
-  Dipartimento di Oncologia e di Ematologia;
-  Dipartimento Testa, Collo e Organi di Senso;
-  Dipartimento Medico della Continuità Assistenziale e delle Disabilità;
-  Dipartimento della Insufficienze d'Organo e dei Trapianti.

I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) assicurano la piena integrazione delle attività di assistenza didattica e ricerca, garantendo il miglior percorso di cura per il paziente. I DAI sono costituiti da strutture complesse, strutture semplici dipartimentali, strutture semplici di unità operativa e programmi.

I riferimenti normativi nazionali e regionali hanno ulteriormente incentivato il percorso di riorganizzazione delle attività in base ai principi di trasversalità e integrazione, già intrapreso dal Policlinico in questi ultimi anni. L'Azienda non dovrà più essere focalizzata esclusivamente sulle singole discipline, ma sui raggruppamenti omogenei di specialità, sui percorsi infra specialistici e sulla complessità assistenziale.

Il DL 70 del 2 aprile 2015 e la successiva DGR 2040 del 10 dicembre 2015 sottolineano la necessità di costruire un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali anche attraverso:

- la ripuntualizzazione delle discipline hub&spoke;
- la revisione della dotazione di posti letto;
- la definizione dei bacini di utenza e la concentrazione delle unità operative complesse;
- l'analisi e la valutazione dei volumi di attività e degli esiti per le principali patologie.

Per realizzare e sviluppare gli indirizzi normativi e gli obiettivi di mandato, si sta creando una collaborazione fattiva e continuativa tra le Aziende di area metropolitana per la strutturazione di percorsi integrati di cura e la razionalizzazione e omogeneizzazione delle strutture presenti su territorio.

Ad oggi sono presenti alcuni esempi di realizzazione di modelli organizzativi interaziendali che integrano le attività ed i percorsi di diverse Aziende di area metropolitana quali:

- l'Unità Operativa Interaziendale di Chirurgia Generale (AOU Bologna-Ausl Imola);
- il Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR);
- il Laboratorio Unico Metropolitano (AOU Bologna, Ausl Bologna);
- l'Unità Operativa Interaziendale di Radiologia (AOU Bologna-Ausl Imola);
- il Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR);
- il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR).

Tali riorganizzazioni implicheranno conseguentemente alcune revisioni dell'assetto organizzativo aziendale al fine di rendere l'organizzazione interna coerente con i progetti di integrazione interaziendale.

Dipartimenti ad attività integrata	
1	Dipartimento della Medicina diagnostica e della prevenzione: Anatomia e Istologia Patologica, SSD Anestesiologia, Medicina del Lavoro, Microbiologia, Radiologie, Programma Valutazione delle potenzialità applicative e validazione di test morfologici e molecolari innovativi in medicina di laboratorio, Programma Valutazione dell'appropriatezza e dell'accuratezza diagnostica, nell'ottica dell'EBM, dei test analitici, chimico-clinici innovativi in medicina di laboratorio
2	Dipartimento dell'Emergenza-urgenza: Anestesiologia e Terapia del dolore, Programma Dipartimentale di Chirurgia in urgenza, Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Medicina Interna, Ortopedia e Traumatologia
3	Dipartimento della Donna, del bambino e delle malattie urologiche: Anestesiologia e Rianimazione, Chirurgia della mammella, Chirurgia Pediatrica di Bologna, Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Neonatologia, Neuropsichiatria Infantile, SSD Oncologia Ginecologica, Ostetricia e Medicina dell'Età Prenatale, Pediatria, Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso Pediatrico e Osservazione Breve Intensiva, Pronto Soccorso Ostetrico, Ginecologico e OBI, Urologia, SSD Andrologia, Programma dipartimentale di Chirurgia pelvica complessa, Genetica Medica
4	Dipartimento Cardio-toraco-vascolare: Anestesiologia e Rianimazione, Angiologia e Malattie della Coagulazione, Cardiochirurgia, Cardiochirurgia Pediatrica e dell'Età Evolutiva, Cardiologia, Cardiologia Pediatrica e dell'Età Evolutiva, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Medicina Interna, Pneumologia e Terapia Intensiva Respiratoria, Pneumologia Interventistica, Programma Coordinamento per l'organizzazione tecnologica
5	Dipartimento dell'Apparato digerente: Chirurgie Generali, Gastroenterologia, SSD Gastroenterologia: diagnosi e trattamento delle malattie delle vie biliari, SSD Centro regionale di riferimento per l'insufficienza intestinale cronica benigna "M. Miglioli", SSD Malattie infiammatorie croniche intestinali, Medicine Interne, Semeiotica Medica, Programma Week Surgery Sant'Orsola presso Budrio, Programma Dipartimentale Implementazione e coordinamento dell'innovazione terapeutica nelle epatopatie croniche virali

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

6	Dipartimento di Oncologia e di Ematologia: Ematologia, Emolinfopatia, Medicina Nucleare, Oncologia Medica, Medicina di continuità assistenziale in oncologia, Radioterapie
7	Dipartimento Testa collo e organi di senso: Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Neurologia, Neuroradiologia Diagnostica ed Interventistica, Oftalmologie, Otorinolaringoiatria e Audiologia
8	Dipartimento Medico della continuità assistenziale e della disabilità: Diabetologia, Endocrinologia, Geriatria, SSD Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Interna
9	Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti: Anestesiologia e Terapia Intensiva Polivalente e dei Trapianti, Centro Riferimento Trapianti, Chirurgia Generale e dei Trapianti, SSD Diagnostica istopatologica e molecolare degli organi solidi e del relativo trapianto, Malattie Infettive, Medicina Interna per il trattamento delle gravi insufficienze d'organo, Nefrologia, Dialisi e Ipertensione, Nefrologia, Dialisi e Trapianto
Uffici di Staff	
1	Afferenza prevalente al Direttore Generale: Coordinamento degli staff, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, Sorveglianza sanitaria aziendale Comunicazione e Ufficio Stampa, Ufficio Relazioni con il Pubblico e Rapporti con le Associazioni di Volontariato, Controllo di gestione e sistema informativo, Centro logistico, Servizi di supporto alla persona, Sistema delle Relazioni sindacali, Accesso e nursing nei percorsi ambulatoriali integrati, Ufficio "Privacy"; Programma Aziendale Referente della Direzione Aziendale per la valutazione dei dirigenti
2	Afferenza prevalente al Direttore Sanitario: Medicina legale e gestione integrata del rischio, Governo clinico, qualità, formazione, Ricerca e Innovazione, Logistica sanitaria - Percorsi ambulatoriali integrati, Logistica sanitaria - Percorso chirurgico, Logistica sanitaria - Percorso interno, Logistica sanitaria - Percorso Alta specialità e trapianti d'organo, Progetti interaziendali, Igiene ospedaliera e prevenzione, Epidemiologia e controllo del rischio infettivo correlato alle riorganizzazioni Sanitarie, Gestione clinica delle complicanze infettive nel pz. sottoposto a trapianto e stewardship antimicrobica, Controllo produzione e accordi di fornitura
3	Afferenza prevalente al Direttore Amministrativo: Anticorruzione, trasparenza e rapporti con l'Università, Servizio legale e assicurativo, Attività generali ed Istituzionali
Direzioni in line al Direttore Sanitario	
	Area farmaceutica, Fisica Sanitaria, Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo
Direzioni in line al Direttore Amministrativo	
1	Attività libero professionale, Programma Coordinamento delle attività di degenza in regime di libera professione, Attività amministrativa a supporto dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)
2	Dipartimento tecnico: Ingegneria clinica e informatica medica, Tecnologie e sistemi informatici, Attività tecniche integrate
Unità operative interaziendali	
1	Area sanitaria: Chirurgia generale c/o Imola Radiologia c/o Imola
2	Area amministrativa: Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza Servizio Acquisti Metropolitano

Si rimanda all'Atto Aziendale e al Regolamento di Organizzazione Aziendale per la descrizione del modello organizzativo adottato. A seguito della revisione del Protocollo d'Intesa Regione-Università si darà seguito dalla revisione dell'Atto Aziendale e al Regolamento di organizzazione.

2. **Gli impegni strategici, gli obiettivi aziendali e le dimensioni della performance**

L'anno 2015 è stato caratterizzato da importanti processi di riorganizzazione, che hanno orientato sempre più l'Azienda verso una gestione integrata, efficace ed efficiente dei percorsi di cura e di tutte le attività ad essi connessi e da un quadro normativo ed economico sempre più restrittivo e vincolato.

In tale contesto, di grande cambiamento e di forte razionalizzazione delle risorse, si è rilevato fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi, l'impegno e l'elevata competenza dei professionisti del Policlinico.

I prossimi anni si annunciano non meno impegnativo degli anni pregressi. La Direzione Generale dovrà proseguire infatti il percorso di razionalizzazione intrapreso negli anni precedenti e realizzare gli obiettivi di mandato definiti dall'Assessorato alla Politiche per la Salute, formulati sulla base del Programma di mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna.

Gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e gli strumenti per la misurazione della performance aziendale nelle sue diverse dimensioni, vengono esplicitati nel *piano della performance* che rappresenta il documento di programmazione triennale previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento (DLgs 150/2009; L. RER 26/2013).

Le azioni da intraprendere, coerentemente con la dinamica delle risorse riguardano:

-  le linee di attività;
-  la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse;
-  i piani di sviluppo e innovazione;
-  gli standard qualitativi.

e si dovranno ispirare alle seguenti aree di risultato:

1. incremento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse ospedaliere;
2. ottimizzazione dell'efficienza ospedaliera attraverso il perseguimento di tassi di occupazione delle aree di degenza in linea con le medie regionali;
3. incremento delle attività operatorie e specialistiche diurne attraverso un migliore utilizzo delle risorse;
4. attenzione alla qualità dell'assistenza nei Pronto Soccorsi e alla soddisfazione degli utenti;
5. miglioramento del tasso di prestazioni diagnostiche attraverso il recupero dell'appropriatezza prescrittiva;

6. azioni di miglioramento per la riduzione dei tempi di attesa.

In corso d'anno verrà inoltre perfezionato il nuovo assetto dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) in collaborazione con l'Università, con l'aggiornamento dell'Atto Aziendale, conseguentemente al nuovo Protocollo d'Intesa Regione-Università e la successiva definizione del regolamento di funzionamento dei DAI.

Alcuni importati progetti per la realizzazione di quanto indicato negli obiettivi di mandato e nelle linee di programmazione regionale sono in fase di attuazione e riguardano:

- messa a regime del *nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare*;
- riorganizzazione dell'*attività chirurgica*;
- riorganizzazione area *materno-infantile*;
- Revisione della dotazione di posti letto coerentemente con le Linee guida per la azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015;
- i processi di *integrazione in ambito provinciale e di area vasta*;
- la revisione organizzativa di diverse strutture complesse presenti all'interno dell'Azienda orientata a favorire la *gestione per processi integrati* che valorizzi e assicuri la centralità del paziente;
- *l'assistenza ospedaliera per intensità di cura*;
- la verifica dell'*appropriatezza del setting assistenziale* di erogazione dei servizi sanitari e dell'implementazione di azioni di miglioramento sugli indicatori di qualità, anche sulla base dei monitoraggi effettuati dal Piano Nazionale Esisti, Progetto Bersaglio, Siver;
- lo sviluppo ed il potenziamento di linee di attività strategiche per l'azienda;
- l'adeguamento tecnologico che garantisca efficienza operativa nel mettere a disposizione dei clinici beni e servizi adeguati ai profili di cura adottati;
- la verifica, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna e con l'Istituto Ortopedico Rizzoli, dell'*appropriatezza prescrittiva ed erogativa* con particolare riferimento alla diagnostica pesante;
- l'individuazione di azioni per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie.

A seguire si riporta il piano strategico di impegni ed azioni che la Direzione intende perseguire in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti, evidenziando gli aspetti ritenuti rilevanti. L'articolazione segue l'albero della performance che è strutturato su due livelli "dimensione" e "area":

Albero della performance

- ✚ Dimensione di performance dell'utente
 - Area di performance dell'accesso
 - Area di performance dell'integrazione
 - Area di performance degli esiti

- ✚ Dimensione di performance dei processi interni
 - Area di performance della produzione
 - Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
 - Area di performance dell'organizzazione
 - Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

- ✚ Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo
 - Area di performance della ricerca e della didattica
 - Area di performance dello sviluppo organizzativo

- ✚ Dimensione di performance della sostenibilità
 - Area di performance della performance economico finanziaria
 - Area di performance degli investimenti

L

La declinazione degli obiettivi e degli indicatori di unità operativa per l'anno 2016-2017 viene gestita all'interno del processo di budget.

2.1 Dimensione di performance dell'utente

2.1.1 Area di performance dell'accesso e della domanda

Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

L'Azienda coordinerà, con ruolo di azienda pilota, il progetto regionale sulle modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati. Nelle more della specifica deliberazione con le indicazioni per la riduzione delle liste di attesa, l'azienda sarà impegnata ad individuare e proporre un elenco di interventi chirurgici da monitorare e formulare una ipotesi di revisione del nomenclatore SIGLA.

Sarà effettuata una valutazione della casistica riferibile alla chirurgia oncologica

Controllo dei tempi di attesa per le patologie oncologiche:

-  mammella
-  colon
-  retto
-  utero
-  trachea, bronchi e polmone
-  prostata
-  vescica
-  rene
-  tiroide

ritenuta prioritaria:

Il metodo proposto renderà possibile la selezione di particolari procedure fondamentali per la conclusione dell'iter terapeutico che intervengono in una fase successiva della terapia chirurgica, quando la neoplasia o parte di essa è già stata asportata.

In una seconda fase più gestionale andrà a condotto un percorso di audit clinico con i professionisti per la definizione degli interventi da monitorare e per l'ideazione di un modello comune informatizzato per la gestione della programmazione chirurgica con specifica attenzione all'introduzione e ottimizzazione del pre ricovero.

L'ottimizzazione del pre-ricovero sarà finalizzato anche a migliorare la durata media della degenza (indice di performance di degenza media per ricoveri acuti chirurgici, degenza media pre-operatoria).

La contestuale pulizia delle liste e l'implementazione di meccanismi per la gestione corretta delle sospensioni e della corretta identificazione della data di prenotazione, permetteranno una riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Indicatori di monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri programmati:

- Per i tumori selezionati: 90% entro 30gg;
- Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg;
- Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata.

Tempi di attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Nel 2016 verrà data continuità all'impegno di mantenere l'obiettivo relativo ai tempi di attesa delle prestazioni monitorate di primo accesso in ambito metropolitano (indice di performance >90% su base metropolitana), in stretta collaborazione e sinergia con l'AUSL di Bologna. A questo fine, con finanziamento fondo ex Legge Balduzzi, è stato programmato un piano di potenziamento ulteriore dell'offerta di attività specialistiche sulla base delle indicazioni dell'AUSL di Bologna, che riguarda sia prestazioni con accesso tramite CUP sia prestazioni dedicate alla presa in carico. Inoltre, l'Azienda Ospedaliera continuerà a partecipare attivamente al tavolo interaziendale inerente l'applicazione delle DGR 1056/2015, coordinato del responsabile unitario dell'accesso, finalizzato al governo sinergico delle criticità in termini di accessibilità, appropriatezza e scostamento rispetto all'obiettivo regionale del tempo di attesa.

Verrà data applicazione alle azioni contenute nella DGR 377 in materia di gestione delle disdette relativamente alle prestazioni accessibili tramite CUP e alle prestazioni dedicate alla presa in carico, che rappresentano la maggior parte dell'attività.

Riguardo all'offerta accessibile tramite canali di prenotazione CUP, è assicurata la tracciabilità informatica relativamente alla disdetta e allo spostamento dei prenotati. E' in corso di definizione l'integrazione fra gli applicativi aziendali e il software di CUP per tracciare la mancata presentazione in assenza di disdetta.

Riguardo all'offerta accessibile tramite sistemi di prenotazione interni all'Azienda, in considerazione dei diversi applicativi in essere, l'Azienda ha pianificato un investimento di risorse umane e tecnologiche per la completa diffusione a medio termine di un modello informatico, già presente in Azienda, individuato quale migliore sistema per consentire l'adeguamento alla DGR 377, oltre che il raggiungimento degli obiettivi relativi alla diffusione della ricetta dematerializzata, alla presa in carico con prenotazione delle visite di

controllo e al monitoraggio degli indicatori di produzione per valutazione tempestiva sulle situazioni di disallineamento rispetto agli obiettivi di budget.

Analogamente l'azienda è impegnata a sensibilizzare il personale presente nelle aree ambulatoriali attraverso azioni di informazione/formazione sulle tematiche in questione.

Continuerà nell'impegno finalizzato a verificare, in collaborazione con le altre aziende bolognesi, l'appropriatezza prescrittiva riferita delle prestazioni di specialistica, diagnostica di laboratorio e diagnostica pesante RM e TC osteoarticolare e muscoloscheletrica, in riferimento alle condizioni di erogabilità definite dalla normativa di riferimento. A questo riguardo l'appropriatezza prescrittiva è stata prevista tra gli obiettivi di budget 2016-2017 definiti e negoziati con i Dipartimenti ad Attività Integrata, in collaborazione con le Unità Operative di Radiologia.

Con riferimento alle prescrizioni e prenotazione dei controlli, il modello informatico definito a livello aziendale permette la diffusione del sistema di prescrizione dematerializzata da parte dello specialista al termine della visita, in caso di necessità di prescrizione di visite e di prestazioni diagnostiche, nonché la prenotazione delle visite di controllo successive tramite utilizzo di un sistema di prenotazione facilitato da parte dello stesso specialista, a supporto di altri canali prenotativi interni al fine di semplificare l'accessibilità alle prestazioni prescritte ed evitare il rinvio al MMG. Il piano di diffusione consentirà nel 2016 di continuare il trend in crescita delle prescrizioni dematerializzate.

Sono in corso approfondimenti tecnologici e informatici per tracciare per mettere a disposizione dello specialista, nel modello informatico definito a livello aziendale, una guida prescrittiva che differenzi automaticamente le prestazioni sulla base delle condizioni di erogabilità e ne tracci, di conseguenza, la erogazione. La soluzione informatica individuata sarà applicata secondo il piano di diffusione del modello informatico aziendale.

Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obiettivi ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità:

- *Indicatore e target:*
 - Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS); obiettivo:
>= 90%

Afflusso nei Pronti Soccorso

L'azienda ha predisposto, già da qualche anno, un documento operativo per la gestione dei afflusso in Pronto Soccorso. In ragione di notevoli cambiamenti organizzativi (es: apertura del nuovo Polo CTV, creazione di percorsi chirurgici condivisi, etc.) e di

disponibilità di posti letto data la progressiva riduzione di dotazione in ambito aziendale per contribuire al raggiungimento degli obiettivi di area metropolitana, si è deciso di revisionare il documento attraverso un coinvolgimento più diffuso dei vari interlocutori clinici (in particolare Pronto Soccorso, U.O. di area medica e medica specialistica). Tale lavoro sarà avviato nel corso del 2016 attraverso la formazione di due gruppi di lavoro: uno dedicato all'accesso del paziente nel percorso dell'emergenza mentre il secondo sarà dedicato al miglioramento della gestione del paziente in corso di ricovero. L'obiettivo è di poter arrivare, al termine dell'anno, alla redazione di un nuovo documento che vedrà la piena applicazione nel corso del 2017. Inoltre sono in corso delle valutazioni informatiche per adeguare i flussi informativi del PS alle necessità richieste.

Rispetto ai due indicatori proposti per il monitoraggio della performance di pronto soccorso (% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti, % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora), per i quali non sono previsti target di riferimento ma un semplice monitoraggio, la nostra Azienda si colloca significativamente al di sopra della media regionale superando la stessa di circa 10 punti % per i codici gialli, mentre figura leggermente sotto (circa 2 punti %) per i codici verdi. Prosegue l'attività di analisi periodica di questi ed altri indicatori di PS nel tentativo di migliorare costantemente la presa in carico del paziente che si presenta in PS.

L'Azienda è impegnata a migliorare ed uniformare il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR), in particolare nel 2016 si darà corso a quanto disposto dalla circolare 2 del 12/02/2015 Norme per la rilevazione del flusso informativo di pronto soccorso e successive integrazioni relativamente alla rilevazione della diagnosi principale.

Afflusso nei Pronti Soccorso

➤ *Indicatore e target:*

- Piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso
- % pazienti registrati al PS con codice giallo visitati entro 30 minuti
- % pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora

Reti Hub and Spoke tempo dipendenti

Nell'ambito delle reti Hub and Spoke tempo dipendenti (IMA, Traumi e Stroke) nel corso del 2015 è proseguito il lavoro di implementazione e omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke. Per tutte le aree si sono consolidati nel tempo percorsi di presa in carico di area

metropolitana con forte integrazione tra gli ospedali cittadini, con l'obiettivo migliorare le percentuali 2015 relative alla centralizzazione primaria sulle sedi HUB.

Per quanto riguarda in particolare la rete Stroke, si prevede nel corso del 2016, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna, la definizione di una proposta di riorganizzazione della rete metropolitana e del PDTA interaziendale relativo all'ictus ischemico acuto, in coerenza con gli specifici criteri previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.

Tutti gli indicatori di volume e di esito previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 sono oggetto di monitoraggio e valutazione a livello aziendale e inseriti nel Piano della performance di governo clinico 2016 – 2017 dei Dipartimenti aziendali ai fini di eventuali miglioramenti delle performance.

2.1.2 Area di performance dell'integrazione

Il D.M. n. 70/2015 è un complesso documento di programmazione sanitaria che introduce una serie di importanti novità per la sanità italiana, a cui le Regioni e le strutture sanitarie dovranno adeguarsi entro il 2016. Nello specifico, il decreto ministeriale in questione è un regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il punto 1 dell'Allegato I individua gli obiettivi e gli ambiti di azione, sottolineando la necessità di ridurre il tasso di occupazione dei posti letto, la durata della degenza media, nonché il tasso di ospedalizzazione, che consente un aumento della produttività ed un conseguente miglioramento delle performance del SSN.

Il DL 70 del 2 aprile 2015 e le successive Linee di indirizzo per la riorganizzazione delle rete ospedaliera regionale (DGR 2040 del 10 dicembre 2015) sottolineano la necessità di costruire un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali anche attraverso:

- la ripuntualizzazione delle discipline hub&spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, prevedendo la definizione dei bacini, le strutture complesse, gli assetti di rete e le relazioni;
- la revisione della dotazione di posti letto per allinearsi all'obiettivo di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie. Per realizzare questo obiettivo dovrà essere migliorato il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere, individuato il migliore setting assistenziale di erogazione delle prestazioni sanitarie e rafforzando modelli organizzativi e assistenziali innovativi;
- la definizione dei bacini di utenza e la concentrazione delle unità operative complesse;
- l'analisi e la valutazione dei volumi di attività e degli esiti per le principali patologie.

Per realizzare e sviluppare gli indirizzi normativi e gli obiettivi di mandato, si sta creando una collaborazione fattiva e continuativa tra le **Aziende di area metropolitana** per la strutturazione di percorsi integrati di cura e la razionalizzazione e omogeneizzazione delle strutture presenti su territorio.

Ad oggi sono presenti alcuni esempi di realizzazione di modelli organizzativi interaziendali che integrano le attività ed i percorsi di diverse Aziende di area metropolitana e provinciale quali ad esempio :

- l'Unità Operativa Interaziendale di Chirurgia Generale (AOU Bologna-Ausl Imola);
- Chirurgia generale presso l'ospedale di Budrio (AOU Bologna, Ausl Bologna);
- il Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR);
- il Laboratorio Unico Metropolitano (AOU Bologna, Ausl Bologna);
- l'Unità Operativa Interaziendale di Radiologia (AOU Bologna-Ausl Imola);
- il Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR);
- il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR);
- il Servizio Acquisti Unico (AOU Bologna, Ausl Bologna, IOR, Ausl Imola).

Proseguirà la collaborazione tra aziende e lo sviluppo in area metropolitana di progetti in ambito clinico e tecnico-amministrativo per la realizzazione di servizi integrati. In particolare si prevede lo sviluppo dei seguenti progetti:

- *Progetto SIMT AMBO*: realizzazione di un Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale - Area Metropolitana di Bologna;
- *Progetto Radiologie Uniche Metropolitane*: progetto che prevede la riconfigurazione dell'organizzazione dei servizi radiologici in area metropolitana orientato ad ottimizzare l'efficienza e la flessibilità d'uso delle risorse critiche anche attraverso lo sviluppo di interazioni polispecialistiche favorenti processi multidisciplinari e multiprofessionali, in modo da valorizzare al massimo grado tutte le competenze presenti;
- *Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia*: si prevede per l'anno 2016 l'inserimento all'interno di tale servizio delle attività microbiologiche attualmente svolte presso l'Ausl di Imola;
- *Progetto Pneumologia Interventistica*: il progetto prevede la costituzione di un unico Servizio di Pneumologia Interventistica avente come bacino di riferimento l'area territoriale metropolitana bolognese;
- *Progetto Medicina Nucleare*: il progetto prevede la creazione di un unico servizio di Medicina Nucleare che opererà sulle due sedi attualmente presenti allo scopo di garantire il governo unitario dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni il miglioramento dei percorsi dedicati al paziente;

- *Progetto Genetica Medica*: Il progetto ha come scopo principale la costituzione di una Unità Operativa unica di Genetica Medica in Area Metropolitana, che riunisca le attività cliniche e di laboratorio esistenti al fine di garantire l'equità di accesso alle prestazioni, l'appropriatezza prescrittiva, la centralizzazione della produzione laboratoristica e il mantenimento dello stretto raccordo esistente tra Genetica Clinica e Laboratorio di Genetica (il progetto attualmente non prevede l'integrazione delle attività laboratoriste dell'IRCCS Istituti Ortopedici Rizzoli e dell'IRCCS Scienze Neurologiche Ospedale Bellaria);

- *Progetto Dermatologia*: l'obiettivo che si pone il progetto è quello di organizzare una rete clinico-assistenziale, secondo percorsi di cura, che unisca tra loro gli ambulatori dermatologici presenti sul territorio bolognese (AUSL e AOU), definendo modalità e strumenti di integrazione tra 1° e 2° livello, sviluppando così sul piano del governo clinico e dell'appropriatezza le attività dermatologiche;

- *Progetto Medicina del Lavoro*: il progetto prevede l'integrazione delle funzioni di medicina del lavoro a livello metropolitano attraverso la creazione di una struttura complessa unica cittadina;

- *Progetto Rete Infettivologica*: il progetto prevede lo sviluppo di una infettivologia trasversale a livello metropolitano, finalizzata sia ad assicurare una gestione integrata che porti ad una sistematizzazione della metodologia di approccio clinico e ad una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse;

- *Progetto di Anatomia Patologica*: il progetto di riorganizzazione prevede una integrazione a livello metropolitano delle attività di anatomia patologica che porti ad una razionalizzazione delle risorse e ad una valorizzazione delle conoscenze e competenze professionali disponibili sul territorio;

- *Progetto Chirurgia Vascolare*: il progetto prevede l'integrazione a livello metropolitano dei percorsi e delle funzioni di chirurgia vascolare;

- *Progetto Chirurgia Toracica*: il progetto prevede l'integrazione a livello metropolitano dei percorsi e delle funzioni di chirurgia toracica.

Processi di integrazione dei servizi logistici

Il progetto di **logistica integrata di Area Vasta Emilia Centrale (AVEC)**, si è sviluppato a partire dalle nuove indicazioni fornite dai Direttori Generali di AVEC (riunione del 16 Aprile 2015) che hanno richiesto una focalizzazione del progetto anche sui processi di acquisto dei beni, la gestione delle anagrafiche, dei rapporti con i fornitori e di tutti gli aspetti che contraddistinguono la filiera di approvvigionamento. Il responsabile del Centro Logistico aziendale ha ricevuto il mandato, da parte di AVEC, di coordinare il gruppo di lavoro interaziendale individuato per l'aggiornamento del progetto, che vede quale azienda capofila l'Ausl di Ferrara.

Percorso nascita

L'azienda parteciperà ai lavori della commissione nascita regionale e di quella AVEC. Nell'ambito di quest'ultima l'azienda parteciperà all'elaborazione della proposta circa la riorganizzazione della rete punti nascita AVEC.

L'azienda garantisce l'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita con particolare interesse alle categorie oggetto di attenzione quali le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.

Al fine di ridurre la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna **metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto**, l'azienda offre con percorso istituzionale a tutte le donne che lo richiedono l'analgesia farmacologica come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA) oltre a offrire tecniche di contenimento di dolore non farmacologiche tradizionali come sostegno psicologico, borse di acqua calda e pallone. Inoltre, l'azienda partecipa al Programma Sperimentale Regionale "Medicine non Convenzionali 2014-2016", nello specifico al Tavolo interaziendale di progetto "Salute Donna" e sta implementando un progetto sperimentale sulla digitopressione.

Obiettivo

Ricorso al parto analgesia superiore al 40%.

Allattamento

Per favorire tutte le azioni volta ad aumentare il tasso di allattamento al seno l'apposito gruppo di lavoro aziendale raccoglierà i dati di prevalenza al momento della dimissione e parteciperà alla raccolta dati sull'allattamento con apposito questionario condiviso con AUSL due volte all'anno.

Nasce a Bologna la prima banca del latte pubblico-privato

Il Policlinico e Granarolo hanno dato vita ad *Allattami*, la prima banca del latte umano donato realizzata da un'Azienda sanitaria insieme a un partner privato.

Il Sant'Orsola seleziona le donatrici, mentre Granarolo raccoglie il latte a domicilio e segue sanificazione e conservazione.

In tre anni sono stati 8.716 i biberon distribuiti ai neonati prematuri.

Percorso interruzione volontaria della gravidanza

Nell'ambito rete dell'offerta metropolitana è stato concordato che l'Azienda Ospedaliera gestisce esclusivamente la metodica chirurgica all'interruzione volontaria

della gravidanza. Per questa attività viene garantito l'accesso al percorso IVG nel momento della richiesta della prestazione da parte della donna stessa, coerentemente con la tempistica prevista dalla normativa.

Procreazione Medicalmente Assistita

Nel corso del triennio 2016-2018 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna garantirà l'applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva in particolare:

- aderirà al percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA di II/III livello, in collaborazione con il Centro nazionale trapianti e la visita è programmata per ottobre 2016;
- monitorerà l'utilizzo del sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa;
- continuerà a partecipare al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale;
- darà avvio alla campagna per la promozione della donazione in sinergia con le campagne regionali.

Obiettivo

Avvio banca dei gameti per la procreazione medicalmente assistita eterologa.

Contrasto alla violenza

Continua nel 2016 l'applicazione della procedura interaziendale che delinea il percorso sanitario e assistenziale integrato in caso di violenza sessuale/sospetto di abuso sessuale a carico di minori. L'azienda monitorerà l'applicazione della check-list proposta del gruppo di coordinamento regionale. Individua inoltre i professionisti per la partecipazione agli eventi formativi regionali proposti. Parteciperà inoltre alla redazione degli specifici quaderni tematici.

Per quanto riguarda la valutazione delle Linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (DGR 1102/2014) l'azienda è coinvolta nell'apposito tavolo interaziendale.

Cure palliative

Le strutture ospedaliere rappresentano un nodo della rete locale di cure palliative per la presa in carico integrata dei pazienti affetti da patologie evolutive e a prognosi infausta.

In coerenza con le linee di indirizzo regionali, nel 2015 è stata avviata la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative con particolare riguardo alla definizione dei programmi di dimissioni protetta per i pazienti in trattamento nelle strutture operative oncologiche del Policlinico e alla presa in carico di pazienti oncologici in fase avanzata di malattia da parte degli hospice del territorio metropolitano.

Nel corso del 2016 proseguiranno i lavori avviati con l'AUSL di Bologna per meglio definire, all'interno della struttura organizzativa della rete metropolitana, le modalità di coordinamento e i percorsi (PDTA) a garanzia dell'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure.

Proseguiranno inoltre i programmi formativi aziendali con l'obiettivo di formare i professionisti alla gestione di condizioni critiche relative ai pazienti oncologici e di favorire la conoscenza delle potenzialità delle strutture della rete nella presa in carico anticipata di pazienti oncologici e/o di altri pazienti affetti da patologie avanzate inguaribili e bisognosi di cure palliative.

Gli obiettivi saranno valutati con gli indicatori previsti dal documento di programmazione sanitaria.

Dimissioni protette

Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati verranno implementati modelli organizzativi e verrà fatta una proposta di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali del percorso di dimissione protetta. E' prevista la partecipazione di specialisti ai gruppi di lavoro con ASL per reti cliniche e continuità di cure con casa salute e ambulatori (necessità di referente Direzione) per i percorsi di continuità di cure e integrazione con territorio e le dimissioni difficili.

2.1.3 Area di performance degli esiti

Per quanto riguarda la valutazione della **performance relativamente alla qualità dell'assistenza**, l'Azienda ha predisposto un intervento finalizzato alla creazione di uno strumento interno di monitoraggio di un set di indicatori aziendali per la misurazione della performance clinica in alcuni settori di specifico interesse, utilizzando principalmente il sistema informativo corrente. Le fonti degli indicatori sono rappresentate sia da dati di letteratura sia da indicazioni regionali e nazionali (regolamento degli standard ospedalieri).

Sulla base delle evidenze disponibili, sono stati identificati specifici indicatori di processo e di esito che riguardano aree assistenziali e percorsi di cura definiti. Saranno inoltre misurati i volumi di attività per le condizioni cliniche in cui è stata dimostrata in letteratura l'associazione tra volume ed esito. L'obiettivo finale è quello di pubblicare sistematicamente il monitoraggio di un set di indicatori dando evidenza dei risultati - e del confronto con standard riconosciuti in letteratura - ai fini del miglioramento delle performance e per l'analisi dei profili critici.

Già nel corso del 2015, rispetto ad alcune aree di attività e/o condizioni cliniche (es. chirurgia generale, ortopedia e percorso frattura di femore), sono stati restituiti in appositi incontri con i clinici interessati i risultati di misurazioni delle performance.

Inoltre, nella programmazione del budget per l'anno 2016-2017, all'interno dell'obiettivo di adesione al *Piano dipartimentale della performance di governo clinico*, oltre ad obiettivi qualitativi a valenza anche pluriennale che interessano trasversalmente i Dipartimenti (es. appropriatezza degli interventi, gestione del dolore) sono stati previsti selezionati indicatori per il monitoraggio di specifici PDTA o dati di esito di specifiche condizioni cliniche al fine di monitorare l'efficacia e l'appropriatezza delle cure negli ambiti o percorsi assistenziali più rilevanti.

Ai fini della valutazione comparativa con altri soggetti erogatori, in particolare con altre aziende del SSR, si è data continuità alle analisi dei dati del Piano Nazionale di valutazione di Esito (PNE) nel quale si evince che la nostra Azienda per la maggior parte degli indicatori (ed in particolare per le tematiche di alta specializzazione) riporta valori migliori della media nazionale. Le aree critiche saranno oggetto di analisi nell'ambito di processi di valutazione con i professionisti.

A seguire gli indicatori individuati per il monitoraggio degli esiti:

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Regionale
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	85,51	77,62
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico	2,25	1,69
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola	2,03	2,26
Mortalità a 30 giorni per IMA	9,63	9,2
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	36,6	42,67
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	9,97	12,13
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	1,28	1,65
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	10,62	11,6
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	-	1,56
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	11,44	9,48
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	2,22	6,42
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	2,87	1,04
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	2,14	4,35
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	4,17	3,76
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,53	0,83

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	1,18	0,97
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	83,87	70,38
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	27,33	18,65
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	69	77,21
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 150 casi annui	87,94	79,08
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	2

2.2 Dimensione di performance dei processi interni

2.2.1 Area di performance della produzione

La dimensione della produzione focalizza l'attenzione sull'andamento dei ricavi e dei principali indicatori di performance dell'attività, di ricovero, ambulatoriale e pronto soccorso, rispetto alle principali linee strategiche aziendali e rispetto al benchmarking con le altre aziende presenti sul territorio regionale.

Le classi di analisi sono articolate in funzione del sistema degli obiettivi aziendali e in funzione di verificare il rispetto del vincolo la sostenibilità economica dell'azienda:

- **l'attività svolta a favore di pazienti residenti in provincia di Bologna:** il valore complessivo in termini di volumi e contenuti sono definiti negli accordi di fornitura con le aziende territoriali di riferimento: Bologna ed Imola. Gli obiettivi relativi ai volumi di attività riguardano principalmente il recupero della mobilità passiva extraprovinciale per alcune tipologie di interventi definiti; la necessità di individuare azioni congiunte di respiro poliennale mirate a massimizzare i livelli di integrazione, la modulazione dell'attività specialistica ambulatoriale in funzione della necessità di ridurre le liste di attesa, in particolare mantenendo i tempi di attesa per interventi su patologia neoplastica entro 30 giorni e per le prestazioni critiche entro i tempi definiti dalla normativa, qualificare l'attività di ricovero da parte delle strutture di PS;

- **l'attività a favore di pazienti residenti nelle altre province** (mobilità attiva infraregionale) **e per residenti in altre regioni:** l'obiettivo è sviluppare le attività di eccellenza, confermando il ruolo centrale in ambito regionale per attività ad alta complessità ad elevato contenuto di professionalità e tecnologico.

E' obiettivo di mandato della Direzione Aziendale lo sviluppo e il potenziamento di linee di attività strategiche per l'azienda, che saranno implementate anche in coerenza con quanto verrà definito nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e dal protocollo d'intesa Regione Università.

Il programma di investimenti del Policlinico ha visto la realizzazione del Polo Chirurgico (2010-2011) e il 14 dicembre 2015 l'attivazione del nuovo **Polo Cardio-Toraco-Vascolare**. La nuova sede dà l'opportunità di sperimentare un'organizzazione basata sull'intensità di cura, articolata per aree omogenee in base al fabbisogno assistenziale del paziente secondo un ordine di complessità e criticità, tenendo conto di criteri di appropriatezza, efficienza e centralità della persona. Il nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare si candida ad essere uno dei punti di riferimento per l'attività cardiocirurgica nel nostro paese. Costato 91,3 milioni di euro, può contare su 6 sale operatorie, 2 sale ibride e 3 di emodinamica, ad altissima tecnologia. La nuova struttura è stata organizzata per intensità di cura, incentivando così la collaborazione

tra il personale ponendo il paziente davvero al centro dell'ospedale. A trasferimenti avvenuti si realizzerà, in particolare, lo sviluppo degli interventi con l'uso di tecniche endovascolari/percutanee/transcatetere grazie alla disponibilità delle sale operatorie ibride (di nuova concezione e non disponibili nella precedente sede) che potranno incidere sui volumi totali di procedure a favore di pazienti e pediatrici; potenzialmente incrementabili grazie all'applicazione di tecniche meno invasive con conseguente riduzione della durata media della degenza ordinaria e intensiva.

Dopo il Polo Cardio-Toraco-Vascolare interesserà **l'area materno infantile con radicale riqualificazione e riconfigurazione funzionale** dell'intera area che è anche hub regionale per la rianimazione pediatrica e per la chirurgia oncologica.

La riorganizzazione dell'area materno-infantile prevede il riordino e la riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica e dell'area ostetrico – ginecologica, nell'ambito del Polo Materno-Infantile (Pad. 4, 13, 16) – (Interventi RER P2, PB4, 39 e APb.16).

Dallo Studio di Fattibilità "Riconfigurazione funzionale e architettonica dell'area pediatrica–neonatologica nell'ambito del Polo Materno-Infantile del Policlinico Sant'Orsola - Malpighi" complessivo e progetto preliminare relativo al primo stralcio "Riordino delle strutture dell'Area Pediatrica e riqualificazione del Padiglione 4 – Ostetricia e Ginecologia – Primo Stralcio Funzionale" (realizzati nel 2015).

Nel 2016 l'Azienda avvia le fasi progettuali complessive ottimizzando il primo e il secondo stralcio funzionale in un unico quadro, che comprende la riorganizzazione degli accessi ai Padiglioni 13 e 16 e della relativa area esterna, la ristrutturazione del Padiglione 13 comparto operatorio, terapia intensiva, degenze, ecc., l'ampliamento e la ristrutturazione del Padiglione 4.

Fra il 2014 e il 2015 l'Azienda ha realizzato una **riorganizzazione dell'area chirurgica (chirurgia generale) per complessità di cura e per percorsi**, secondo il modello delle piattaforme logistiche. L'obiettivo è superare il modello "verticale" di espletamento dell'attività in ambiti sostanzialmente impermeabili per procedure, budget, utilizzo delle risorse umane e materiali per prevedere un utilizzo delle piattaforme logistiche a disposizione in una logica di condivisione e razionalizzazione delle risorse e di sviluppo professionale interdisciplinare.

In particolare, nella riorganizzazione dell'attività in termini di percorsi chirurgici sono state individuate tre macro-aree: ad alta complessità, dell'emergenza/urgenza e a bassa complessità, quest'ultima sviluppata presso l'Ospedale di Budrio.

All'interno dell'area a più alta complessità sono stati sviluppati, in una logica di razionalizzazione e standardizzazione, i seguenti percorsi chirurgici:

- Percorso Chirurgia del tratto alimentare;
- Percorso Chirurgia pancreatica ed endocrina;

- Percorso Chirurgia epatica e delle vie biliari;
- Percorso Chirurgia della mammella:
- Percorso Chirurgia della patologia oncologica della pelvi femminile.

Dopo un processo di condivisione interprofessionale che ha coinvolto gli attori principali per la definizione di linee organizzative per la riarticolazione delle attività dei blocchi operatori, della terapia intensiva e delle aree di degenza a media e bassa intensità del percorso di chirurgia epatica - vie biliari e delle insufficienze d'organo, nel 2016 si completerà il riassetto del Polo chirurgico e dell'emergenza (pad. 5) con i trasferimenti delle funzioni di Chirurgia Generale e Trapianti Pinna, della Medicina Interna per il trattamento delle gravi insufficienze d'organo Morelli e della Anestesiologia e Terapia Intensiva dei Trapianti - Faenza pad. 25.

Il riassetto comporterà la riorganizzazione delle attività chirurgiche e della programmazione operatoria dei due blocchi operatori del padiglione, la riorganizzazione del personale infermieristico e la revisione delle dotazioni organiche, la formazione e l'aggiornamento del personale per raggiungere una competenza professionale multipla.

Nel corso di prossimi anni si prevedono ulteriori interventi relativamente a:

- revisione delle regole di funzionamento della sala operatoria alla luce della riarticolazione dell'assetto operativo delle piastre operatorie e individuazione di indicatori per il presidio dei percorsi;

- revisione dei criteri di accesso e utilizzo della recovery room, attivata nel 2015, per tutti i percorsi del padiglione 5;

- estensione del percorso di pre-ricovero centralizzato ad ulteriori percorsi chirurgici specialistici;

- gestione e corretta tenuta della lista di attesa dei ricoveri programmati, coerentemente con le disposizioni regionali in materia.

Oltre che sostenere e sviluppare le attività di **trapianto di organi e di midollo**, rispetto ai quali l'Azienda Ospedaliera è centro di riferimento a livello nazionale, saranno promosse **attività di donazione d'organi, tessuti e cellule** attraverso:

- L'implementazione del registro dei donatori di midollo osseo azzerando le liste di attesa presso i servizi trasfusionali in collaborazione con ADMO (associazione donatori di midollo osseo) sarà supportata garantendo le tipizzazioni sul sangue centralizzate entro 15 giorni dal prelievo e centralizzate completamente presso l'Azienda Ospedaliera;
- Aderire al programma biennale di audit (verifica ispettiva) che ha la finalità di certificare che le banche tessuti rispondano ai requisiti richiesti. L'Azienda perseguirà l'obiettivo relativo al numero di donazioni multi-tessuto (donazione di

solli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 15 e i 78 anni.

- o realizzare numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni

In **attuazione del regolamento di riordino ospedaliero** verranno proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015. Coerentemente con quanto disposto l'Azienda si impegna a completare il percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto al 31.12.2016, come indicato nella DGR 2040/2015.

Conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici

A seguito dell'approvazione delle Linee di indirizzo con le indicazioni generali alle Aziende Sanitarie per la **conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici**, si è proceduto a rivedere la modalità di gestione organizzativa dell'assistenza del paziente oncologico.

DRG ad alto rischio di in appropriatezza

Verrà perseguito l'obiettivo di trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale).

Verrà effettuata un'analisi organizzativa condotta con l'ausilio dei clinici per individuare azioni di miglioramento specifiche per il perseguimento dell'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di in appropriatezza. Per quanto riguarda la chirurgia generale nel corso 2015 è stata trasferita buona parte della casistica relativa agli interventi per ernie, colecisti, proctologia presso l'ospedale di Budrio.

Obiettivi

Incremento volume prestazioni specialistica ambulatoriale

Riduzione day hospital medici

Rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati

Per quanto riguarda gli obiettivi relativi ai volumi e agli esiti, tutti gli indicatori previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 sono oggetto di monitoraggio e valutazione a livello aziendale e inseriti nel Piano della performance di governo clinico 2016 – 2017 dei Dipartimenti ad attività integrata. In particolare, risultano raggiunti i target previsti relativamente agli interventi per tumore della mammella/Unità Operativa

e i casi di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria ≤ 3 gg; per quanto riguarda la frattura di femore, nel 2015 la percentuale di pazienti ultra sessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero è risultata del 82,9%. Pertanto, l'obiettivo aziendale sarà il mantenimento delle buone performance raggiunte e il presidio dei nodi principali dei diversi percorsi di cura attraverso il monitoraggio degli indicatori previsti dal documento di programmazione sanitaria o da specifici indicatori di percorso.

Particolare attenzione verrà posta nel corso al completamento della concentrazione degli interventi chirurgici, laddove risultasse necessario.

Indicatori

Indice di performance di degenza media per ricoveri chirurgici

Indice di performance di degenza media per ricoveri medici

Durata media degenza pre operatoria

2.2.2 Area della performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Qualità e accreditamento: viene definita con l'Agenzia Socio-Sanitaria Regionale, tenendo conto delle scadenze degli accreditamenti rilasciati negli anni scorsi, il programma per le verifiche per una capillare valutazione del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal modello dell'accREDITamento;

La revisione del modello di accreditamento, come previsto dalla DGR 1604 del 2015, richiede un percorso di approfondimento e diffusione dei contenuti primariamente nell'ambito delle funzioni che a livello aziendale o di struttura organizzativa sono coinvolte nell'implementazione dei requisiti richiesti dal modello di accreditamento. Questo percorso richiederà inizialmente la diffusione attraverso eventi formativi coordinati dall'area qualità e rivolti ai professionisti delle reti (rappresentanti della Direzione per la qualità, animatori di formazione, referenti del governo clinico). Tale attività preliminare rappresenta la base per lo sviluppo di un processo di auditing interno e/o autovalutazione finalizzato a verificare il grado di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012 e allo sviluppo delle necessarie azioni di miglioramento, in vista delle visite di rinnovo dei prossimi anni.

L'attività di audit sul campo sarà programmata tenendo conto dei criteri prioritari: scadenza temporale dell'accREDITamento precedente, innovazioni introdotte a livello strutturale, tecnologico e organizzativo, con particolare riferimento ai nuovi modelli di assistenza e cura dei pazienti, entità dei cambiamenti conseguenti al nuovo assetto dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

Gli obiettivi saranno valutati con gli indicatori previsti nell'allegato "Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2016":

- numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati
risultato atteso: 70%
- numero di valutatori partecipanti alle attività formative/numero di valutatori convocati
risultato atteso: 90%

Qualità percepita dal paziente: partecipazione a progetti regionali di valutazione della qualità percepita, sviluppa interventi formativi, educativi ed empowerment per gli operatori che operano sul campo con utenti stranieri, aderisce al programma ospedale-territorio senza dolore.

L'azienda riconosce il ruolo di interlocutore primario al cittadino assicurando la possibilità di partecipare alla valutazione della qualità dei servizi e alla tutela dei diritti

degli utenti, attraverso l'interlocuzione le associazioni di volontariato e nell'ambito del Comitato Consultivo Misto per la partecipazione nelle scelte dell'organizzazione del servizio.

La dimensione della qualità dell'assistenza con i relativi indicatori per la valutazione della performance è oggetto di rendicontazione nel bilancio di missione e nella relazione del Direttore Generale del bilancio di esercizio.

Sicurezza delle cure: la complessità della gestione della sicurezza in ambito sanitario si esprime sotto diversi aspetti legati all'organizzazione, ai fattori tecnologici-strutturali, alla tipologia di utenza e/o ad altri fattori di contesto esterni. Il perseguimento del "controllo" del rischio e della riduzione degli eventi avversi viene gestito con un approccio di *learning organization*:

- analisi dei reclami, infortuni, incidenti e del contenzioso per l'identificazione dei punti deboli del sistema;
- gestione degli eventi avversi attraverso audit clinici, formazione del personale sull'importanza dell'informazione e della relazione fra professionisti, pazienti e familiari;
- la verifica sul campo della corretta conoscenza ed applicazione delle procedure aziendali e relativa e aggiornamento continuo delle procedure sulla base delle nuove disposizioni normative e/o delle esigenze operative delle singole realtà aziendali;
- sviluppo dell'informatizzazione dei processi clinici.

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio

Entro luglio 2016 verrà elaborato, approvato e deliberato un nuovo schema documentale per la redazione del piano-programma con integrazione nel capitolo:

► "1.0 Assetto Organizzativo Aziendale per la Gestione del Rischio – Sicurezza" di due paragrafi relativi all'integrazione delle informazioni e dei rapporti funzionali con il "Comitato Consultivo Misto" e il "Board Aziendale".

► " 2.0 Sintesi dei risultati ottenuti con il PPR precedente - Stato dell'Arte" verrà integrato da due argomenti, rispettivamente: nel paragrafo "2.1 Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro -Sicurezza dei lavoratori e degli ambienti di lavoro" verrà inserita la rendicontazione del gruppo di lavoro aziendale che si sta occupando della maxi emergenza. Nel paragrafo "Sicurezza del Paziente" verranno integrati i dati SISTRA, la rendicontazione del gruppo di lavoro aziendale sulla revisione delle procedure delle contenzioni e le lesioni da compressione ed eventualmente i risultati finora ottenuti, i dati sulle infezioni e i dati sulla farmacovigilanza.

E' obiettivo dell'azienda garantire la formazione, informazione e addestramento dei lavoratori, sostenendo forme organizzative aziendali che ne assicurino la razionalizzazione, la qualità e la tempestività. A tal scopo in Azienda sono mantenuti attivi corsi permanenti in tema di sicurezza nella manipolazione di antiblastici, aldeide formica e addetti alla gestione dell'emergenza incendio. Sono inoltre previsti seminari,

per la diffusione dei contenuti dei piani di emergenza incendio, destinati a tutti i lavoratori presenti in Azienda. Sarà inoltre messo a punto un corso di formazione in modalità e-learning, di 16 ore con il supporto di un tutoraggio in presenza, compatibile con l'accordo Stato-Regioni sulla e che sarà accreditato a livello regionale.

Sul versante dell'informazione sono previsti l'aggiornamento del fascicolo art. 26 (D.Lgs. 81/08) destinato ai lavoratori esterni e del fascicolo redatto ai sensi dell'art. 36 D. Lgs. 81/08 destinato ai lavoratori aziendali.

- Sarà predisposto un capitolo ex novo di "Valutazione dei dati dei flussi informativi e Gestione delle Azioni di miglioramento" predisposto a fronte dei dati e della mappatura dei singoli flussi informativi aziendali.

- Sarà definito un elenco di indicatori che dovranno pervenire periodicamente all'attenzione del Risk Manager o pubblicati nell'area intranet.

Debito informativo rispetto agli eventi sentinella

È in corso di revisione la procedura aziendale PA89 "Attivazione dell'Unità di crisi per la gestione e comunicazione degli Eventi avversi" in linea con la Raccomandazione Ministeriale "Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità".

L'obiettivo della revisione, in particolare, è quello di rendere maggiormente consapevoli tutti i professionisti dell'esistenza della scheda A Scheda di segnalazione e Scheda B Scheda di rendicontazione dell'Azione di miglioramento intrapresa e relativi indicatori di risultato per garantire così una segnalazione più regolare e tempestiva.

Check list in tutte le Sale Operatorie e flusso informativo verso la Regione (SOSnet)

Verrà applicata su tutti i blocchi operatori la checklist SOSnet informatizzata nel programma del registro operatorio (Ormaweb). La compilazione della checklist è collegata alla convalida del referto chirurgico, quindi è obbligatorio compilarla. Con cadenza circa quindicinale il Risk Manager verifica i dati di compilazione del registro operatorio e quindi della checklist in tutti i blocchi operatori. Saranno programmati audit per verificare sul campo la comunicazione di équipe a fronte della compilazione della checklist.

Sistema di identificazione del paziente e la presenza in tutte le strutture della scheda unica di terapia

In merito alle raccomandazioni ministeriali vengono riattivati i gruppi di lavoro specifici. In particolare quelle su cui si deve ancora lavorare per una completa applicazione sono:

- N. 4 - Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

► N. 8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

N.17 Raccomandazioni per la riconciliazione farmacologica

Prevenzione e gestione delle cadute e prevenzione della reazione trasfusionale

È stato attivato un gruppo di lavoro aziendale sulla revisione delle procedure delle contenzioni e le lesioni da compressione in linea con le nuove linee guida. Rispetto alle cadute i documenti aziendali sono già aggiornati in merito alle indicazioni regionali. Sarà nostra cura, anche quest'anno prevedere degli audit sul campo. Siamo in attesa di recepire dalla regione il Poster informativo sulla prevenzione delle cadute negli adulti.

In merito al Processo Trasfusionale sono state già recepite dal SIMT le nuove indicazioni di legge ed il gruppo Cobus ne sta monitorando la corretta applicazione.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Con riferimento alla sorveglianza dell'infezione del sito chirurgico (SICHER), i target sono stati pienamente raggiunti nel 2015 secondo gli indicatori proposti ma si ritiene che il sostegno a dette attività necessiti, per l'elevata complessità dell'attività chirurgica svolta in Azienda, di nuove progettualità. A tal proposito nel corso dell'anno verranno definiti ambiti di intervento che prevedano una maggiore integrazione fra gli interlocutori maggiormente coinvolti nell'azione di monitoraggio. In maggior dettaglio, si valuterà la fattibilità di un progetto che preveda la verifica dell'adesione al sistema SICHER in tutti quei casi in cui sia stato programmato l'invio di uno o più tamponi di ferita chirurgica.

L'Azienda nel 2015 ha realizzato un ulteriore significativo incremento nel consumo di prodotti idroalcolici, senza però raggiungere il target prefissato, e questo rimane l'obiettivo principale. L'attività di programmazione, in partnership con la Fondazione Dani di Giò -Roma, ha realizzato nel Padiglione Cardio-Toraco-Vascolare un percorso formativo-informativo rivolto sia all'utenza che agli operatori sanitari, che costituisce il piano progettuale da estendere ad altri padiglioni particolarmente significativi dell'Azienda. A livello delle unità operative sarà ulteriormente migliorata la dimensione ergonomica, per favorire l'utilizzo del gel durante le pratiche assistenziali, incrementando la presenza dei cestelli al letto di ogni paziente. L'investimento effettuato punta a raggiungere per il 2016 il target regionale e a superarlo negli anni successivi.

I target previsti dal monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi sono stati pienamente raggiunti nel 2015 secondo gli indicatori proposti, mediante attività consolidate. Unitamente a questi indicatori, l'attivazione di un sistema di sorveglianza locale, consentirà di conoscere in tempo reale l'attività che verrà svolta nelle unità operative particolarmente interessate

dal fenomeno della diffusione dei microorganismi MDR sarà realizzata in maniera particolarmente rapida grazie alla realizzazione di un sistema di monitoraggio basato sulla restituzione del dato di densità di incidenza confrontato dinamicamente con gli anni e mesi precedenti, prevedendo l'affiancamento in continuo di personale infermieristico del Programma Aziendale Epidemiologi e Controllo delle Infezioni Correlate alle Organizzazioni Sanitarie.

Indicatori

- % ricoveri in day surgery per i DRG LEA chirurgici
- Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG chirurgici ad alto rischio di in appropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di in appropriatezza in regime ordinario
- Indice di sepsi per 1000 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in elezione, con degenza $\geq$ dimessi con DRG chirurgico
- % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery o in ricovero ordinario 0-1gg

2.2.3 Area di performance dell'organizzazione

Percorsi diagnostici terapeutici

L'Azienda è impegnata da anni nella costruzione e il monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali delle principali malattie oncologiche, per la riabilitazione del paziente con diagnosi di stroke e con frattura di femore, percorso nascita, scompenso cardiaco e post IMA. Dal 2013 è stato messo a punto di concerto con l'Ausl di Bologna un approccio integrato per il monitoraggio e valutazione dei percorsi a valenza interaziendale, con la finalità di far emergere aree di miglioramento e di condividere con i professionisti i provvedimenti allo scopo di garantire percorsi adeguati, omogenei ed equi per la cittadinanza. Per quanto riguarda in particolare la rete Stroke, si prevede nel corso del 2016, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna, la definizione di una proposta di riorganizzazione della rete metropolitana e del PDTA interaziendale relativo all'ictus ischemico acuto, in coerenza con gli specifici criteri previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.

Strutturazione profili di cura integrati fra le diverse professionalità, avvio e sviluppo di aree con gestione per intensità di cura

Durante il primo mese dell'anno 2016 si è completata l'attivazione del nuovo polo dedicato all'attività cardio - toraco - vascolare secondo il modello per intensità di cura e complessità assistenziale. Ai fini di tale attivazione, nel corso del 2015 sono stati realizzati specifici momenti di incontro tra i professionisti per condividere:

- il nuovo modello organizzativo e le relative modalità di applicazione;
- la scelta delle modalità di classificazione dei pazienti per instabilità clinica e complessità assistenziale;
- la definizione del modello assistenziale, delle competenze necessarie e dei nuovi ruoli delle professioni coinvolte;
- i percorsi di accesso dei pazienti e le modalità di presa in carico;

oltre che:

- la quantificazione e acquisizione dei presidi tecnologici e dei sistemi di monitoraggio, dei sistemi integrati di trasmissione dati e dei relativi applicativi;
- la definizione delle funzioni di supporto al Polo riguardanti sia le attività di degenze, interventistiche/operatorie e ambulatoriali;
- le specifiche necessità formative sia per quanto riguarda il modello assistenziale adottato sia per le innovazioni tecnologiche inerenti le degenze e le sale operatorie/interventistiche.

Allo scopo di consolidare il modello per intensità di cura, di superare le criticità riscontrate in fase di avvio e rendere più efficiente ed efficace il funzionamento

dell'intero padiglione, si prevede, la ripresa di momenti sistematici di incontro fra i professionisti finalizzati alla valutazione dell'andamento delle attività e all'approfondimento di alcuni aspetti legati all'organizzazione del lavoro e alla pianificazione delle attività interventistiche, con particolare attenzione alla standardizzazione dei flussi dei pazienti, al perfezionamento del modello assistenziale, alla revisione/armonizzazione dei protocolli clinico-assistenziali e al miglioramento della collaborazione professionale e delle comunicazioni.

Qualità e tempestività dei flussi informativi

Le attività pianificate finalizzate alla tempestività e qualità nella rilevazione di tutti i flussi informativi regionali riguardano:

- SDO sono in fase di attivazione azioni necessarie per l'adeguamento al decreto nazionale: in particolare attivazione della nuova procedura per la rilevazione delle sedute di emodinamica che riversa automaticamente la codifica degli interventi nella SDO e stiamo attivando controlli stringenti sui flussi informativi sanitari (RERIC, REAL, RERAI) che saranno utilizzati dalla nuova SDO
- EMUR il flusso viene inviato secondo la tempistica richiesta e sarà implementata la codifica ICD9CM della diagnosi alla dimissione.
- ASA: piano di contrazione dei tempi tecnici per il caricamento in back office delle pratiche cartacee al fine di migliorare la tempistica di invio dei dati
- AFO ed FED in occasione degli invii mensili in regione controlli di qualità per avere una percentuale di differenza fisiologica di rilevazione tra i due flussi inferiore allo 0,2%.

In particolare si segnala per il flusso ASA e per il flusso FED l'azienda ha già pianificato l'informatizzazione per il passaggio dei day hospital oncologici in regime di day service entro il 2016 con conseguente adeguamento della rendicontazione dei due flussi informativi.

Indicatori

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza

2.2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza

Il collegamento fra il ciclo della performance e trasparenza, integrità nonché e i codici di comportamento e il Piano della prevenzione della corruzione, costituisce un elemento fondamentale per operare in modo eticamente corretto, perseguire obiettivi di efficacia ed economicità della gestione, favorendo la trasparenza e l'accountability nei confronti degli stakeholders dell'azienda.

Come previsto dal comma 5 dell'art. 1 della L. n. 190 del 6/11/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" si procede all'adozione del Piano triennale di prevenzione della Corruzione: per il periodo 2016-2018.

Il Piano rappresenta un aggiornamento dell'ultimo Piano adottato dal Direttore Generale e comprende anche il Piano triennale per la trasparenza. Come noto, il Piano va aggiornato annualmente o comunque ogni qual volta un mutamento organizzativo e normativo lo rendesse necessario.

L'ANAC con la deliberazione n. 12 del 28 ottobre 2015, ha inteso apportare un aggiornamento snello al Piano nazionale, in attesa del prossimo che è previsto nel corso dell'anno 2016.

La **trasparenza**, quale strumento per eccellenza di prevenzione della Corruzione, oltre ad un profilo statico, presenta un profilo dinamico che è strettamente correlato all'ottica del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance. In tal senso l'Azienda è impegnata nella progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione in ragione della complessità di applicazione del D.Lgs. n.33/2013 e nella programmazione delle azioni necessarie all'adeguamento al D.Lgs.n. 97/2016, "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza", correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, che entrerà in vigore il 23/06/2016.

Nel 2016 si darà attuazione a quanto disposto dall' Art. 9, c. 7 del D.L. n. 179/2012 "Obiettivi di accessibilità" e, assieme al Responsabile Aziendale dell'accessibilità, si procederà a realizzare l'obiettivo di miglioramento dei processi di informatizzazione con un trasferimento sempre più automatico delle informazioni oggetto di pubblicazione direttamente dagli applicativi aziendali. Nello specifico al momento queste attività riguardano in particolare la gestione dei provvedimenti tramite l'applicativo Babel, in sintonia con il processo di unificazione delle funzioni e dei servizi amministrativi che sta coinvolgendo le aziende dell'area metropolitana.

Sull'aggiornamento dei dati al 31/12 di ogni anno ricompresi alla voce "Bandi di gara e contratti", coerente con il rispetto agli obblighi di invio all'AVCP ora ANAC di specifico file entro il 31 gennaio di ogni anno ai sensi dell'art 32 L. 190/2012, si è concordato in

sede di Tavolo AVEC unitamente al provveditore unico e ai responsabili dei servizi tecnici, di provvedere ad un aggiornamento semestrale nella pubblicazione dei dati, precisamente al 30 giugno, con obbligo alla pubblicazione entro agosto massimo di ciascun anno.

Infine, in tema di rispetto dei tempi dichiarati di conclusione dei procedimenti, è stata avviata una prima azione al fine di rilevare quelli relativi ai procedimenti aziendali.

Sono previste **iniziative formative** secondo la programmazione annuale in stretto raccordo con le altre Aziende dell'Area Vasta Emilia Centro nell'ambito del Tavolo di coordinamento delle Aziende di Bologna e Ferrara sui temi Trasparenza a Prevenzione Corruzione ed anche con la Regione.

Sul tema dell'**analisi di rischio corruzione**, in coerenza con l'aggiornamento del PNA e, ancor prima, sulla base dell'analisi del contesto aziendale, si stanno effettuando gli approfondimenti necessari sulle aree: contratti, amministrazione del personale, attività libero professionale, sperimentazioni cliniche e gestione delle liste di attesa.

Per tutti questi ambiti sono stati ricavati dal registro dei rischi aziendale gli indicatori relativi alle misure di prevenzione precedentemente identificate, provvedendo contestualmente al loro inserimento nelle schede di budget 2016-2017 delle strutture coinvolte. Questa modalità ha garantito il corretto collegamento al Programma triennale anticorruzione con il Piano delle performance aziendale.

E' approvata e in via di realizzazione la pianificazione degli **audit specifici** per il controllo diretto dell'applicazione delle misure di prevenzione già in atto e la verifica della loro efficacia.

Indicatori

- % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza
- % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative IntecentER
- % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta

2.3 Dimensione di performance innovazione e sviluppo

2.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica

Con riferimento all'obiettivo di mandato relativo alla valorizzazione della partecipazione degli operatori e l'implementazione di condizioni favorevoli per la sperimentazione sono individuati i seguenti obiettivi:

- rilevazione dell'attività di ricerca clinica – organizzativa e degli studi clinici (implementazione degli applicativi aziendali e regionali, monitoraggio amministrativo degli studi clinici approvati dal CE);
- diffusione delle opportunità di finanziamento (divulgazione dei bandi locali, nazionali ed europei);
- attivazione di iniziative volte a promuovere la progettazione per indirizzare la ricerca verso aree strategiche e di interesse per il Policlinico, nel panorama nazionale e internazionale;
- realizzazione di accordi di collaborazione con partner interessati, finalizzati alla promozione dell'attività di sperimentazione clinica sponsorizzata;
- assistenza ai dipartimenti ad attività integrata ed ai ricercatori nell'iter di presentazione dei progetti di ricerca e nella gestione delle varie fasi della conduzione degli studi;
- supporto metodologico - formativo e organizzativo - gestionale ai ricercatori;
- attivazione di iniziative di formazione per la ricerca e la sperimentazione clinica;
- gestione degli aspetti economico – amministrativi dei fondi per la ricerca e delle sperimentazioni cliniche ispirata ai criteri di trasparenza;
- integrazione operativa con i servizi dell'Università che svolgono analoghe funzioni.

Indicatori

- Impact factor grezzo
- Impact factor per ricercatore
- N° progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore
- N° progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di unità partecipante

2.3.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Nella programmazione delle attività formative (PAF e documentazione specifica sulla formazione trasversale e dipartimentale) sono previste numerose iniziative per la promozione dello sviluppo di competenze di carattere tecnico-professionale, organizzativo-gestionale e comunicativo-relazionale.

Le iniziative formative programmate a livello aziendale coprono largamente le tematiche relative alla sicurezza delle cure. In primis è previsto uno sviluppo qualitativo degli eventi per l'acquisizione delle competenze relative alle tecniche di rianimazione cardiopolmonare nell'adulto e nell'area pediatrica, dai livelli base a quelli avanzati: in questo contesto, particolare rilievo, in termini di valutazione dell'efficacia degli apprendimenti, riveste la pianificazione di eventi di simulazione, facilitati dalla strutturazione di un apposito centro all'interno dell'Azienda dotato delle attrezzature a ciò necessarie.

L'attenzione delle organizzazioni sanitarie nei confronti della gestione del rischio clinico e la consapevolezza dell'importanza dell'"imparare dall'errore" rendono ragione della programmazione di eventi formativi in cui alcune criticità riscontrate, sia a livello dei processi sanitari di ricovero e cura, come ad esempio le cadute dei pazienti, gli errori trasfusionali, o altri eventi avversi gravi, sia dei processi di supporto, come le carenze nella compilazione e gestione della documentazione sanitaria, saranno oggetto di momenti di condivisione finalizzati ad aumentare la consapevolezza delle possibili cause di errore e la conoscenza delle tecniche e delle misure di prevenzione.

In linea con l'obiettivo aziendale della riduzione degli indici di infezioni correlate all'assistenza, sono programmati per il 2016 interventi formativi di livello trasversale o anche mirati ad affrontare situazioni di criticità in realtà specifiche, rispetto ai quali risulta possibile l'attuazione di un sistema di misurazione di ricaduta formativa, attraverso la diffusione delle buone pratiche (es. lavaggio delle mani, corretti comportamenti in sala operatoria, misure preventive delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi, gestione dei CVP e CVC nei pazienti ospedalizzati, ecc.).

Lo sviluppo delle competenze nell'area dell'aggiornamento tecnico-legislativo è sostenuto dall'attivazione di iniziative formative, non solo di livello aziendale, ma anche promosse a livello regionale o di Area Vasta, relative alle tematiche della Trasparenza e Anticorruzione, sulla base del recente D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza. Altri eventi formativi saranno attivati per ciò che concerne la nuova normativa sugli appalti e contratti pubblici secondo il D.lgs. 50/2016.

Nel 2016 la Direzione Aziendale ha introdotto degli eventi formativi in forma di seminari rivolti specificamente ai Direttori di struttura su tematiche relative alla gestione del rischio clinico, al miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche, all'acquisizione e sviluppo di competenze di comunicazione efficace con i media e alla diffusione dei criteri e degli esempi di applicazione pratica del D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 su Trasparenza e Anticorruzione.

Sistemi di valutazione delle competenze e sistemi premianti, profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione

I sistemi di valutazione del personale rappresentano sempre di più una leva gestionale e professionale per realizzare miglioramento e cambiamento nei sistemi organizzativi complessi. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna intende quindi valorizzare gli strumenti che normativa, contratti e accreditamento regionale promuovono e sollecitano, per realizzare gli obiettivi di cambiamento e miglioramento.

In particolare si intende sempre più valorizzare gli strumenti di valutazione delle competenze e della performance organizzativa e della performance individuale; a questo proposito nel 2016 si implementeranno una serie di attività mirate a potenziare questi strumenti ed in particolare:

1. collegamento più trasparente e chiaro fra gli obiettivi di budget, la valutazione della performance organizzativa e la valutazione della performance individuale;
2. individuazione di obiettivi e progetti collegati ai singoli professionisti; questi obiettivi e questi progetti dovranno essere accompagnati da modalità di misurazione ed indicatori capaci di leggere l'effettivo contributo fornito dal singolo professionista;
3. necessarie modifiche al processo di valutazione che prevedano un forte coinvolgimento dei ruoli di responsabilità, ma anche dei professionisti realizzando un significativo incremento della trasparenza e della condivisione nel processo di valutazione e nei suoi esiti;
4. A quest'ultimo sistema operativo verrà collegato tutto il sistema di valutazione degli incarichi e successivamente (quando attivo) si integrerà il sistema di valutazione del dossier formativo individuale ECM.

Indicatori

% di adesione all'indagine di clima interno

2.4 Dimensione di performance della sostenibilità

2.4.1 Area di performance economico-finanziaria

La Direzione aziendale sarà impegnata al raggiungimento dell'obiettivo di mandato e previsto dalle linee guida regionali per la programmazione dell'equilibrio economico-finanziario.

. La Direzione Aziendale sarà inoltre impegnata:

- al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, le CTSS verranno informate degli esiti delle verifiche straordinarie;

- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;

- in presenza di certificazione di non coerenza, alla presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

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

Proseguirà l'impegno dell'Azienda per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).

L'Azienda è tenuta in applicazione dell'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014, ad allegare al bilancio consuntivo un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale e dal responsabile finanziario, attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, nonché il tempo medio dei pagamenti effettuati.

L'Azienda è impegnata:

- a rimuovere gli ostacoli alla tempestività dei pagamenti, dovuti a percorsi organizzativi inefficienti o a inadempienze nelle fasi di registrazione, liquidazione o pagamento delle fatture;
- a proseguire nel progetto di dematerializzazione dei processi di liquidazione;
- ad effettuare una sistematica programmazione volta a ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie.

Il valore dell'**indice tempestività di pagamento** definito dalla regione come indicatore e target di riferimento 2016 è pari **a 60 giorni**.

Indicatori

Pareggio civilistico di bilancio

Indice di tempestività dei pagamenti

Il miglioramento del sistema informativo contabile

L'Azienda, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sarà impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.

Dovrà essere assicurata la corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie

La Direzione Aziendale è chiamata ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, "Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni della Direzione Generale regionale.

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

Saranno ultimate le attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile e sarà avviata la procedura di gara per l'individuazione del nuovo sistema.

L'Azienda sarà impegnata nell'assicurare al livello regionale la massima collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione della nuova soluzione applicativa, necessaria allo sviluppo dei progetti metropolitani e di area vasta di integrazione dei servizi di supporto.

Governo delle risorse umane

La programmazione aziendale, da effettuarsi attraverso la predisposizione di **piani di assunzione annuali**, dovrà tenere conto degli obiettivi strategici e degli standard, di tipo economico-finanziario e gestionale, contenuti nella deliberazione regionale di programmazione annuale e degli obiettivi di integrazione dei servizi di supporto. Ogni reclutamento viene disposto dopo la verifica del reale andamento del turnover.

Con riferimento alla **risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro**: a seguito di specifiche indicazioni regionali, si darà applicazione al regolamento sulle risoluzioni unilaterali per il personale in possesso dei requisiti pensionistici, a fronte delle esigenze di contenimento della spesa del personale e del ricambio generazionale.

A seguito all'entrata in vigore delle disposizioni contenute **nell'art. 14 della Legge 161/2014 in materia di orario di lavoro, riposi giornalieri e settimanali**, superata la fase di prima attuazione delle disposizioni di legge per l'area della dirigenza, è stata data capillare informazione sui nuovi ed inderogabili criteri di organizzazione delle presenze in servizio del personale medico. L'Azienda ha disposto la costituzione di una cabina di regia permanente sulla materia, con l'obiettivo di stendere la procedura relativa al percorso di predisposizione, gestione e controllo della turnistica di lavoro, nonché di verificare e monitorare il rispetto della complessiva materia dell'orario di lavoro mediante un'attività di controllo secondo modalità, flussi e periodicità strutturati, implementando la funzione di feedback sulle non conformità rilevate nel singolo periodo. Parallelamente, il piano assunzioni predisposto verrà sviluppato altresì in risposta alle criticità riscontrate e valutate in specifici ambiti dell'Azienda proprio in relazione alla implementazione dei nuovi modelli di orario di lavoro.

E' in corso lo sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, di supporto e logistici nelle Aziende, con l'obiettivo di ottimizzare i servizi e le risorse umane da implementare a livello provinciale e/o in Area Vasta dando evidenza dei benefici economici attesi e realizzati.

Relativamente ai **processi di collaborazione interaziendale**, a seguito dell'unificazione del Servizio Amministrazione del Personale, è stringente l'esigenza di

pervenire alla omogeneizzazione dei processi amministrativi e di garantire unicità di lettura ed applicazione delle disposizioni in materia di risorse umane, anche al fine di realizzare quelle economie di scala che sono obiettivo delle stesse unificazioni dei Servizi tecnico-amministrativi e di supporto. Pertanto, in continuità con i già avviati processi di collaborazione tra aziende/enti dell'area metropolitana su specifici argomenti ed istituti contrattuali.

Il 2016 rappresenta il terzo anno di gestione di una progettazione triennale che ha consentito l'applicazione dell'art. 16 D.L. 98/2011 per due progetti specifici: "Ottimizzazione settore ristorazione" e "Controllo presenza fumi, incendio, gas, allagamento, presenza ossigeno, e monitoraggio elevatori nel Policlinico". A livello di contrattazione integrativa tali progetti consentono di distribuire, a fronte di risparmi certificati dal Collegio Sindacale, risorse incentivanti con particolare riferimento al personale direttamente coinvolto nel raggiungimento degli obiettivi propri dei progetti in argomenti, dando applicazione a quanto previsto delle linee guida regionali al percorso per l'utilizzo dell'istituto dell'art. 16.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

L'azienda si impegna rispettare la programmazione degli acquisti definita dal Master Plan triennale adottato dall'Agenzia Intercenter-ER e a partecipare alla definizione della programmazione unica di Area Vasta (AVEC), anche in considerazione che il servizio di acquisti è unico per la provincia di Bologna. In ottemperanza all'art.21 del Nuovo Codice dei Contratti (D.Lgs.50/2016) l'Azienda elaborerà il programma biennale 2016/2017 degli acquisti di beni e servizi.

Con riferimento alla normativa sui Soggetti Aggregatori, a seguito della pubblicazione del D.P.C.M. 24 dicembre 2015 avvenuta il 9 febbraio 2016, lo stesso MEF ha trasmesso indicazioni per l'attuazione delle norme, consentendo alle stazioni appaltanti di procedere con la stipula di "contratti ponte" laddove non sia presente una convenzione di Soggetto aggregatore cui aderire. Conseguentemente, soprattutto per garantire la disponibilità di farmaci che saranno compresi nelle prossime procedure di gara che l'Agenzia Intercent-ER completerà, si sta procedendo con "contratti ponte" e relativa clausola di risoluzione anticipata al momento dell'attivazione della convenzione.

Per quanto riguarda l'applicazione delle disposizioni contenute nella Legge di Stabilità 2016 per gli approvvigionamenti di beni e servizi ICT, c'è sicuramente l'impegno dell'Azienda nel conseguire l'obiettivo della riduzione del 50% della spesa nel triennio 2016-2018 ma, per l'anno 2016, il Soggetto Aggregatore non ha avuto la possibilità di dare corso alle prescrizioni normative, anche in mancanza del piano triennale dell'AGID.

Relativamente al progetto di dematerializzazione, si è già proceduto dal mese di gennaio 2016 a inserire negli atti di gare le relative disposizioni, così come si interverrà dal 30 giugno a dare corso alle ulteriori prescrizioni.

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

Nei primi mesi del 2016 si è dato avvio alla sperimentazione di una nuova forma di collaborazione tra l'Agenzia Intercent-ER e le Aziende Sanitarie, dopo che ogni Azienda ha stipulato apposita convenzione alla fine del 2015.

A seguito di accordi, anche con l'AVEN e AUSL di Romagna, per il 2016 sono state assegnate all'AVEC tre procedure:

Servizio Acquisti Metropolitano di Bologna (S.A.M.):

1. Valvole percutanee per l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna e Azienda Ospedaliera di Parma;

2. Radiofarmaci;

Servizio Acquisti di Ferrara:

1. Dispositivi per Laparoscopia e suturatrici meccaniche.

Il S.A.M. ha già avviato i gruppi di lavoro e quanto prima presenterà gli atti a Intercent-ER per l'approvazione e conseguente pubblicazione dei bandi.

Governo acquisto beni sanitari

La materia della razionalizzazione e controllo della spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera ha visto negli ultimi anni esplodere le iniziative finalizzate a fronteggiare la crescita della spesa determinata da numerose variabili, tra le quali la più rilevante l'immissione in commercio di nuovi farmaci a costi molto elevati.

Il concetto di appropriatezza, anche se affonda salde radici nella performance professionale, rappresenta una delle modalità per fronteggiare la cronica carenza di risorse, attraverso una loro ottimizzazione.

In tale contesto, il **governo clinico dei farmaci**, ancor di più oggi che si affacciano sul mercato tecnologie innovative ad altissimo costo, deve essere presidiato mediante un approccio di sistema per assicurarne un corretto ed appropriato utilizzo.

Le Raccomandazioni regionali, prodotte dai vari gruppi multidisciplinari con metodologia evidence-based, adattate al contesto locale in maniera esplicita, rappresentano - ove disponibili rispetto alla tematica affrontata - lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza professionale e, talvolta, anche organizzativa. In linea con i contenuti delle Linee di programmazione 2016 della Regione, le azioni si concentreranno prevalentemente su alcune aree di intervento ritenute particolarmente strategiche e critiche per la nostra azienda.

In **ambito oncologico**, le Raccomandazioni regionali, prodotte dal del Gruppo Regionale Farmaci Oncologici (GreFO), con particolare riferimento ai farmaci innovativi, rappresenteranno lo standard di riferimento per le prescrizioni e le successive valutazioni, che verranno condotte attraverso lo svolgimento di specifici

audit clinici i cui ambiti che saranno congiuntamente individuati dalla Farmacia Clinica e Governo Clinico.

Per quanto riguarda i **Farmaci DAA per Epatite C**, obiettivo prioritario è l'applicazione del documento di indirizzo regionale "Nuovi antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica", aggiornato mensilmente, al fine di garantire l'appropriatezza sia rispetto ai criteri di eleggibilità previsti dal Registro AIFA, sia secondo i livelli di priorità definiti al livello regionale.

E' previsto inoltre il completamento dell'audit clinico, avviato a fine 2015, finalizzato alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva complessiva anche attraverso l'analisi degli specifici parametri clinici e diagnostici.

Nell'area della **terapia antiretrovirale per HIV**, le azioni condivise tra le UU.OO. Malattie Infettive e Farmacia Clinica riguardano:

- l'adesione alle raccomandazioni per l'uso della terapia antiretrovirale di prima linea e come strategia di ottimizzazione nel paziente con infezione da HIV-1, elaborate nell'anno 2015 dal Gruppo di lavoro aziendale;
 - la prescrizione dei farmaci privi di copertura brevettuale, ove disponibili;
 - la partecipazione ad un gruppo di lavoro da istituire nell'ambito della Commissione Farmaci AVEC, finalizzato ad una analisi approfondita delle variabilità prescrittive cui conseguono diversi valori economici tra i centri per linea di trattamento.
- individuazione di alcuni farmaci che saranno oggetto di prescrizione controllata e monitoraggio (stewardship antiretrovirale) per uno o più dei seguenti motivi:
1. indicazione ristretta a pazienti selezionati;
 2. bassa barriera genetica e rischio di resistenza;
 3. costo elevato.

Infine, una ulteriore area che già nel 2015 ha evidenziato criticità, è quella dei farmaci per la **DMLE** ed altre patologie sulla quale si ritiene necessario condividere con i clinici linee di comportamento atte a promuovere tra i pazienti naive, il trattamento con il farmaco che a parità di indicazione terapeutica, efficacia e sicurezza presenta il miglior rapporto costo/opportunità.

Trasversali a più discipline, sono previste altre azioni, già avviate negli anni precedenti, che riguardano:

- **aumento del ricorso ai farmaci biosimilari** disponibili, sia nei pazienti di nuova diagnosi sia in fase di rivalutazione con superamento delle criticità legate allo shift delle prescrizioni da originator a biosimilare nelle terapie croniche;
- **adesione alla gara regionale Intercenter "Farmaci 2017"** che potrà produrre un risparmio nell'acquisto ospedaliero dei farmaci;
- **consumo ospedaliero di antibiotici**: le attività pianificate in questo ambito sono finalizzate alla improrogabile messa in atto di strategie di politica prescrittiva degli antimicrobici, tanto in ambito terapeutico quanto nella profilassi chirurgica, al fine di preservarne la massima efficacia terapeutica e contenere l'induzione di

resistenze, mantenendo un costante controllo e monitoraggio della loro prescrizione. Le attività rientrano nel programma di gestione del rischio infettivo in ambito assistenziale previste dalla Regione Emilia-Romagna.

Gli obiettivi per i prossimi anni riguardano:

1. mantenimento dei livelli di appropriatezza delle prescrizioni per i farmaci "target" anno 2016 vs 2015, misurata attraverso il consumo in DDD/100ggdd, con particolare riferimento alle prescrizioni di Meropenem nell'ottica di ridurre la pressione selettiva sulla selezione di enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE);
 2. valutazione dell'impatto del programma di Stewardship sull'outcome del paziente;
 3. prosecuzione del progetto di stewardship antimicrobica finalizzato al rapido intervento del team infettivologico nelle batteriemie e per la de-escalation therapy;
 4. valutazione dell'appropriatezza dell'antibiotico profilassi in chirurgia, misurata attraverso l'applicazione dei protocolli condivisi per le diverse discipline chirurgiche.
5. Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e valutazione rispetto allo standard di riferimento regionale suddivisi tra interventi ortopedici e non-ortopedici.

Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità

L'adozione degli strumenti per il governo clinico, rappresenta la base di attività per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. Pertanto, si proseguirà l'azione già in essere da alcuni anni, finalizzata a promuovere:

- la compilazione, da parte dei medici prescrittori, dei registri di monitoraggio disponibili sulla piattaforma SOLE (per il governo dell'appropriatezza nell'uso) e sulla piattaforma AIFA (per la gestione rimborsi di condivisione del rischio, es. payment by results, costsharing...);
- la tracciabilità dell'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e farmaci fuori prontuario, utilizzando l'apposito applicativo web regionale, denominato "Eccezioni prescrittive";
- la compilazione del Flusso di Erogazione Diretta FED relativa ai dati di prescrizione dei Farmaci antiretrovirali per HIV, con particolare riferimento indicazione della linea di trattamento e fornendo inoltre i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente, su richiesta della Regione;
- in ambito oncologico, sono già state avviate le fasi organizzative e tecniche per l'attivazione del DB oncologico, come da indicazioni regionali, nell'ambito del processo di conversione del regime assistenziale dal DH a DS delle terapie oncologiche.

In tema di qualità e sicurezza delle cure, proseguirà l'attività di farmacovigilanza nell'ambito della quale sarà promossa la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco".

Sarà inoltre avviato il progetto biennale sovregionale "MEREAFAPS: monitoraggio epidemiologico delle reazioni avverse e degli eventi avversi a farmaco in Pronto Soccorso" al quale l'azienda partecipa. Un nuovo punto di osservazione rispetto al precedente progetto, riguarderà il PS Pediatrico. Eventuali ulteriori progetti, vedranno la attivazione in base alla programmazione regionale.

Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

La spesa, rilevata nel flusso Dispositivi Medici (DiMe) per l'anno 2015, è stata pari a circa 42,06 milioni di euro, con un incremento dello 0,8% rispetto al 2014, a fronte di un incremento regionale del 2,9%.

La categoria CND che ha presentato le maggiori criticità è la H-Dispositivi da sutura, che ha registrato un incremento del 13,4%, in particolare per suture meccaniche (+32,5%). Al contrario, si è realizzato un significativo risparmio (-17,7%) nella categoria C- DM per apparato cardiocircolatorio, per effetto principalmente della gara espletata tra fine 2014 e aggiudicata ad aprile 2015 relativa ai DM per cardiocirurgia.

Nell'ambito della CND P – Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi, l'incremento registrato del +6,2%% è stato prevalentemente determinato dalle endoprotesi vascolari, con una variazione dell'8,2% correlato tuttavia ad un incremento degli interventi del 10%.

A fronte dei risultati 2015 e delle Linee di programmazione regionali 2016, gli interventi pianificati per l'anno in corso, finalizzati al governo del sistema Dispositivi Medici, si concentrano prevalentemente sulle seguenti azioni:

a. controllo sull'impiego dei DM di largo consumo (CND A, M e T) per giornata di degenza ordinaria, in linea con gli indicatori individuati a livello regionale;

b. monitoraggio dei livelli di adesione alle raccomandazioni regionali, sull'impiego dei dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza (novembre 2014) ed approfondimento con i chirurghi per gli interventi che, sulla base dei dati rilevati nel corso del 2015, presentano i livelli di scostamento più significativi. A tale riguardo, si precisa che nell'anno 2015, il livello medio aziendale di adesione alle raccomandazioni è stato del **73%**, con un range per categoria di interventi che oscilla tra l' **11,6%** ed il **100%**;

c. per quanto riguarda l'adesione alle gare espletate in ambito regionale o di Area Vasta, sarà attentamente valutato il livello di adesione al fine di evidenziare eventuali ambiti di criticità. Saranno altresì avviate le procedure per l'acquisizione di dispositivi medici particolarmente strategici per la nostra azienda, quali TAVI, endoprotesi vascolari;

d. in ordine alla completezza della rilevazione della spesa per dispositivi medici e DM-IVD, l'obiettivo è quello di mantenere il livello 2015, in cui tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico è stato pari al **97%**.

L'attivazione del Polo Cardio-Toraco-Vascolare, come pure l'introduzione della chirurgia robotica e la conseguente estensione degli interventi che utilizzano tale tecnologia, comporterà un verosimile incremento di spesa che solo in parte potrà

essere compensato dai minori costi sostenuti per i dispositivi medici per effetto prezzi determinato dalla adesione alle gare espletate.

In accordo con le aziende dell'area Bologna e di Imola, è obiettivo di giungere alla costituzione di una Commissione Provinciale dei Dispositivi Medici, quale fase propedeutica alla eventuale futura costituzione di una Commissione di Area Vasta.

Acquisto di servizi

L'azienda persegue da alcuni anni una strategia di riorganizzazione, qualificazione ed ottimizzazione dei servizi avendo come criterio guida la centralità delle persone, con una priorità alle esigenze dei pazienti e dei loro familiari ma con una rinnovata attenzione ai bisogni di tutti gli stakeholders, professionisti, operatori, studenti e cittadini a diverso titolo visitatori del Policlinico.

Si possono individuare quattro macro ambiti progettuali di intervento, i primi tre focalizzati su processi specifici, il quarto trasversale e di sostegno alla struttura:

1. **Alimentazione e servizi di ristorazione:** si intende valorizzare ulteriormente nel periodo 2016-18 l'esperienza del progetto triennale di ottimizzazione della Ristorazione anche sul fronte economico, consolidando le azioni di risparmio prodotte nel periodo 2013-15 (oltre 2,5 milioni di Euro i minori costi rispetto al periodo precedente) e possibilmente rilanciando l'applicazione dell'articolo 16 del Decreto legge 98/201, che ha visto la destinazione di parte dei risparmi ottenuti ai dipendenti. Sul fronte della ricerca fra Alimentazione, Clinica e Ristorazione, partirà nel 2016 un progetto pluriennale denominato CRUNCH (Cucina e Ristorazione Uniti nella Nutrizione Clinica H-ospedaliera) che sarà agito con il supporto di esperti nutrizionisti ed in stretta collaborazione con le unità operative. Entro il 2016 dovrebbe conoscersi l'esito della prima fase di partecipazione al bando di finanziamento regionale ER (PSR 2014-2020 PER LA Misura 16 – tipo di operazione 16.1.01 "sostegno per la costituzione e la gestione dei Gruppi Operativi del PEI in materia di produttività e sostenibilità dell'agricoltura" – Focus Area 2A) per il progetto "APPEN.BIO: DALL'APPENNINO CIBO PER LA SALUTE", a cui l'azienda è stata invitata a partecipare come consulente esperto scientifico nell'ambito di un gruppo di soggetti pubblici e privati (capofila l'azienda alimentare "Alce Nero", Unibo Fac. Agraria e altri soggetti di riferimento alla ricerca nazionale, fra cui il prof. Berrino dell'Istituto nazionale Tumori di Milano). Il progetto si articola in due fasi, per una durata complessiva presunta pari a 36 mesi.

2. **Servizi per il comfort e la sicurezza delle persone:** Il 2016 è l'anno in cui è prevista la prima fase del progetto per la revisione del modello organizzativo e gestionale dei servizi per il comfort e la sicurezza delle persone che ha l'obiettivo di migliorare il livello di qualità dei servizi ottimizzando il rapporto qualità/costi posizionando le attività in un sistema integrato coerente di attività interne (affidate a personale sanitario aziendale) ed esterne (affidate a personale di ditte appaltatrici). L'Azienda, coerentemente con le nuove direttive EU sugli appalti, ha progettato un appalto innovativo per affidare a partner terzi l'organizzazione e gestione di un

sistema di servizi di supporto alla persona strutturati con una logica di integrazione, innovazione e sostenibilità. L'avviso preliminare, pubblicato nell'estate dell'anno 2015 e divulgato a livello nazionale ed europeo, è stato realizzato attraverso un processo di progettazione partecipato interno all'azienda ed in stretta collaborazione con i partner internazionali del Progetto EcoQUIP cui l'azienda aderisce (Progetto EcoQUIP – Delivering Efficiency, Quality and Sustainability in Healthcare; rif. www.ecoquip.eu).

Il processo progettuale, la pubblicazione del bando ed il processo di affidamento si prevede saranno realizzati nel corso dell'anno 2016. Il contratto e l'avvio delle attività sono programmati da gennaio 2017.

3. **Accoglienza e Servizi commerciali:** nel corso del 2016 è prevista la conclusione del processo di affidamento della gara innovativa di concessione servizi commerciali progettata e bandita nel triennio 2013-15. Obiettivo la messa a sistema dei servizi commerciali fruibili dagli utenti interni ed esterni al Policlinico. La nuova concessione, agita in stretta collaborazione fra Azienda e partner privati, realizzerà ad una piattaforma multifunzionale di servizi che agevolano e qualificano la presenza dei vari utenti che vivono quotidianamente il contesto ospedaliero.

4. **Organizzazione e sviluppo delle competenze.** L'organizzazione attivata nel 2013 per dare corpo alla gestione della nuova struttura e poi condotta con aggiustamenti nel 2014-2015, nel 2016 ora dovrà essere riletta alla luce delle nuove sfide gestionali e progetti attivi, sempre tenendo fede ai seguenti aspetti:

- focalizzazione delle responsabilità, competenze e mansioni
- gestione per obiettivi personali e di gruppo
- raccolta e gestione di indicatori di performance e customer satisfaction
- azione sistematica di confronto e crescita professionale.

La nuova organizzazione supporta il processo di integrazione in un'unica struttura delle responsabilità di carattere gestionale sul fronte tecnico-operativo con la responsabilità economica e contrattuale seguendo l'impostazione/gli indirizzi assegnati dalla direzione.

Manutenzione

Per quel che concerne il costo/mq della manutenzione ordinaria del patrimonio immobiliare dell'Azienda, si riportano i dati elaborati dal 2011 ad oggi:

anno	costo/mq aziendale	media RER
2011	24,50€/mq	23,75 €/mq
2012	20,31 €/mq	np
2014	21,66 €/mq	24,00 €/mq
2015	24,03 €/mq	23,46 €/mq

L'Azienda fornisce, inoltre, rispettando le scadenze regionali, le informazioni richieste nell'ambito del progetto promosso da AGENAS "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN". L'obiettivo è il mantenimento dei costi di manutenzione al di sotto della media regionale.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Per quanto riguarda le **politiche per l'uso razionale dell'energia** e la corretta gestione ambientale le azioni messe in atto dall'Azienda saranno in linea con il Programma Regionale per quanto riguarda l'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie).

Il Policlinico continuerà a sviluppare le azioni già intraprese a livello aziendale negli anni precedenti (a partire dal 2006) affrontate sia a livello gestionale sia sul piano dell'innovazione tecnologica.

Tali azioni riguarderanno lo svolgimento di un'attività continua di monitoraggio di tipo quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica, termica e sull'acqua mediante la raccolta periodica dei dati (in sinergia con il Gruppo Regionale degli Energy Manager e attualmente con l'Energy Manager Unificato); l'inserimento del flusso delle informazioni, attraverso l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000.

Per quanto riguarda le azioni di **mobilità sostenibile**, nel corso dell'anno 2016, è in previsione l'acquisto di portabiciclette da installare all'interno del Policlinico e di biciclette elettriche da utilizzare negli spostamenti per impegni istituzionali nonché la stesura del nuovo regolamento per l'accesso, la viabilità e la sosta nelle aree di pertinenza dell'Azienda. E' confermato anche per l'anno 2016 il contributo dell'Azienda per l'acquisto di abbonamenti TPER da parte dei propri dipendenti.

In relazione all'attivazione del nuovo capitolato di **smaltimento rifiuti**, verranno implementate le schede di monitoraggio della produzione dei rifiuti ospedalieri e della realizzazione del servizio, elaborate secondo le indicazioni del gruppo di lavoro regionale. Inoltre, è già attiva la partecipazione alla raccolta dati regionale. Ogni anno, entro le scadenze definite, vengono caricati sulla piattaforma internet regionale denominata AEM, i dati di produzione dei rifiuti dell'anno precedente.

2.4.2 Area di performance degli investimenti

Lavori

L'aggiornamento del piano edilizio e di sviluppo delle strutture del Policlinico Sant'Orsola – Malpighi per il triennio 2016 – 2018 prevede il completamento degli investimenti con la concentrazione delle attività assistenziali in poli edilizi coerenti con l'organizzazione dipartimentale:

1. Polo Cardio-Toraco-Vascolare;
2. Polo Chirurgico e dell'Emergenza (Padiglione 5 – Nuove Patologie) – Polo delle Malattie digestive e dei trapianti;
3. Polo Onco-Ematologico – DAPP;
4. Polo Materno-Infantile (Padiglioni 4, 10, 13, 16);
5. Polo delle attività sanitarie diurne e ambulatoriali multidisciplinare (Padiglione 1 - Palagi).

Gli interventi da realizzare saranno, per quanto possibile, improntati ai principi di eco-sostenibilità, di efficienza energetica e di flessibilità strutturale per l'adeguamento ai nuovi modelli organizzativi.

Il parametro tecnico dimensionale di riferimento (superficie a posto letto) a regime sarà pari ad un valore compreso tra 200 e 230 m²/PL, sovrapponibile al valore medio dei Policlinici europei.

A tal fine, l'Azienda è impegnata in modo continuativo a:

6. sviluppare percorsi assistenziali integrati all'interno dell'azienda e fra ospedale e territorio;
7. adeguare la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione sanitaria provinciale, evitando duplicazioni non indispensabili di strutture;
8. promuovere le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra – provinciale ed extra – regionale;
9. promuovere l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Gli interventi da realizzare sono imprescindibili e giustificati dalla necessità di garantire:

10. la continuità delle attività e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e realizzare condizioni di sicurezza strutturale e impiantistica delle infrastrutture al fine di permettere la corretta erogazione delle attività istituzionali;
11. l'adeguamento delle strutture alle normative vigenti (D. Lgs. 81/2008, impianti elettrici, impianti meccanici e tecnologici, prevenzione incendi, prevenzione sismica,

ecc.) e il miglioramento degli aspetti alberghieri e dell'accoglienza, indispensabili per mantenere in esercizio il patrimonio edilizio ed impiantistico del Policlinico.

Nell'anno 2016, oltre alla gestione ordinaria del patrimonio immobiliare e alle manutenzioni finalizzate al ripristino conservativo delle strutture (manutenzioni e gestione orientate sempre più ad una miglior efficienza energetica e sicurezza), sono previsti i seguenti interventi principali:

12. lavori urgenti e imprescindibili che trovano copertura con il fondo manutenzioni cicliche. Tali interventi sono mirati al superamento delle carenze e delle inadeguatezze strutturali e impiantistiche e ricomprendono la realizzazione degli interventi per l'adeguamento al Decreto 19 marzo 2015 con scadenza 24 aprile 2016,
13. interventi di completamento del Polo Cardio Toraco Vascolare attivato nel dicembre 2015,
14. riqualificazione del corpo G del Padiglione 23 (intervento RER PB6),
15. riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile (Pad. 4, 10, 13, 16) – Interventi RER P2, PB4, 39 e APb.16,
16. lavori per adeguamenti e spostamenti di reparti tra i vari Padiglioni (Pad. 2, Pad. 5, Pad.20 ecc..),
17. completamento lavori nuove centrali tecnologiche

Il piano di sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico del Policlinico prevede che nei Poli di nuova costruzione siano concentrate, oltre alle funzioni di ricerca e didattica diffusa, le funzioni assistenziali, comprendenti le aree ad alta valenza tecnologica, quali i blocchi operatori e le tecnologie sanitarie pesanti, e che gli edifici esistenti siano adeguatamente ristrutturati prevalentemente per le funzioni di degenza.

Il Policlinico Sant'Orsola – Malpighi presenta, comunque, rilevanti criticità di carattere strutturale e di collocazione urbanistica, con notevole obsolescenza strutturale, insufficiente flessibilità strutturale e organizzativa, che, in molti edifici, non consente la necessaria adattabilità richiesta dall'incalzante modificarsi delle tecnologie e delle esigenze in ambito sanitario, inadeguatezze strutturali e impiantistiche rispetto agli standard richiesti dal continuo adattamento dei riferimenti normativi e regolamentari, con accessibilità problematica per quanto attiene i flussi del traffico, le possibilità di parcheggio e l'alloggio dei parenti.

Ben consapevoli che l'adeguamento degli edifici alle moderne e future tecnologie per la diagnosi e la cura risulta, in molti casi, incompatibile con una ristrutturazione dell'esistente e che è necessario dare risposta all'attuale situazione di disagio per i degenti anche con un programma di nuova edificazione, preso atto dell'impossibilità di costruire un ospedale completamente nuovo al di fuori del centro

della città, la soluzione intrapresa è quella di "ristrutturare l'ospedale esistente cercando di modificare radicalmente le strutture".

L'adeguamento strutturale e tecnologico di parte del Policlinico non è andato di pari passo con l'evolversi della medicina avanzata. Il progetto per il superamento della struttura obsoleta a padiglioni esistente e per lo sviluppo di una struttura a rete in cui sia possibile concentrare le tecnologie, prevede di procedere con la demolizione e la costruzione di nuovi edifici di volumetria adeguata e la ristrutturazione dei padiglioni storici. Questo, nella consapevolezza delle criticità e dei limiti di operare in un'area già satura e in strutture che devono garantire la continuità di esercizio. L'intervento, per quanto possibile, deve essere improntato ai principi di ecosostenibilità e di flessibilità strutturale per l'adeguamento ai nuovi modelli organizzativi.

Inoltre, l'intervento dovrà garantire innovazione tecnologica attraverso la concentrazione delle tecnologie ad alto costo e l'utilizzo intensivo.

Il superamento delle carenze e delle inadeguatezze strutturali e impiantistiche dell'attuale Policlinico richiede un impegno non facilmente sostenibile sul piano organizzativo e operativo, prima ancora che economico. Gli ospedali si sono progressivamente trasformati in strutture a elevato contenuto tecnologico dove i percorsi diagnostico terapeutici, in risposta alla domanda di prestazioni sanitarie, si concentrano significativamente.

La struttura attuale, nonostante gli interventi di ampliamento e ristrutturazione degli anni passati (ad eccezione dei nuovi Poli costruiti e in corso di realizzazione), a causa dei profondi cambiamenti verificatisi in ambito scientifico, tecnologico, socioculturale e normativo, non è più rispondente alle correnti necessità di tipo strutturale, logistico ed operativo. In particolare, risulta critica l'accessibilità, intesa sia come raggiungimento dell'ospedale, sia come parcheggi (nonostante la realizzazione del parcheggio interrato), sia, per quanto riguarda i percorsi interni, la fruibilità del complesso ospedaliero, le contiguità spaziali tra le varie funzioni.

Risultano pertanto necessari cospicui interventi di demolizione e ricostruzione di interi padiglioni e di adeguamento delle strutture edilizie e degli impianti, per ottenere i necessari miglioramenti della qualità dell'assistenza percepita dall'utente e dell'utilizzo delle risorse professionali impiegate, nonché per l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e per soddisfare la mutata normativa, anche per gli aspetti della sicurezza.

In particolare, gli ulteriori investimenti (triennio 2016-2018 e anni successivi), programmati per lo sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico necessari per il completamento dei requisiti per l'accreditamento relativamente ai padiglioni esistenti e non ancora completamente ristrutturati, comportano un piano di investimenti a medio-lungo termine. Per la completa ristrutturazione del Policlinico, si prevede, infatti, che alcuni padiglioni siano completamente ristrutturati (padiglioni storici, padiglioni già

parzialmente ristrutturati) ed altri demoliti e ricostruiti, aumentandone la superficie utile. Ciò permetterà di concentrare e rimodulare l'attività ospedaliera (che non può essere dismessa o trasferita in altre sedi).

Sistemi informativi dell'area amministrativa e infrastrutture tecnologiche

Le azioni e i corrispondenti investimenti in sistemi software gestionali dell'area amministrativa e in attrezzature e infrastrutture telematiche, tenendo conto della particolare congiuntura economica, prevedono per il triennio 2016-2018 un piano di sviluppo del sistema informativo in progressiva contrazione, in particolare con un'apprezzabile riduzione del valore assoluto di risorse materiali a esso dedicate.

Particolare attenzione sarà volta al tema del rinnovo tecnologico delle stazioni di lavoro per le motivazioni espresse nel seguito. Grande rilevanza, inoltre, sarà data al tema della dematerializzazione, non solo per quanto già previsto dal piano ICT regionale (es. dematerializzazione del ciclo passivo), ma anche relativamente alla gestione dei processi e dei flussi documentali dell'azienda come meglio descritto nel seguito. Restano sullo sfondo con un approccio meramente conservativo e limitato ai casi di reale necessità, gli investimenti in infrastrutture telematiche (reti dati, sistemi wireless), di datacenter (server e sistemi di sicurezza) e complementari (controllo accessi, marcatempo, dispositivi di controllo).

Ciò premesso gli investimenti programmati per il triennio 2016-2018 descritti in maggior dettaglio sono i seguenti:

1. Fornitura di Personal Computer / Stampanti / Scanner (sostituzioni urgenti e imprescindibili e progressivo rinnovo). L'Azienda ha in corso un piano di rinnovo tecnologico delle infrastrutture informatiche di base (PC) determinato dalla necessità di sostituzione di sistemi obsoleti, con particolare riferimento ai personal computer la cui criticità principale è legata al ciclo di vita dei sistemi operativi Microsoft. Infatti il sistema operativo Windows XP non è più supportato dallo scorso 8 aprile 2014, con gravi implicazioni in termini di sicurezza e di adempimento alle disposizioni di legge. L'Azienda è soggetta a inadempienza normativa, infatti la mancata adozione delle misure minime¹ implicata dall'utilizzo di un sistema operativo obsoleto, dà luogo all'applicazione di una sanzione amministrativa da 10.000 a 120.000 €² e alla sanzione penale che prevede l'arresto fino a 2 anni³ eventualmente estinguibile con adempimento entro sei mesi e pagamento della sanzione amministrativa (Art. 169, comma 2). Inoltre un eventuale attacco al sistema operativo obsoleto condotto illecitamente in qualsiasi modo (hacker, virus ecc.) può causare danni anche irreparabili, che porterebbero, in caso di malaugurato arresto dei PC con sistema operativo XP, fino alla totale

¹ D.Lgs. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, Art.33 e Allegato B. Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza, punti 17, 20 e 23

² Codice privacy, Art. 162, comma 2-bis

³ Id Art. 169, comma 1

paralisi dell'operatività dell'azienda per tutto ciò che si basa su questi sistemi per il proprio funzionamento.

2. Fornitura di sistemi per gestione delle reti / logging / Sistemi di cablaggio e componenti di reti (hub, switch, router ecc)

L'investimento è dedicato alla messa in sicurezza delle reti wi-fi oltre che alla copertura di alcuni reparti in cui è necessario attivare sistemi medicali o informatici in mobilità. Il tema delle reti wireless, che per garantire la copertura dell'intera struttura aziendale richiede un investimento dedicato apprezzabile, è incluso nel piano investimenti ma è attualmente privo della necessaria copertura.

3. Fornitura di beni di complemento all'hardware per sostituzione di sistemi infrastrutturali in senso lato (marcatempo, controllo accessi, server per infrastrutture locali, altro) in seguito a rottura o guasto irreparabile.

4. Servizi di gestione documentale / Servizi di consulenza e fornitura di profili professionali forniti da terzi (Progetto BABEL).

Il sistema BABEL è costituito da una piattaforma di gestione dei flussi documentali sviluppata dall'Azienda USL Bologna che, a partire da un'efficace rappresentazione dell'organizzazione, basandosi sull'utilizzo di un potente motore di workflow e di gestione documentale e di vari moduli di produttività (integrazione PEC, firma digitale semplificata, gestione rubriche gerarchica, fascicolazione assistita ecc.), garantisce, pur mantenendo una elevatissima semplicità di utilizzo, la gestione a norma del documento informatico inclusa l'integrazione con il Polo Archivistico Regionale. L'azienda USL di Bologna è capofila di un progetto di estensione di BABEL alle altre aziende dell'AVEC e all'Azienda USL di Parma, cui ha pertanto aderito anche la nostra azienda che condivide con le altre i costi di assistenza e sviluppo ulteriore del sistema, finalizzato ai necessari adeguamenti evolutivi per la gestione multiazienda, per la gestione dei servizi unificati, per l'integrazione col sistema regionale GRU, per la gestione dei procedimenti e per altre modifiche evolutive minori. Inoltre la nascita dei servizi unificati impone necessariamente l'utilizzo di sistemi unici di gestione documentale, al fine di garantire un'efficace gestione degli stessi e di dare piena attuazione alla normativa vigente, con particolare riferimento al CAD, anche in materia di condivisione tra aziende dei fascicoli documentali.

5. Acquisizione di nuove attrezzature tecnologiche (data center, apparati di rete, controllo accessi e sistemi per uso in mobilità a uso clinico)

Sempre nel triennio, inoltre, prenderà avvio il nuovo progetto regionale di Gestione delle Risorse Umane (GRU): l'Azienda è infatti inclusa nel primo gruppo di aziende che partiranno il 1° gennaio 2017 ed è tra i promotori di un lavoro preliminare e propedeutico di integrazione in area metropolitana. Inoltre è all'attenzione il nuovo progetto regionale di adozione di un sistema gestionale unico per l'area amministrativo-contabile, rispetto al quale l'AVEC sta procedendo con un lavoro preparatorio di configurazione di un magazzino unico. Inoltre, nel 2016 in particolare, sono concentrate le attività volte a garantire la completa gestione dematerializzata della fatturazione (gestione elettronica dei cicli attivo e passivo, inclusa gestione ordini

e documenti di trasporto). Va precisato che l'Azienda affronta tale attività con un approccio non limitato all'adempimento dell'obbligo normativo e del piano regionale, ma rivede ogni azione in termini di ulteriore opportunità per rivedere e riorganizzare i processi documentali, al fine di ridurre costi e tempi di pagamento verso i fornitori e migliorare i processi interni di riconciliazione contabile.

Infine, un notevole impegno di risorse sarà dedicato al Percorso Attuativo per la Certificabilità dei bilanci sanitari, come previsto dal D.Lgs. 118/2011 e dalla DGR 150/2015, per la verifica, l'adeguamento e l'implementazione delle procedure informatiche aziendali ai fini di adeguamento alle sue disposizioni.

Attrezzature sanitarie e non sanitarie

Gli investimenti in attrezzature, sanitarie e non, previsti per il triennio 2016-2018, seguiranno l'ammodernamento sistematico del parco attrezzature/arredi attraverso sostituzioni per obsolescenza e completamento delle dotazioni di attrezzature esistenti, nonché le sostituzioni volte a garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti (D.Lgs. 81/08).

Le voci più rilevanti relative all'impegno economico previsto per l'esercizio 2016 riguardano:

1. acquisizione di arredi e tecnologie biomediche e sanitarie per il completamento della dotazione del Polo Cardio Toraco Vascolare (intervento RER PB 5),
2. acquisizione di arredi urgenti e imprescindibili. Nell'anno 2016 è indispensabile provvedere alla sostituzione di arredi obsoleti e che non più idonei a garantire la sicurezza per gli operatori e per gli utenti (barelle, carrozzine, carrelli ad uso sanitario, poltroncine...). A seguito delle riorganizzazioni che coinvolgono le attività sanitarie dell'azienda è indispensabile integrare o implementare le dotazioni di alcune unità operative al fine di consentirne l'avvio nelle nuove sedi,
3. sostituzioni attrezzature urgenti e imprescindibili per rinnovo tecnologico e sostituzione di apparecchiature tecnologicamente obsolete con lo scopo di incrementare la qualità diagnostica e l'attivazione di percorsi di cura innovativi quali:

Tecnologia/oggetto	Quantità	Costo presunto (IVA inclusa)
Ecografo per Medicina Interna indirizzo cardiologico	1	65.000,00 €
Ecografo prostate unit	1	56.000,00 €
Ecografo Radiologia	1	85.000,00 €

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Ecografo pediatria	1	70.000,00 €
Colonna per ORL sale operatorie e ambulatori	1	116.000,00 €
Apparecchiature varie con costo inferiore a 50.000 € per vari reparti	-	838.395,00 €

<i>Tecnologia/oggetto</i>	<i>Quantità</i>	<i>Costo presunto (IVA inclusa)</i>	<i>Nota</i>
Sostituzione e potenziamento di cardiocografi con software di centralizzazione tracciati	20	200.000 €	(1) (a)
ECG adeguamento al sistema di refertazione remota MUSE	60	180.000 €	(1) (b)
Pulsossimetri	40	50.000 €	(1)
Trapani maxillo e ortopedia (motore e accessori)	10	200.000 €	(1)
Pompe amagnetiche	3	90.000 €	(3)
Lampada a fessura	1	15.000 €	(1)
Ventilatori per fisiopatologia respiratoria	4	40.000 €	(1)
Videoendoscopi HD	8	150.000 €	(1)
Monitoraggio UTIC (centrale con 6 monitor)	1	90.000 €	(1)
Pompe siringa	150	150.000 €	(2)
Lettini visita	15	15.000 €	(2)
Poltrona prelievi	10	20.000 €	(2)
Monitoraggio UTIR (centrale con 6 monitor)	1	90.000 €	(1)
Letti bilancia nefrologia	5	40.000 €	(1)
Congelatori e frigofarmaci	6	50.000 €	(1)
Contenitori criogenici	3	110.000 €	(1)
Cappe flusso laminare	2	30.000 €	(1)
Cappe chimiche	2	50.000 €	(1)
DPI laser (occhiali)	20	10.000 €	(2)
Sistemi di riscaldamento paziente ad aria	30	90.000 €	(2)
Sistemi di impilaggio pompe	4	20.000 €	(2)
Pace maker esterni	4	10.000 €	(2)
Ecografo per ginecologia	1	70.000 €	(1)
Lampade visita per ambulatori	5	15.000 €	(1)
Defibrillatore per ch. urgenza	1	25.000 €	(1)
Tavoli operatori per ch. ginecologica	2	120.000 €	(1)
Polisonnigafi	3	100.000 €	(1)
elettrobisturi	12	84.000 €	(1)

(1) Rinnovo tecnologico - Sostituzione di apparecchiature tecnologicamente obsolete con lo scopo di incrementare la qualità diagnostica e l'attivazione di percorsi di cura

(2) Nuova implementazione necessaria a garantire il percorso assistenziale

- (3) Nuova implementazione per aumentare la sicurezza di pazienti e operatori nell'ambito degli esami diagnostici di risonanza magnetica.
- a) Alcuni sono datati e fuori servizio per obsolescenza tecnologica; quindi si dovrebbero sostituire questi ed acquisirne di nuovi per potenziamento al fine di poter affrontare i picchi (es: molte partorienti in una stessa giornata); questi nuovi sarebbero messi in rete per analisi e refertazione
 - b) E' stato acquisito un sistema di refertazione remota che a marzo sarà installato (MUSE) e quindi si partirà con circa la metà degli ECG presenti in azienda, l'altra metà non è adeguata; il sistema consente di trasmettere il tracciato in rete
4. acquisizione SPECT/TC per sostituzione (intervento RER S18)
5. software Day Service ambulatoriale
6. acquisizione di un nuovo sistema di analisi ed elaborazione dei piani di trattamento per la radioterapia. Lo strumento è necessario per attuare strategie di ottimizzazione dell'assetto logistico su scala sovra-aziendale dei percorsi radioterapici; più precisamente la condivisione di adeguati strumenti di ICT diventa fondamentale per lo scambio delle informazioni conseguente allo scambio di pazienti al fine di evitare potenziali effetti negativi sull'efficacia delle cure (es: un unico sistema consentirebbe di non rielaborare i piani di trattamento in caso di scambio di pazienti, operazione che talora può richiedere alcuni giorni)
7. acquisizione del registro di sala operatoria: la regione Emilia Romagna ha promosso il progetto di riduzione dei tempi d'attesa dell'attività chirurgica programmata ed ha individuato l'Azienda Ospedaliera S.Orsola come capofila del progetto; risulta pertanto urgente dotarsi di uno strumento come il registro informatizzato di sala operatoria che deve consentire la programmazione delle sale operatorie e la gestione delle liste d'attesa a livello sovra-aziendale; dovrà in tal modo soddisfare il requisito di permettere la piena integrazione con le aziende con cui sono già in essere percorsi chirurgici interaziendali (convenzione con AUSL Imola e week surgery presso ospedale di Budrio); il registro informatizzato dovrebbe inoltre consentire di tracciare il consumo di materiali utilizzati durante l'interventistica robotica e conseguentemente i relativi costi.
8. acquisizione del gestionale ostetricia e ginecologia Lo strumento deve garantire la gestione unificata di tutti i processi assistenziali di ginecologia ed ostetricia all'interno dell'Azienda ed il raccordo con le strutture del territorio da cui vengono inviate le pazienti; in Azienda si realizzerebbe il superamento dell'attuale frammentazione di vari sistemi indipendenti tra loro (GSA, Exprivia, ...) analogamente a quanto già avvenuto con altri percorsi ambulatoriali e/o terapeutici; la soluzione, attraverso la costituzione di una banca dati immagini ecografiche, porterebbe indubbi vantaggi anche sotto l'aspetto medico-legale.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Le ultime due acquisizioni, per un importo globale presunto pari a € 2.450.000, verranno realizzate soltanto dopo aver avuto certezza della fonte di finanziamento (contributi in conto esercizio).

Il piano degli investimenti nel triennio 2016-2018 è stato riportato nel capitolo 1. Identità dell'Azienda – I dati economici.

4. Misurazione e valutazione della performance

Negli anni l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha consolidato un articolato processo - fondato sull'integrazione di sistemi, metodiche e strumenti esistenti o sviluppati ad hoc - finalizzato ad attuare una corretta gestione aziendale, attraverso un'azione coordinata di programmazione, monitoraggio, valutazione dell'attività e delle prestazioni e valorizzazione dell'apporto professionale d'équipe ed individuale.

Tale processo ha trovato sintesi, da ultimo, nel processo di riorganizzazione delle funzioni direzionali definito ad inizio 2012 e si svilupperà ulteriormente mediante una compiuta definizione del sistema di valutazione individuale annuale.

Il processo nel suo insieme - come successivamente illustrato - trova riscontro nel contesto normativo delineato dal DLgs 150/2009 e realizza il "Sistema di misurazione e valutazione della performance" previsto dal decreto stesso, con le modalità riassunte nel presente documento.

Inoltre, esso risulta in linea con le fasi che il D.Lgs. 150/09 definisce per il "ciclo di gestione della performance", che all'articolo 4 viene declinato come segue:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Nello specifico:

- le fasi di cui ai punti a) e b) si realizzano attraverso il processo di negoziazione del budget;
- le fasi di cui ai punti c) e d) si attuano attraverso gli strumenti propri del controllo di gestione e del sistema di valutazione;
- le fasi di cui ai punti e) ed f) si concretizzano attraverso l'attuazione dei sistemi premianti, gli strumenti del controllo di gestione, l'attività dell'Organismo Aziendale di Supporto, gli strumenti di comunicazione aziendale; in particolare la rendicontazione istituzionale si realizza attraverso la redazione annuale del Bilancio di missione e il Bilancio di Esercizio (Relazione del Direttore Generale sulla gestione).

Di seguito sono illustrati sistemi, processi, organismi e modalità che interagiscono nel complessivo sistema di gestione della performance dell'Azienda Ospedaliero-

Universitaria di Bologna e che - nel loro insieme - costituiscono il sistema di misurazione e valutazione della performance:

1. Negoziazione del budget: del documento di budget trovano declinazione, nelle diverse articolazioni aziendali, gli obiettivi strategici, le linee di programmazione regionale coerentemente con la programmazione provinciale e di Area Vasta. Nel budget aziendale viene verificata la sostenibilità economica e patrimoniale del sistema di programmazione.

2. Controllo di gestione e sistema informativo: è la struttura complessa che si occupa della programmazione operativa e del processo di verifica, al controllo e valutazione dei risultati al fine di indirizzare i comportamenti verso il conseguimento degli obiettivi aziendali. Il sistema di monitoraggio e controllo aziendale è articolato su vari livelli all'interno dell'azienda: (aziendale, gestionale/trasversale, per dipartimenti e centri di responsabilità) e si completa con la valutazione annuale dei risultati conseguiti.

3. Sistemi premianti: condivisi nel tempo con le organizzazioni sindacali delle diverse aree di contrattazione e con il Collegio di Direzione, sono stati predisposti in linea con la logica per obiettivi prevista dai contratti nazionali per lavoro. Il fondo finalizzato alla corresponsione della retribuzione di risultato è stato articolato in due ambiti premianti:

- il primo diretto a riconoscere il contributo dei professionisti al raggiungimento degli obiettivi negoziati in sede di budget. Tale valutazione è tipicamente incentrata sull'équipe; in caso di raggiungimento parziale degli obiettivi assegnati, infatti, a tutti i componenti della specifica struttura organizzativa viene assegnata una percentuale del premio prefissato. In questo ambito, pertanto, l'Azienda premia quindi la performance organizzativa in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs.150/2009;

- il secondo prevede l'assegnazione selettiva di premi a dirigenti che concorrano al raggiungimento di progetti specifici (di natura aziendale o dipartimentale) che riguardano, di anno in anno, solo i dirigenti effettivamente coinvolti nel conseguimento degli obiettivi dei progetti.

Per l'area del comparto che un ulteriore ambito che riproduce il sistema degli incarichi dirigenziali, attraverso la formalizzazione di un sistema di responsabilità che valorizza l'attribuzione individuale di specifiche funzioni correlate alla gestione di risorse e/o di processi.

4. Sistema di valutazione del personale: il sistema di valutazione è fondato su criteri ispirati all'integrazione tra personale del SSN e personale universitario. L'Azienda ha l'obiettivo di sviluppare la valutazione individuale, la valutazione delle posizioni e delle clinical competence ai fini di orientare i sistemi premianti e i profili di sviluppo individuali;

5. Organismo di Supporto Aziendale: è stato istituito l'OAS aziendale (delibera 55/2015) che svolge le funzioni previste dalla DGR 1/2014 e 3/2015 dell'Organismo di Valutazione unico regionale ed in particolare quelle relative ai seguenti aspetti disciplinati con comunicazione prot. PG/2014/385293 del 22.10.2014.

6. Comunicazione e trasparenza: nell'ambito del "Sistema aziendale di misurazione e valutazione delle performance", l'Azienda attua diverse misure volte a

garantire una piena informazione verso utenti e stakeholders in relazione al ciclo della performance attuato, allo scopo di favorire forme diffuse di informazione e controllo. In particolare, sono pubblicate sul sito istituzionale e aziendale le seguenti informazioni:

- ✓ informazioni concernenti l'assetto organizzativo aziendale, come derivante dai documenti aziendali: "Atto aziendale" e "Regolamento organizzativo aziendale";
- ✓ Linee guida Budget e Budget;
- ✓ Indicatori relativi agli andamenti gestionali e delle attività;
- ✓ Risultati dell'attività di misurazione e valutazione. In particolare vengono pubblicati sul portale istituzionale nell'area "Trasparenza e rendicontazione" documenti di rendicontazione aziendale quali: la relazione sulla performance, il bilancio di missione, il bilancio di esercizio, le attività e gli impegni del Policlinico per i cittadini e i pazienti, il piano triennale per la razionalizzazione dei beni mobili ed immobili;
- ✓ Retribuzione dei dirigenti con specifica evidenza sulle componenti variabili della retribuzione e delle componenti legate alla valutazione di risultato;
- ✓ Curricula dei dirigenti e dei titolari di posizione organizzativa.

5. Indicatori di risultato

La delibera n° 3/2016 dell'OIV regionale individua per le diverse Dimensioni e Aree della Performance un "cruscotto" di circa 80 indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende della Regione al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

La scelta di tale insieme di indicatori è stata effettuata avendo come riferimento prioritario il SIVER Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, al fine di garantire una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione. Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che essi sono centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende. Nel tempo l'elenco potrà essere oggetto di integrazioni o correttivi per una migliore rappresentazione delle performance aziendali.

Nelle schede a seguire, relative ai risultati conseguiti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, si possono osservare per ciascun indicatore raggruppato per area della performance di riferimento:

- il valore aziendale conseguito nel corso del 2015;
- il valore aziendale conseguito nel corso del 2014;
- il valore medio regionale del 2015, che consente un confronto dell'Azienda rispetto alla media delle Aziende sanitarie regionali;
- il valore aziendale atteso nel triennio 2016-2018.

Gli indicatori individuati per:

- l'Area di performance della ricerca e della didattica, riferita alla dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo, attualmente non disponibili nel sistema di monitoraggio regionale SIVER, sono stati elaborati a livello aziendale, tenendo conto degli indicatori proposti dalla Delibera 3/2016 dell'OIV-SSR. Sono stati considerati i progetti di ricerca a cui l'Azienda partecipa tramite i bandi che prevedono un finanziamento dedicato alla ricerca. Si tratta di Bandi ministeriali, bandi Regione-Università, bandi regionali di modernizzazione, bandi AIFA, bandi europei e altre fonti di finanziamento;
- l'Area di performance degli investimenti, afferente alla dimensione di performance della sostenibilità, sono stati elaborati a livello aziendale in quanto non disponibili in SIVER, e come proposto dalla citata delibera 3/2016 dell'OIV regionale, l'indicatore utilizzato riguarda la percentuale di realizzazione del piano investimenti aziendali.

Gli indicatori di risultato e il relativo monitoraggio sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del portale internet aziendale, al seguente indirizzo:

http://www.aosp.bo.it/files/esportazione_comma_522.pdf

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	141,08	
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	-	-	97,17	
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	-	-	97,77	
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	-	-	68,93	
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	-	-	12,13	
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	-	-	16	
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	78,86	79,86	68,82	monitoraggio
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	62,02	62,4	64,54	monitoraggio
Tasso di accessi in PS	-	-	380,84	

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	-	-	188,83	
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA	-	-	418,24	
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	-	-	4,31	
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	-	-	26,05	
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	-	-	63,55	
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	-	-	17,41	
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	-	-	198,13	

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	85,51	81,33	77,62	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico	2,25	-	1,69	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola	2,03	-	2,26	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni per IMA	9,63	8,47	9,2	monitoraggio
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	36,6	35,83	42,67	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	9,97	7,66	12,13	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	1,28	-	1,65	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	10,62	10,64	11,6	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	-	-	1,56	
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	11,44	11,24	9,48	monitoraggio

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	2,22	1,58	6,42	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	2,87	-	1,04	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	2,14	-	4,35	monitoraggio
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	4,17	-	3,76	monitoraggio
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,53	-	0,83	monitoraggio
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	1,18	-	0,97	monitoraggio
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	83,87	81,15	70,38	monitoraggio
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	27,33	26,8	18,65	monitoraggio
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	69	46,46	77,21	monitoraggio
% interventi per tumore maligno	87,94	86,5	79,08	monitoraggio

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 150 casi annui				
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	3	2	monitoraggio

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	2,8	2,94	3,18	mantenimento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,07	-0,09	-0,47	miglioramento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,53	-0,8	-0,72	miglioramento
Degenza media pre-operatoria	1,13	1,09	0,8	miglioramento
Volume di accessi in PS	134.298	135.912	1.857.137	monitoraggio
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	28.063	29.045	339.417	monitoraggio
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	21.479	21.379	262.852	incremento
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	9.693	9.768	76.952	riduzione
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	4.729	5.295	88.286	incremento

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio
------------	------------------	------------------------------	---------------------	------------------------------

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

		precedente)		2016-2018
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	20,18	
Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	-	-	7,06	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	319.741	335.258	6.755.149	monitoraggio
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	403.330	411.088	6.144.837	monitoraggio
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.464.422	1.528.793	46.172.919	monitoraggio

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	-	-	48,6	
% di persone intervistate consigliate dal	-	-	33,8	

medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica				
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	-	-	75,3	
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	-	-	50,29	
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	-	-	51,86	
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	-	-	92,91	
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	-	-	10,07	
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	-	-	98,73	

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA	40,93	47,51	49,84	miglioramento

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Chirurgici				
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	6,6	
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	2,97	
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	122,71	
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,21	0,22	0,22	monitoraggio
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	-	-	10,03	
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	7,79	8,25	4,1	monitoraggio

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	4,94	4,13	2,54	monitoraggio
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	4,96	6,51	35,8	monitoraggio

Organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	7,87	-	7,5	mantenimento

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	96,91	monitoraggio
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	49,24	38,99	43,17	monitoraggio
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	31,94	32,72	31,31	monitoraggio

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Ricerca e Didattica

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
Impact Factor Grezzo (*)	5499,014	5489,248		monitoraggio
IF per ricercatore (**)	5,178	5,174		monitoraggio
N° progetti di ricerca finalizzata (***) a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore	56	51		monitoraggio
N° progetti di ricerca finalizzata (***) a cui l'azienda partecipa in qualità di unità partecipante	27	29		monitoraggio

(*) dato grezzo – IFN non disponibile

(**)dato grezzo (IFN non disponibile) per ricercatore considerando a tal fine il personale dipendente, il personale universitario integrato e le forme di collaborazione quali i CLP e i Co. Co. della dirigenza medica e della dirigenza non medica in servizio al 31.12 dell'anno di riferimento

(**)progetti di ricerca in corso nell'anno 2015 e nell'anno 2014, ad esclusione di quelli finanziati da privati.

Sviluppo Organizzativo

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
% di adesione all'indagine di clima interno	16,56	-	26,52	miglioramento

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	376,62	339,74	228,89	miglioramento
Costo pro capite totale	-	-	1.823,12	
Costo pro capite assistenza ospedaliera	-	-	710,4	
Costo pro capite assistenza distrettuale	-	-	1.058,59	
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	-	-	54,13	
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	97,44	101,85	94,57	mantenimento
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	-	-	157,54	
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-0,68	-	-	monitoraggio
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di	-	-	79,84	

trasparenza				
-------------	--	--	--	--

Investimenti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Trend atteso nel triennio 2016-2018
% di realizzazione del piano di investimenti aziendali	78%			mantenimento

