

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA POLICLINICO DI MODENA



PIANO DELLA PERFORMANCE
2016 – 2018

Sommario

1. Executive summary	3
2. Presentazione e contenuti	4
2.1 Premessa.....	4
2.2 Terminologia del piano	5
3. Identità dell’Azienda	7
3.1 Chi siamo e cosa facciamo	8
3.1.1 Gli impegni principali	8
3.1.2 Albero della performance	8
Analisi del contesto.....	10
3.2 Contesto istituzionale e normativo	10
3.2.1 La struttura dell’offerta.....	11
3.3 Il Personale.....	12
3.4 I dati economici.....	15
3.5 Come operiamo	21
4. Impegni strategici e dimensioni della performance.....	23
4.1 Dimensione di performance dell’utente	23
4.1.1 Area di performance dell’accesso	23
4.1.2 Area di performance dell’integrazione	24
4.2 Dimensione di performance dei processi interni	25
4.2.1 Area di performance della produzione	25
4.2.2 Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	25
4.2.3 Area di performance dell’organizzazione.....	26
4.2.4 Area di performance dell’anticorruzione e della trasparenza.....	27
4.3 Dimensione di performance dell’innovazione e dello sviluppo.....	28
4.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica	28
4.3.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo	32
4.4 Dimensione di performance della sostenibilità.....	33
4.4.1 Area di performance economico-finanziaria.....	33
4.4.2 Area di performance degli investimenti.....	34
4.5 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	36
4.6 Gli strumenti	37
4.7 Contesto di monitoraggio aziendale e regionale	37
4.8 Obiettivi assegnati al personale	38
5. Misurazione e valutazione della performance	39
5.0 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.....	39
5.1 Definizione del Piano Operativo Aziendale e Budget (annuale).....	42
5.2 Verifica periodica dei risultati	45
5.3 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	47
5.4 Sistema di attribuzione del fondo	49
5.5 Le responsabilità	50
5.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	52
5.7 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	52
6. Indicatori di Risultato	54

NOTA METODOLOGICA

Il documento è stato redatto in linea con quanto previsto dall’indice definito nella delibera 3/2016 dell’OIV Regionale, al paragrafo 4.1. La stesura è stata coordinata dal Controllo di Gestione, in collaborazione con i servizi aziendali referenti su ciascuna area di attività ed integrato con i documenti allegati (Piano degli Investimenti).

1. Executive summary

Gli obiettivi strategici in capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, formulati sulla base del Programma di Mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna, approvato il 26 gennaio 2015, si distinguono in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi.

1.1. Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale

- 1.1.1. Riordino dell'assistenza ospedaliera
- 1.1.2. Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
- 1.1.3. Integrazione ospedale-territorio e continuità dell'assistenza
- 1.1.4. Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico
- 1.1.5. Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
- 1.1.6. Attività di ricerca
- 1.1.7. Attività di prevenzione e promozione della salute

1.2. Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi

- 1.2.1. Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa
- 1.2.2. Sviluppo dei processi di integrazione dell'amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende
- 1.2.3. Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
- 1.2.4. Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti
- 1.2.5. Governo delle risorse umane
- 1.2.6. Adempimenti nei flussi informativi
- 1.2.7. Valorizzazione del capitale umano

Si rimanda alla DGR 164/2015 per i dettagli relativi a ciascun obiettivo strategico sopraelencato.

2. Presentazione e contenuti

2.1 Premessa

Il Piano della performance è un documento di programmazione aziendale, avente valenza triennale, introdotto e disciplinato dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, modificato ed integrato dal Decreto Legislativo 1 agosto 2011, n. 141.

Il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, conformemente agli indirizzi di legge, è il documento che avvia il ciclo di gestione della performance, individua gli obiettivi strategici ed operativi, con i relativi indicatori di risultato e definisce gli elementi fondamentali sui quali si basa la misurazione e la valutazione della performance aziendale.

Tale piano è un documento programmatico pluriennale che si focalizza principalmente sulle attività dell'anno corrente. Le attività 2016, così come esplicitate nel Piano delle Azioni disponibile sul sito, si adeguano in relazione agli obiettivi di programmazione sanitaria definiti in ambito regionale alle modifiche derivanti dal contesto di riferimento, sia interno che esterno, ed alle variazioni nelle modalità di organizzazione e di funzionamento dell'azienda.

Il Piano della Performance di questa azienda, coerentemente con il disposto del Decreto Legislativo n. 150/2009, della Legge n. 190/2012 in tema di anticorruzione e del Decreto Legislativo n. 33/2013 in materia di trasparenza, tiene conto delle indicazioni operative fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione che sottolineano la necessità di integrare il ciclo di gestione della performance con gli strumenti, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

In tale ottica di integrazione e coerenza, il presente Piano della Performance contiene anche gli obiettivi e le attività riguardanti la prevenzione della corruzione, la trasparenza, l'integrità e l'etica.

2.2 Terminologia del piano

Per favorire una migliore comprensione dei contenuti del presente Piano e per garantire la necessaria trasparenza a livello aziendale, si ritiene utile fornire una definizione di alcune delle principali terminologie specifiche riportate all'interno del Piano stesso.

Piano della performance: è l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività aziendale, ed è approvato e revisionato annualmente dalla Azienda medesima.

Performance organizzativa: è il livello di performance riguardante gli aspetti di carattere organizzativo ottenuto dal Policlinico di Modena nel suo complesso, ovvero dalle singole Strutture Organizzative nelle quali essa si articola.

Performance clinica: è il livello di performance riguardante gli aspetti di carattere clinico ottenuto dal Policlinico di Modena dalle singole Strutture Organizzative e nel suo complesso.

Performance individuale: è il livello di performance ottenuto dai singoli individui o microgruppi di individui.

Ciclo di gestione della performance: è il processo aziendale posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di attività ad essi collegati, ed attraverso cui si provvede alla misurazione, alla valutazione ed alla rendicontazione dei risultati perseguiti alla fine del ciclo.

Misurazione della performance: è l'attività di analisi degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati ed i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici, oppure riferiti a processi organizzativi e/o di qualità e/o di soddisfazione dei bisogni della popolazione e degli utenti.

Valutazione della performance: è l'attività di valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, anche rispetto alle aspettative generali ed al grado di soddisfacimento dei bisogni degli utenti.

Rendicontazione sulla performance: è la descrizione a cadenza periodica degli esiti dell'attività di misurazione e di valutazione della performance dell'Azienda nel suo complesso o dei singoli gruppi o individui, ed indirizzata agli stakeholder esterni.

Sistema di misurazione e valutazione della performance: è l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, le varie fasi ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e di valutazione della performance.

Indicatore: è un elemento caratteristico del processo, è misurabile ed evidenzia significative informazioni sull'efficacia, sull'efficienza o sulla qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento del singolo obiettivo.

Benchmarking: è l'attività di confronto di dati ed informazioni, attraverso cui comprendere ed adottare presso l'Azienda le buone pratiche che si stanno sviluppando in altre organizzazioni similari.

Benchlearning: è il processo di apprendimento che scaturisce dai punti di forza e dalle aree di eccellenza di altre organizzazioni (buone pratiche), al fine di valutarne l'adattabilità alla propria organizzazione.

Stakeholder: è un gruppo qualificato di individui, che può essere influenzato direttamente od indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, anche solamente dalla sua azione.

Outcome: è l'effetto prodotto ed il risultato finale dell'azione svolta dall'Azienda, dal punto di vista del destinatario del servizio erogato o reso;

Accountability: è il necessario rendiconto dei risultati di un'azione amministrativa, tramite informazioni corrette date agli utenti e tale da permettere l'espressione di un obiettivo e valido giudizio.

3. Identità dell'Azienda

Il Policlinico di Modena, con i suoi 691 posti letto (come da ultima rilevazione effettuata nel flusso HSP al 31/12/2015: 611 ordinari e 80 day hospital), si sviluppa su di una superficie di 160.000 mq, oltre a 211.884 mq di area verde (anche con spazi ludici per i bambini). L'organizzazione è basata su 12 dipartimenti assistenziali di cui:

- N. 5 Dipartimenti ad attività integrata
- N. 3 Dipartimenti ad attività integrata interaziendali
- N. 2 Dipartimenti interaziendali
- N. 1 Dipartimento Interprovinciale
- N. 1 Dipartimentale Aziendale

Dipartimenti ad Attività Integrata	
Medicine, Medicina d'Urgenza e Specialità mediche	Medicina I, Medicina interna ed Area Critica, Gastroenterologia, Malattie infettive, Reumatologia, Degenza post-acuzie, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Tossicologia Medica – Centro Cefalee e abuso di farmaci, Malattie del Metabolismo e nutrizione clinica,
Dipartimento di Chirurgia generale specialità chirurgiche	Chirurgia I, Chirurgia II, Chirurgia Toracica, Urologia, I servizio di anestesia e rianimazione, II servizio di anestesia e rianimazione, Chirurgia Oncologica, Epato-Bilio-Pancreatica e dei Trapianti di Fegato, Chirurgia Oncologia senologica.
Materno infantile	Ostetricia-Ginecologia, Pediatria, Pediatria ad indirizzo Oncoematologico, Neonatologia e Nido, Chirurgia pediatrica, Genetica medica.
Oncologia ed Ematologia	Oncologia, Medicina oncologica, Ematologia, Radioterapia, Servizio Immunotrasfusionale, Medicina Nucleare, Terapie Palliative e Hospice, DH oncologico.
Chirurgie specialistiche testa-collo	Chirurgia plastica ricostruttiva, Malattie oftalmologiche, Odontoiatria e chirurgia oro-maxillo-facciale, Dermatologia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia della Mano, Chirurgia cranio-maxillo facciale, Riabilitazione della Mano
Dipartimenti ad Attività Integrata Interaziendali	
D.A.I. interaziendale Malattie Nefrologiche, Cardiache e Vascolari	Cardiologia, Nefrologia e Dialisi.
D.A.I. interaziendale Diagnostica per immagini	Radiologia, Radiologia Interventistica.
D.A.I. interaziendale Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	Laboratorio Analisi Chimico Cliniche, Tossicologia e Farmacologia, Microbiologia e Virologia, Anatomia ed Istologia Patologica
Dipartimenti Interaziendali	
Dipartimento interaziendale di Emergenza e Urgenza (D.I.E.U.)	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.
Dipartimento farmaceutico	Servizio di farmacia
Dipartimento Interprovinciale	
Dipartimento interprovinciale ICT delle aziende USL di Reggio Emilia e Modena e delle Aziende Ospedaliere di Reggio Emilia e Modena	Servizio Tecnologie dell'Informazione
Dipartimento Amministrativo e Tecnico	
Dipartimento Amministrativo e Tecnico	Servizio Gestione e Sviluppo risorse umane interaziendale, Servizio Formazione e Aggiornamento, Servizio Bilancio e Finanze, Servizio Affari Generali, Servizio Prestazioni e Marketing, Servizio Attività Economiche e Approvvigionamento, Servizio attività tecniche e patrimoniali, Ingegneria clinica, Fisica Sanitaria.

3.1 Chi siamo e cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena (Policlinico di Modena) è un ospedale di insegnamento e sede della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, con la finalità di:

- produrre ed erogare, in modo efficiente, prestazioni sanitarie ed assistenziali, da quelle di base a quelle di alta complessità, di efficacia scientificamente dimostrata ed appropriate, avendo attenzione ai bisogni psicologici e sociali delle persone assistite;
- garantire adeguati supporti assistenziali e attiva partecipazione alle attività di formazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- favorire l'attività di ricerca, con particolare riferimento a quella con significative e positive ricadute sull'attività assistenziale e di formazione. L'integrazione delle finalità e delle attività di assistenza, formazione e ricerca rappresenta un vantaggio competitivo ed un valore per lo sviluppo dell'azienda, l'eccellenza dei servizi prestati, l'aggiornamento e la crescita professionale di tutti gli operatori.

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

3.1.1 Gli impegni principali

I principali impegni che l'Azienda intende perseguire allo scopo di tutelare al meglio i cittadini sono;

- a. Erogare, sulla base delle risorse disponibili, assistenza qualificata ed adeguata a tempi, conoscenze ed esigenze;
- b. Privilegiare ogni iniziativa che migliori la continuità assistenziale verso i servizi e i territori di provenienza del paziente;
- c. Ideare e attuare con l'Azienda USL di Modena percorsi assistenziali per garantire la continuità assistenziale territoriale;
- d. Costituire sede naturale della formazione dei corsi di laurea universitari e delle scuole di specialità per l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, oltre che per la complessiva rete formativa regionale ed interregionale;
- e. Programmare, organizzare e gestire, in base alle necessità del SSR, attività didattiche per la formazione del personale sanitario;
- f. organizzare l'attività di ricerca sanitaria e di base in campo clinico e della organizzazione e gestione dei servizi assistenziali;
- g. favorire il trasferimento nella didattica e nella pratica clinica delle conoscenze acquisite con la ricerca.

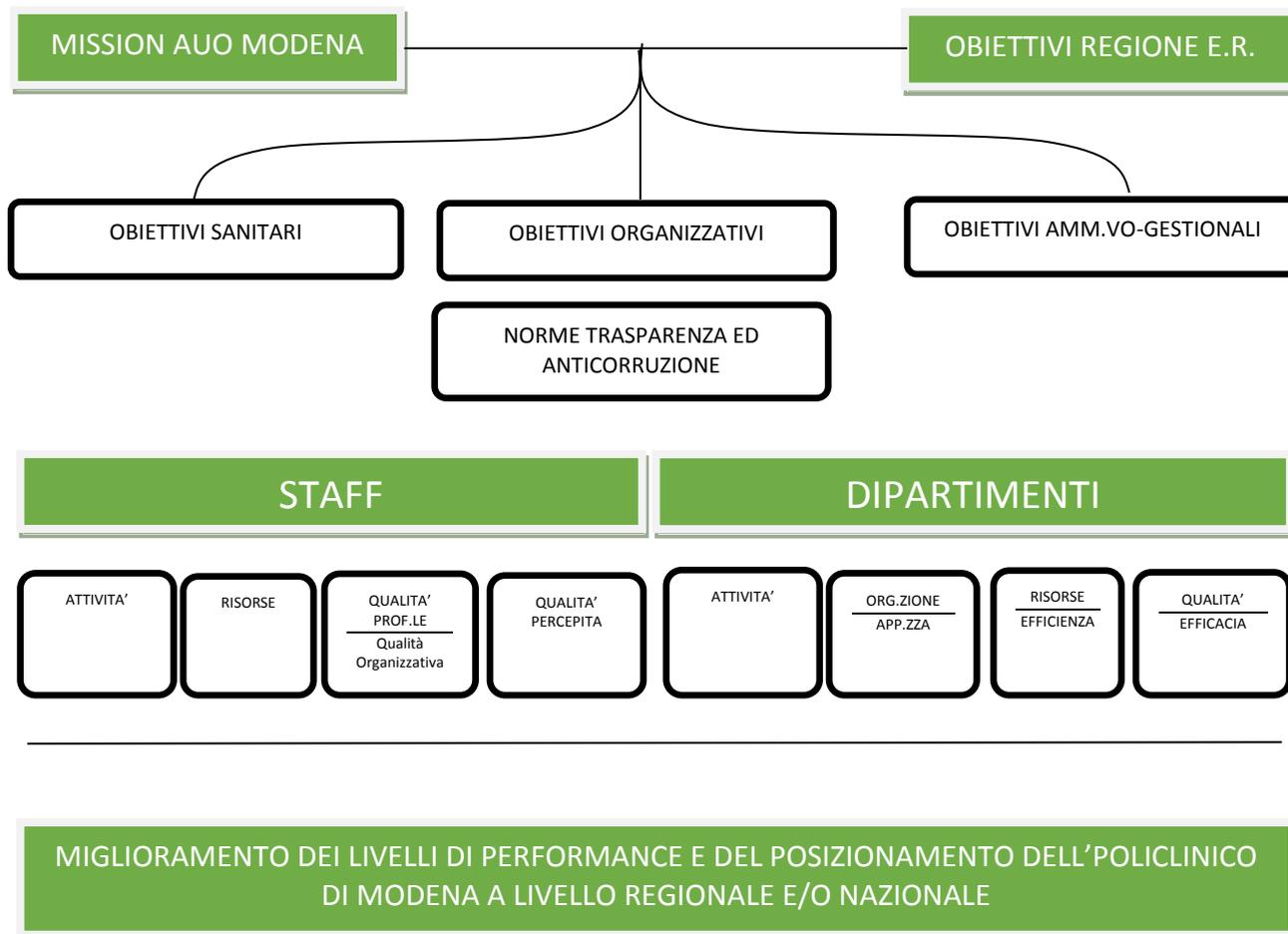
3.1.2 Albero della performance

L'albero della performance è un *diagramma che rappresenta graficamente i legami tra mission, aree di attività, obiettivi strategici ed obiettivi operativi.*

Tale rappresentazione mostra come gli obiettivi, di diversa natura, contribuiscano, ai vari livelli organizzativi e dentro un disegno strategico complessivo coerente, al raggiungimento della mission aziendale ed al miglioramento dei livelli di performance complessivi.

Gli obiettivi annuali, declinati sulla base degli indirizzi strategici aziendali, nonché dei documenti di programmazione nazionali e regionali, costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance, in cui è rappresentata graficamente la loro successiva attribuzione ai vari livelli organizzativi aziendali.

Di seguito è riportata tale rappresentazione grafica dell'Albero della Performance del Policlinico di Modena, sia in forma sintetica che, nelle pagine successive, in forma più articolata.



Analisi del contesto

In questo capitolo è descritta l'analisi del contesto in cui l'azienda opera, quale processo conoscitivo che il Policlinico svolge per acquisire elementi informativi rilevanti ai fini dell'individuazione degli indirizzi strategici alla base della redazione del piano della Performance.

Per l'analisi della popolazione servita (contesto socio-demografico), l'analisi della domanda di prestazioni (contesto dei bisogni di salute) si rimanda al Bilancio di Missione 2014, redatto in comune con l'Azienda territoriale. Il Bilancio di Missione 2015 è attualmente in fase di redazione e verrà reso disponibile sul sito della Azienda.

Nell'attuale contesto operativo del Policlinico, causa gli eventi sismici avvenuti dal 2012, assume particolare rilievo il fatto che l'Ospedale sia impegnato in attività di consolidamento strutturale e ristrutturazione per una superficie pari a 22.000 MQ, sottratta quindi al quotidiano svolgimento delle attività, seppure in continuo aumento.

3.2 Contesto istituzionale e normativo

Con riferimento all'articolo 1 dell'atto aziendale si riporta che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena (di seguito, per brevità, anche "Azienda" o "Policlinico") è istituita in base alla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata, ai sensi dell'art. 9, sesto comma, dell'indicata legge regionale, con:

- delibera di Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto la disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;
 - delibera di Giunta regionale del 30 gennaio 2006, n. 86;
 - protocollo d'intesa di cui alla delibera di Giunta regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29";
- a seguito della conclusione del periodo transitorio di sperimentazione di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante "Disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena:

- costituisce, per l'Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004;
- garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università;
- opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Il documento di programmazione "Piano della Performance 2016-2018" è redatto in coerenza con le indicazioni di programmazione nazionali, regionali e territoriali.

3.2.1 La struttura dell'offerta

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa del Policlinico che assicura l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Tutte le unità operative di degenza e non sono ricondotte ai dipartimenti, così come descritto nel paragrafo relativo all'identità aziendale (a cui si rimanda). La struttura dipartimentale rappresenta il luogo in cui è assicurata la massima attenzione alle funzioni tipiche dei professionisti sanitari che compongono il Dipartimento stesso e, conseguentemente, anche quelle dei Direttori di tali strutture.

Le funzioni tipiche dipartimentali sono riassumibili in:

- gestione dei percorsi professionali;
- gestione delle attività diagnostico-terapeutiche assistenziali;
- integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca
- gestione delle risorse e dei fattori produttivi intermedi a queste collegati;
- verifica, valutazione e monitoraggio dei risultati raggiunti;
- individuazione delle necessità di prestazioni che richiedono supporto tecnologico

La struttura dell'offerta in cui opera l'azienda è coordinata da una Cabina di Regia che vede la partecipazione dell'Azienda USL territoriale e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, allineata con quanto pattuito in Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria (CTSS).

Un quadro integrato dell'offerta sanitaria rivolta alla popolazione provinciale è contenuto nel Bilancio di Missione, al quale si rimanda per una visione di dettaglio.

3.3 Il Personale

Di seguito si riporta la rappresentazione analitica del personale operante presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena. In particolare le tabelle 1 e 2 forniscono in quadro dell’organico al 31.12.2015 comprendente sia il personale ospedaliero che quello universitario, suddiviso per ruolo, per genere e per fasce di età.

La tabella 3 evidenzia la dinamica del turn-over sull’anno 2015, con riguardo anche alla parte legata a forme diverse dalla naturale uscita per pensionamento.

Infine le tabelle 4 e 5 mettono in luce due aspetti di particolare incidenza sull’operatività dell’organico in forza all’Azienda, come l’incidenza media delle assenze sull’anno 2015 ed il volume del personale che riporta limitazioni alla propria idoneità lavorativa o inidoneità alla mansione.

Consistenza Organica Donna / Uomo in AOU Anno 2015				
	Ospedalieri		Universitari	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Medici	172	174	74	24
Altri Dirigenti sanitari	8	35	0	16
Personale sanitario non dirigente	246	1.146	6	21
Totale Ruolo sanitario	426	1.355	80	61
Ruolo Professionale	7	0	0	0
Ruolo Tecnico	120	251	0	0
Ruolo Amministrativo	42	192	0	1
Totale Ruoli PTA	169	443	0	1
Totale per genere	595	1.798	80	62
Totale complessivo	2.393		142	

Tabella 1. La fotografia del personale: “consistenza organica per genere in AOU nel 2015”

Il numero di incarichi libero-professionali, studio ricerca e consulenza attivi sono stati 100 nel 2015, per un valore economico erogato dall’Azienda pari a € 2.348.612. Il numero di contratti per prestazioni professionali consistenti nella resa di servizi o adempimenti obbligatori per legge ammontano a 46, per un valore economico erogato dall’Azienda pari a € 583.368.

La fonte di questi dati è il Conto Annuale anno 2015, i cui criteri di formazione sono esplicitati nella circolare del MEF n. 13 del 15/04/2016.

Per quanto attiene infine allo sviluppo del capitale umano, si rimanda a quanto presente nel paragrafo 3.2.2.

Distribuzione del personale per fasce di età

Totale del Personale (Ospedalieri + Univeritari)	< 35		35 - 44		45 - 54		55 - 64		> 65		totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Medici	3	10	49	67	81	74	97	45	16	2	246	198
Dirigenti sanitari non medici	==	1	3	7	2	20	3	22	==	1	8	51
Professionale	==	==	==	==	3	==	4	==	==	==	7	==
Comparto sanitario	66	256	88	364	72	424	25	123	1	==	252	1167
Comparto Tecnico	14	13	40	55	44	107	22	73	==	3	120	251
Amministrativi	1	1	9	18	14	107	16	67	2	==	42	193
Totale	84	281	189	511	216	732	167	330	19	6	675	1860

Ospedalieri	< 35		35 - 44		45 - 54		55 - 64		> 65		totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Medici	3	10	36	64	66	62	65	37	2	1	172	174
Dirigenti sanitari non medici	==	1	3	6	2	15	3	13	==	==	8	35
Professionale	==	==	==	==	3	==	4	==	==	==	7	==
Comparto sanitario	66	256	86	362	71	414	22	114	1	==	246	1146
Comparto Tecnico	14	13	40	55	44	107	22	73	==	3	120	251
Amministrativi	1	1	9	18	14	106	16	67	2	==	42	192
Totale	84	281	174	505	200	704	132	304	5	4	595	1798

Universitari	< 35		35 - 44		45 - 54		55 - 64		> 65		totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Medici	==	==	13	3	15	12	32	8	14	1	74	24
Dirigenti sanitari non medici	==	==	==	1	==	5	==	9	==	1	==	16
Professionale	==	==	==	==	==	==	==	==	==	==	==	==
Comparto sanitario	==	==	2	2	1	10	3	9	==	==	6	21
Comparto Tecnico	==	==	==	==	==	==	==	==	==	==	==	==
Amministrativi	==	==	==	==	==	1	==	==	==	==	==	1
Totale	0	0	15	6	16	28	35	26	14	2	80	62

Tabella 2. La fotografia del personale: "distribuzione del personale per fascia d'età"

Tasso di assenza medio mensile - Anno 2015

Mese	% assenza
Gennaio	1,22%
Febbraio	1,16%
Marzo	1,11%
Aprile	0,96%
Maggio	0,97%
Giugno	1,38%
Luglio	1,98%
Agosto	2,50%
Settembre	1,71%
Ottobre	1,22%
Novembre	1,13%
Dicembre	1,29%
Totale complessivo	1,39%

Tabella 3. Tasso di assenza medio mensile 2015

Caratterizzazione Turn Over anno 2015

Ruolo	TOTALE CESSAZIONI 2015	di cui per mobilità	di cui per dimissioni	di cui altro
DIRIGENZA MEDICA	26	3	5	2
DIRIGENZA NON MEDICA	4	1		1
PERSONALE SANITARIO NON DIRIGENTE	75	8	51	8
RUOLO TECNICO	27	2	7	7
-RUOLO AMMINISTRATIVO	8	0	0	1
TOTALE	140	14	63	19

Tabella 4. La caratterizzazione del Turn Over nel 2015

ANALISI PERSONALE CON INIDONEITA' O LIMITAZIONI

AREA	INIDONEITA'
DIRIGENZA MEDICA	17
DIRIGENZA NON MEDICA	4
PERSONALE SANITARIO NON DIRIGENTE	237
RUOLO PROFESSIONALE	
RUOLO TECNICO	32
RUOLO AMMINISTRATIVO	
TOTALE	290

Tabella 5. Le inidoneità del personale nel 2015

3.4 I dati economici

Si riepiloga la rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale del triennio 2013-2015.

CONTO ECONOMICO	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2013
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
Contributi in c/esercizio	50.925.525	43.846.445	42.654.977
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-8.488.075	-6.231.056	-3.088.354
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.834.157	2.736.057	3.911.857
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	206.135.516	205.873.266	206.471.666
Concorsi, recuperi e rimborsi	4.536.543	5.488.832	5.130.548
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.254.998	3.152.343	3.138.354
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	6.342.406	6.110.776	5.775.646
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
Altri ricavi e proventi	184.782	205.442	140.976
Totale A)	264.725.852	261.182.106	264.135.671
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
Acquisti di beni	58.822.153	54.986.807	53.027.952
Acquisti di servizi sanitari	22.514.145	24.646.743	26.979.213
Acquisti di servizi non sanitari	30.996.232	31.950.022	32.360.626
Manutenzione e riparazione	11.153.813	10.517.454	10.083.966
Godimento di beni di terzi	2.402.082	1.633.292	1.382.384
Costi del personale	111.171.363	110.714.504	109.606.030
Oneri diversi di gestione	1.449.729	1.807.454	1.419.495
Ammortamenti	11.626.658	11.852.327	12.872.271
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	475.288	711.066	764.901
Variazione delle rimanenze	740.598	1.166.801	568.726
Accantonamenti	5.346.240	3.325.169	6.337.583
Totale B)	256.698.301	253.311.639	255.403.147
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	8.027.551	7.870.467	8.732.524

C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
Totale C)	-1.172.637	-1.287.392	-1.702.365
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
Totale D)	0	0	0
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
Totale E)	819.970	1.100.124	637.490
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	7.674.884	7.683.199	7.667.649
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
Totale Y)	7.661.796	7.678.131	7.662.866
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	13.088	5.068	4.783

Di seguito si riepiloga lo stato di avanzamento degli investimenti al 31/12/2015.

Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

Le attività svolte nell'ambito delle architetture e degli applicativi ICT hanno seguito le indicazioni contenute nel piano 2015-2017 per l'innovazione in ICT, con particolare attenzione ai progetti assegnati a CUP 2000, per i quali è stata fornita la massima disponibilità sia in fase di programmazione e pianificazione sia in termini di controllo dei risultati raggiunti, come da verbali trimestrali redatti e firmati per conto dell'azienda dal competente servizio (STI).

Nel corso del 2015 sono state svolte numerose attività per aumentare il conferimento a SOLE e quindi al FSE dei referti prodotti, con particolare attenzione ai referti radiologici digitalizzati ed agli esami di laboratorio, nonché all'introduzione delle prescrizioni dematerializzate delle attività di specialistica ambulatoriale. Per quanto riguarda i sistemi di accesso è stato rinnovato completamente il sito Internet aziendale, aumentando la fruibilità delle informazioni agli utenti attraverso una semplificazione dell'impaginazione ed un design più "user friendly" e adattabile ai diversi dispositivi (smartphone, Tablet, ...) in quanto prodotto con tecnologia 'Responsive'.

I nuovi applicativi introdotti o in via di introduzione sono stati acquisiti utilizzando gare regionali o nazionali e i nuovi progetti sono stati discussi, quando non di livello regionale come il GRU, o in ambito interaziendale o di area vasta, quale Archiflow per la gestione del protocollo in condivisione con AUSL di Modena, per favorire i processi di integrazione ed interoperabilità degli applicativi e realizzare economie di scala nella gestione post vendita ed evolutiva.

La dematerializzazione dell'intero ciclo passivo ha visto nel 2015 la conclusione della prima parte del progetto secondo il piano regionale, con l'introduzione a regime della fatturazione elettronica, e proseguirà nel 2016 con il completamento della digitalizzazione del ciclo passivo, tramite l'introduzione della dematerializzazione degli ordini e dei documenti di trasporto, mantenendo l'allineamento con la pianificazione regionale.

Nelle more degli sviluppi dell'integrazione tra Modena e Reggio Emilia in ambito CUP e ALP, su questo secondo ambito è stata migliorata l'accessibilità ai servizi da parte dell'utenza tramite l'introduzione della prenotazione on line attraverso il portale Internet aziendale

I flussi informativi associati al sistema TS e al sistema NSIS di competenza aziendale, SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, incarichi medici prescrittori, assegnazioni ricettari, sono costantemente erogati secondo le tempistiche previste dai servizi aziendali incaricati (STI, CDG).

La prescrizione dematerializzata ha avuto avvio per la specialistica nel terzo trimestre del 2015 ed ha raggiunto il 50% delle prescrizioni informatizzate a fine dicembre, con un trend in crescita verso i valori medi regionali che saranno raggiunti entro il primo quadrimestre 2016, mentre, in linea con le altre aziende ospedaliere della regione, la prescrizione dematerializzata per la farmaceutica verrà attivata nel corso del 2016.

Per quanto riguarda i servizi di refertazione digitale su prestazioni di diagnostica per immagini, nel corso del 2015 si è proceduto all'aggiornamento della infrastruttura tecnologica, in particolare del RIS, che nella nuova versione è in grado di conferire alla rete SOLE tutti i referti digitali. Il nuovo RIS è entrato in produzione a gennaio 2016 ed è previsto per marzo 2016 l'avvio del conferimento dei referti digitali, dopo i test programmati con CUP 2000, in conformità alle tempistiche pianificate con fornitore.

Sul fronte degli applicativi amministrativi, il personale del Policlinico ha partecipato in modo costruttivo e continuo alle attività per la definizione delle voci necessarie per la strutturazione della piattaforma GRU, Gestione Risorse Umane, il cui esito finale consisterà in tabelle di riferimento che verranno poste alla valutazione delle direzioni generali delle aziende sanitarie nel primo trimestre 2016.

Nell'ambito degli obiettivi assegnati non sono di competenza delle aziende ospedaliere ma delle aziende USL quelli relativi a Scheda Sanitaria Individuale (SSI), Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), 118 e Centrali Operative.

Gestione del patrimonio e delle attrezzature

Patrimonio immobiliare:

Riguardo agli interventi post sisma l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena sta proseguendo gli interventi di miglioramento del "Monoblocco" ospedaliero avviati prevalentemente con l'impiego dei finanziamenti EUSF nel 2013 (per circa 14 milioni di euro).

Si è quindi proceduto alla presentazione dei progetti preliminari nel 2014 finalizzati all'ottenimento dei finanziamenti di cui alla Programma Opere Pubbliche Piano Annuale 2013-2014 per gli edifici C, D, E, H, G.

Sono stati ottenuti, tra la fine del 2014 e l'inizio del 2015, dalla competente Struttura Commissariale tutti i pareri di congruità dei progetti presentati, e si è proceduto all'avvio delle gare di appalto integrato per un importo totale indicativo di 25 milioni di euro complessivi e circa 26.000 mq di superficie.

Nel corso del 2015 sono state avviate le fasi di aggiudicazione alle imprese concorrenti e ad oggi si sono quasi concluse e si sta procedendo alla "Verifica" dei progetti definitivi ed esecutivi ai fini della presentazione alla Regione per i previsti ulteriori: "Pareri di Congruità Definitivi" e la conferma dei finanziamenti.

Si prevede di iniziare le opere in appalto, dei cinque lotti, entro giugno 2016 e terminare entro il 2018.

Al termine di questi interventi molte parti storiche del Policlinico saranno state sottoposte a miglioramento sismico con un forte incremento del livello di sicurezza degli edifici ed un totale rinnovamento tecnologico, funzionale, di prevenzione incendi ed energetico. Nelle aree di intervento sarà effettuato infatti un rinnovo complessivo delle finiture edili ed impiantistiche con particolare attenzione alla limitazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali ed

impiantistici.

Alcuni interventi antisismici aventi le caratteristiche di cui sopra, ovvero effettuati sia sulle parti strutturali che non strutturali sono stati portati a termine nel corso del 2015, per quanto attiene due piani del corpo C (il secondo ed il terzo adibiti a degenze) ed il piano quarto del corpo E la cui antisismica è stata implementata ed integrata a seguito delle sopraggiunte integrazioni normative (60% della resistenza sismica di un edificio nuovo).

Inoltre, nel giugno 2015 è stato presentato il progetto preliminare del nuovo edificio Materno Infantile che prevederà la ricollocazione dei reparti di ostetricia e ginecologia comprensivi di sale travaglio parto e sale operatorie, nonché la collocazione di un nuovo pronto soccorso pediatrico e la creazione di nuovi ambulatori anche per il centro di procreazione medicalmente assistita. L'edificio sarà costituito da nr 4 piani fuori terra e sarà collegato all'ospedale esistente pur avendo un accesso esterno indipendente. Si tratterà di una struttura tecnologicamente avanzata che risponderà a tutti i requisiti funzionali, igienico sanitari, energetici e tecnologici più evoluti nel campo sanitario. L'investimento previsto è di circa 28 milioni, comprensivo di arredi ed attrezzature, per circa 14.700 mq di superficie lorda. Il progetto è stato approvato sia dalla struttura Tecnica del Commissario Delegato che dalla Direzione Generale Sanità ed è stato avviato l'iter per attivare le procedure per la gara di progettazione definitiva ed esecutiva. Si prevede di avviare l'appalto entro l'inizio del 2018 e di terminare le opere, comprensive di collaudi, entro il 2020.

I progetti preliminari o i piani di fornitura sono stati inviati entro le date programmate dal competente Servizio Regionale.

Con riferimento al costo/mq della manutenzione, i dati del costo medio regionale 2015 non sono ancora noti. L'anno scorso, l'azienda era in linea precisa con la media regionale; quest'anno, nonostante un lieve aumento, si ritiene di essere ancora molto prossimi alla media regionale e comunque con uno scarto assolutamente ricompreso nel 10%.

La verifica di vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali è stata condotta in senso complessivo su tutti gli edifici aziendali. Data la numerosità delle situazioni da valutare nel dettaglio è ancora in corso di completamento.

Patrimonio tecnologico:

Nel corso del 2015 è stato regolarmente alimentato il flusso OT (Osservatorio Tecnologie) con un upload trimestrale del patrimonio tecnologico aziendale redatto mediante l'utilizzo del SW Regionale "Revisione".

Questa azienda, come le altre, ha partecipato alla redazione del flusso "GrAp" (Grandi Apparecchiature Sanitarie) richiesto dal Ministero dell'Economia ed ha provveduto a individuare un referente aziendale del flusso dati e caricare e consolidare sul sito ministeriale i dati richiesti, tutti i dati sono correttamente caricati.

La partecipazione alle iniziative del Gruppo Tecnico Regionale, Commissione Regionale Dispositivi Medici, Vulnerabilità Sismica, all'interno del Servizio Strutture Sanitarie della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, è stata puntuale e costante, sia in termini di partecipazione agli incontri convocati che ai flussi dati richiesti.

In relazione alle indicazioni contenute dalla DGR 217/2014 al punto 2.12 in merito alle procedure di acquisizione di tecnologie ad elevato impatto economico, questa azienda nel corso del 2015 ha sottoposto ai competenti organi regionali un progetto di introduzione di tecnologia innovativa, CT SPECT, valutata positivamente che acquisiremo a noleggio nel corso del 2016, e si inserirà in una

innovazione in atto circa i percorsi di diagnostica e terapia oncologica. Oltre ad aver contribuito per la parte tecnologica del “Materno Infantile”.

Le tecnologie biomediche di maggiore impatto installate nel corso del 2015 sono state;

- ✓ sostituzione TC per Pronto Soccorso
- ✓ aggiornamento di parte dei sistemi di pianificazione di terapie radianti
- ✓ Mammografo Digitale con Tomosintesi (donazione)
- ✓ sostituzione di tutto il sistema di monitoraggio delle sale operatorie
- ✓ Frazionatore per isotopi per medicina nucleare
- ✓ implementazione di un sistema di preparazione a circuito chiuso per la farmacia
- ✓ aggiornamento del sistema di monitoraggio della UTIC (prima fase)
- ✓ sostituzione 2 Tavoli operatori per ortopedia
- ✓ sostituzione 2 Sistemi per radioscopia portatile
- ✓ sostituzione 2 sistemi per chirurgia endoscopica presso il blocco operatorio di ostetricia
- ✓ Elettrobisturi ad ultrasuoni per ORL
- ✓ Sterilizzatrice a freddo a gas plasma
- ✓ Incubatrice Neonatale da trasporto completa di tutte le attrezzature a supporto dello STEN (donazione)
- ✓ sostituzione Respiratori per terapia intensiva neonatale
- ✓ sostituzione di 60 i reni artificiali (noleggio)
- ✓ sostituzione di 70 letti fissi per degenza con altri a movimentazione elettrica
- ✓ implementazione di un sistema di trasporto a temperatura controllata e tracciabilità delle sacche dai punti di donazione al trasfusionale del Policlinico e da qui verso altri ospedali.

Rendicontazione economica a consuntivo:

Il piano degli investimenti elaborato per l’anno 2015 si articolava in tre filoni di intervento: da una parte gli investimenti legati alla ricostruzione post - sisma, dall’altra il completamento e la prosecuzione degli interventi in corso a inizio anno e già finanziati. A questi, poi, si aggiungeva una stima di interventi indifferibili ed urgenti da finanziare con una quota – parte di contributi in conto esercizio compatibile con il pareggio di bilancio.

Per quanto riguarda gli interventi post-sisma, in particolare gli interventi finanziati con DGR 268/2015 e DGR 1735/2014, per un totale di 35.561.000,00 euro più altri 15.073.000,00 euro, nel corso del 2015, come sopra illustrato, sono state avviate le procedure di affidamento lavori e progettazione esecutiva per i cinque lotti riguardanti i corpi G, E, C, HD1 e D, mentre per la costruzione del nuovo edificio destinato al Materno-Infantile, le procedure partiranno nel 2016.

In merito al completamento o alla prosecuzione di interventi finanziati con risorse in c/capitale o altro, già assegnate, a consuntivo lo sviluppo è stato il seguente:

	PREVENTIVO	CONSUNTIVO
OPERE EDILI ED IMPIANTISTICHE	6.576.025,00	4.209.988,00
SOFTWARE ED HARDWARE	400.000,00	398.025,00
ARREDI ED ATTREZZATURE SANITARIE	1.907.413,00	1.303.074,00
TOTALE	8.883.438,00	5.911.087,00
CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE	6.413.438,00	4.322.944,00
MUTUI	470.000,00	0
DONAZIONI ED ALTRO	2.000.000,00	1.588.143,00
TOTALE	8.883.438,00	5.911.087,00

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

I minori importi registrati a consuntivo derivano dal rallentamento di alcuni interventi per motivi di coordinamento e di cambi di priorità della complessa programmazione aziendale. Coerentemente si è spostata al prossimo anno anche la fonte di finanziamento.

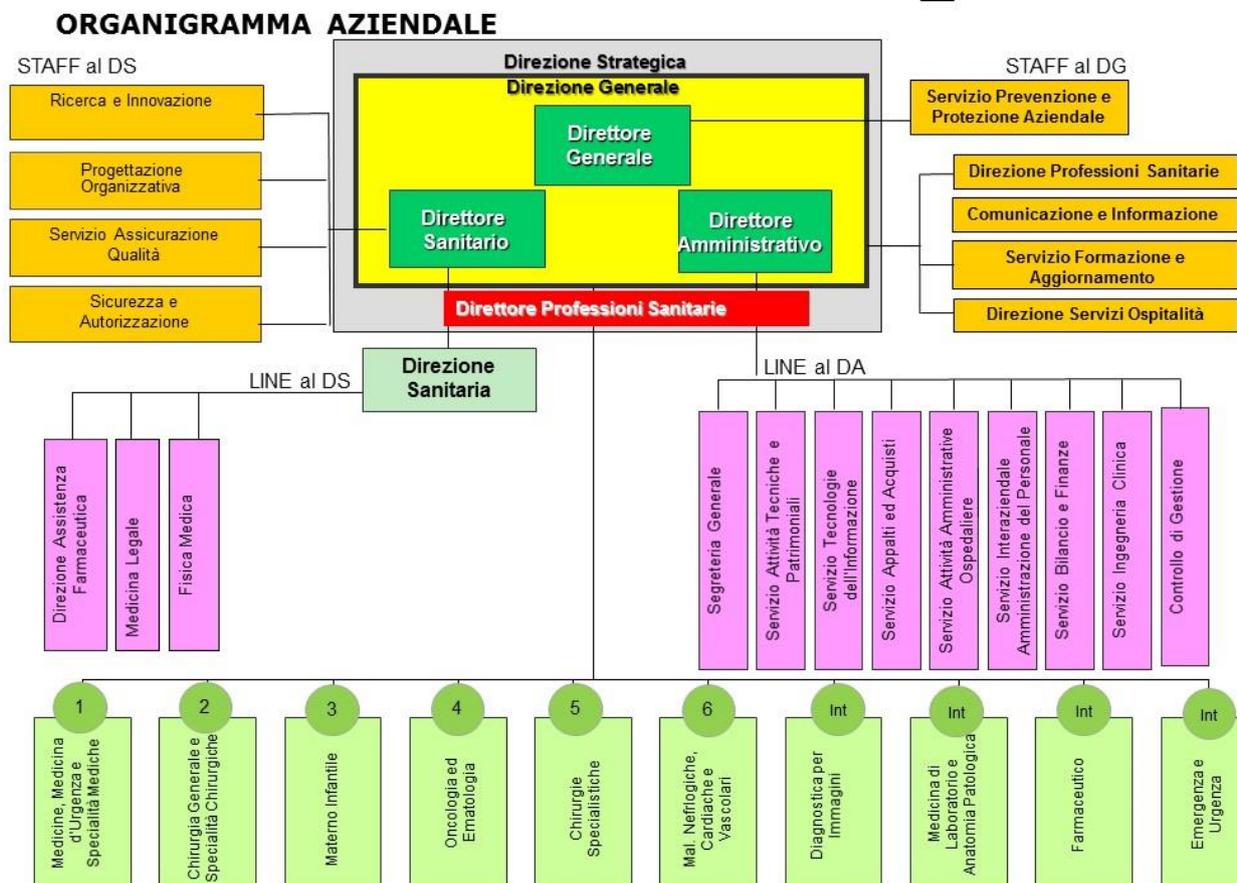
Per quanto riguarda gli investimenti finanziati con contributi in c/esercizio, il consuntivo è il seguente:

	PREVENTIVO	CONSUNTIVO
OPERE EDILI ED IMPIANTISTICHE	1.551.763,00	1.987.608,00
SOFTWARE ED HARDWARE	60.818,00	58.763,00
ARREDI ED ATTREZZATURE SANITARIE	362.419,00	335.010,00
TOTALE	1.975.000,00	2.381.381,00

L'aumento di questa tipologia di investimenti è derivata da interventi non previsti, ma resi necessari e urgenti in corso d'anno. Il maggior costo sul bilancio (il finanziamento regionale è stato di 1.982.000,00 euro) è stato del tutto compatibile con il pareggio di bilancio.

3.5 Come operiamo

Il Policlinico di Modena garantisce lo svolgimento dei propri compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa, come a seguito riportata.



L'organizzazione aziendale, fondata sui criteri della multidisciplinarietà e della professionalità, mira al miglioramento delle competenze professionali tecniche e scientifiche e risponde alla ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali, di didattica e di ricerca.

Le funzioni operative svolte all'interno del Policlinico sono attribuite alle Strutture organizzative, cui sono assegnate le risorse materiali, umane, tecnologiche e strutturali, le quali vengono gestite sulla base della programmazione aziendale e mediante lo strumento di budget.

In particolare, attraverso la pianificazione strategica e la programmazione di budget, la Direzione, di concerto con i Direttori delle strutture dipartimentali e degli altri livelli di responsabilità organizzativa e gestionale presenti all'interno dell'Azienda, definisce gli obiettivi **annuali** e **triennali**, oltre alle azioni ed alle misure necessarie al loro raggiungimento.

L'organizzazione interna si articola in:

- Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)
- Staff della Direzione Generale (SDG) e della Direzione Sanitaria (SDS) e Dipartimenti dell'Area Amministrativa (DAA)
- Strutture Complesse (UOC – Unità operative complesse)
- Strutture Semplici Autonome
- Strutture Semplici
- Incarichi professionali

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa del Policlinico che assicura l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Sono organi dell'Azienda:

- Il direttore generale
- Il Collegio di Direzione
- Il Collegio Sindacale
- L'Organo di Indirizzo

Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo.

Si rimanda all'Atto Aziendale del Policlinico, adottato in data 30/11/2015 con delibera 215 per le descrizioni dei Dipartimenti e per approfondimenti di dettaglio sulla struttura organizzativa sopra riassunta.

4. Impegni strategici e dimensioni della performance

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria vuole perseguire due direttrici strategiche: integrazione con il territorio e, al tempo stesso, l'alta specializzazione e la ricerca legate alle funzioni e al ruolo svolto dall'Università.

In questo ambito si sono declinati gli obiettivi di attività del triennio e dell'anno 2016, come descritto nel Piano delle azioni anno 2016.

Gli obiettivi coerenti con le linee di programmazione regionali e con quelli assegnati al direttore generale, sono stati distinti in obiettivi di attività, di razionalizzazione dei consumi e qualitativi. In questo documento gli obiettivi sono stati articolati secondo l'albero della performance e le indicazioni della Delibera n. 3/2016 OIV regionale.

4.1 Dimensione di performance dell'utente

4.1.1 Area di performance dell'accesso

Per tutto il personale e per gli organi di Direzione dell'Policlinico di Modena, il cittadino con problemi di salute deve essere al centro dell'organizzazione sanitaria, in quanto la tutela della salute è "un fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività ..." (art. 32 della Costituzione Italiana).

In tale contesto il Policlinico di Modena mantiene l'obiettivo di assicurare prestazioni di comprovata efficacia, compatibilmente con le risorse tecnologiche, umane e finanziarie disponibili.

Tale obiettivo è perseguito soprattutto attraverso un'attenzione particolare alla centralità del cittadino e attraverso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Per questo motivo è particolarmente importante puntare sulla soddisfazione dell'utenza, ponendo attenzione anche alla qualità percepita dai fruitori dei servizi del Policlinico di Modena, che si concretizza in quegli elementi che più di altri incidono sulle loro aspettative e valutazioni, quali:

- umanizzazione dei servizi e dei rapporti tra operatori e pazienti; a tale riguardo la relazione con il paziente deve essere caratterizzata dal rispetto, dalla cortesia e dalla disponibilità;
- informazione sulla diagnosi e sul decorso della malattia, sulle tecniche diagnostiche e sulle terapie a cui sarà sottoposto il paziente;
- conoscenza degli strumenti di tutela a disposizione dei cittadini quando si verifica un disservizio;
- rapidità con la quale il cittadino può comunicare con la struttura ed espletare le procedure che lo riguardano;
- integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale, attraverso la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative ed il rafforzamento del sistema di cura provinciale.

Tutte le specializzazioni presenti nel Policlinico di Modena hanno l'obiettivo di perseguire l'eccellenza: per le attività di ambito regionale e sovra-regionale attraverso l'offerta di prestazioni di alto livello; per le attività di ambito locale, riguardanti le più diffuse patologie cronico-degenerative, l'eccellenza viene perseguita attraverso la ricerca e la messa a punto di innovativi modelli organizzativo-assistenziali da esportare nelle altre realtà e con l'integrazione con la rete provinciale dei servizi, mantenendo in Azienda l'assistenza ai casi più complessi.

Il Policlinico di Modena intende essere luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretta sinergia con lo svolgimento delle attività di ricerca e di didattica.

4.1.2 Area di performance dell'integrazione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, dal 1/7/2016, avvierà il periodo di Sperimentazione Gestionale con l'Azienda USL territoriale per la gestione unica e integrata dello stabilimento ospedaliero Nocsae. Il periodo di sperimentazione si articolerà nel triennio 2016-2018 ed avrà come obiettivo generale "evitare la crescita dell'offerta ospedaliera complessiva oltre i fabbisogni individuati dalla programmazione e la duplicazione dell'offerta stessa, realizzando coerentemente agli obiettivi della programmazione regionale la concentrazione della attività ospedaliera, ottimizzando la qualità e la sostenibilità economica dei percorsi assistenziali".

Gli obiettivi strategici risultano essere:

- la razionalizzazione della struttura complessiva dei costi delle due Aziende sanitarie in ambito provinciale;
- l'invarianza, quanto meno in avvio, dei livelli di performance;
- il consolidamento operativo, la semplificazione e la tempestività dei progetti integrati di cura, in relazione ad un nuovo disegno dei percorsi socio assistenziali fra Policlinico e Nocsae e gli ospedali della rete provinciale;
- la maggiore caratterizzazione e integrazione delle vocazioni ospedaliere della rete provinciale.

Si rimanda, per dettagli operativi sul progetto, alla DGR 1004/2016, deliberata il 28/6/2016.

L'Azienda Sanitaria deve inoltre garantire le proprie strategie di programmazione e gestione dei servizi sanitari e delle attività amministrative e tecniche di supporto alle direttive contenute nella DGR n. 927/2011; le strategie e le azioni dell'azienda dovranno essere orientate ad accrescere e consolidare l'integrazione e le sinergie di sistema con le altre Aziende Sanitarie nell'ambito di Area Vasta Emilia Nord e nell'ambito provinciale, per eliminare le ridondanze, mettere a valore le competenze di livello specialistico e/o di esperienza professionale elevata e migliorare l'accessibilità.

Le strategie e l'adozione di decisioni operative di Area Vasta dovranno riguardare tanto la riorganizzazione delle reti cliniche quanto le funzioni tecnico amministrative di supporto, in particolare, le strategie di Area Vasta debbono prevedere azioni relative ai seguenti ambiti:

- reti cliniche: è necessario rafforzare il sistema di Hub & Spoke, migliorando la strutturazione ed il monitoraggio dei percorsi di centralizzazione vs Hub e di invio vs Spoke; consolidare ed arricchire i processi collaborativi, per la messa a valore delle competenze di eccellenza per l'intero sistema e per la disseminazione delle best practices;
- funzioni amministrative e tecniche di supporto: strutturare servizi interaziendali di Area Vasta per funzioni standardizzate (gestione economica del personale, gestione acquisti); costruire servizi interaziendali di Area Vasta per funzioni che richiedono competenze specialistiche relativamente rare, al fine di garantire l'esercizio delle competenze necessarie con gli indispensabili requisiti di congruità: ingegneria clinica, fisica sanitaria, tecnologie dell'informazione, affari legali.

4.2 Dimensione di performance dei processi interni

4.2.1 Area di performance della produzione

Governo del sistema “Azienda Sanitaria”

La Direzione aziendale dovrà garantire:

- l’attuazione delle politiche per la salute definite dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, secondo le indicazioni degli strumenti di programmazione ed indirizzo e nel rispetto degli obiettivi definiti nel Piano delle Azioni annuale;
- lo sviluppo di modalità di relazione con i cittadini e le loro rappresentanze idonee a promuovere e sostenere la loro partecipazione rispetto ai problemi di salute e al monitoraggio e alla valutazione della qualità dei servizi erogati;
- il consolidamento di una capacità comunicativa con i cittadini, caratterizzata da trasparenza, anche nel riconoscimento dei problemi e accompagnata da una contestuale assunzione di responsabilità nel perseguire le azioni di miglioramento necessarie;
- lo sviluppo di modalità di definizione, di implementazione e di valutazione dei processi e dei percorsi di cura fondate sulla valorizzazione delle competenze e sui contributi delle diverse figure professionali che operano nel sistema aziendale, al fine di garantire l’appropriatezza, la sicurezza e la continuità delle cure

Le politiche delle cure ospedaliere

In un contesto nel quale è necessario perseguire gli obiettivi di salute rispondente ai bisogni emergenti con una disponibilità di risorse che non incrementa con le dinamiche con cui incrementano i costi di fattori produttivi rilevanti, diventa imperativo ridefinire e modificare la struttura dell’offerta, affinché sia rafforzato l’orientamento ai risultati di salute, la continuità della presa in carico, la valorizzazione di tutte le competenze professionali che interagiscono nella gestione del processo di cura. In ambito ospedaliero assumono particolare rilievo i temi dell’organizzazione dell’ospedale per intensità di cura, delle aree di degenza integrate tra diverse specialità, della presa in carico e continuità delle cure, della gestione dei processi e percorsi di cura, della centralizzazione/prossimità delle prestazioni e delle strutture di erogazione.

L’Azienda dovrà:

- realizzare la programmazione locale, promuovendo l’integrazione, lo sviluppo della rete ospedaliera provinciale ed il miglioramento dei processi di cura;
- governare l’integrazione con l’Università, alla luce delle evoluzioni normative e portando a compimento le azioni di sviluppo del ruolo dell’Azienda nel sistema regionale della formazione e della ricerca, nonché dell’assistenza.

4.2.2 Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Per quanto attiene l’area della performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, la direzione aziendale dovrà avviare un sistema di monitoraggio degli indicatori di performance clinica ed organizzativa utili per la verifica periodica dei risultati, svolta periodicamente a cura e con il contributo diretto di ciascun Direttore di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, oltre che di Dipartimento. Tali indicatori comprenderanno anche gli indicatori relativi alla gestione del rischio e sicurezza.

Il risultato ottenuto attraverso ciascun indicatore sarà rapportato ad uno standard di riferimento che permetterà di valutare eventuali scostamenti rispetto ad un valore atteso, in linea con gli obiettivi nazionali e le linee guida regionali.

Il riferimento principale sarà rappresentato dagli indicatori previsti nel Sistema di valutazione del Servizio Sanitario Regionale SIVER, comuni a tutte le aziende al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema, tenuto conto delle eventuali integrazioni o modifiche che potranno essere apportate al sistema stesso per una migliore rappresentazione delle performance aziendali.

Tali indicatori assolveranno pure all'obbligo di pubblicazione previsto dal comma 522 della legge di stabilità 2016 e saranno integrati con indicatori specifici di performance clinica e/o organizzativa da ciascuna direzione, laddove ritenuti necessari e significativi.

Ciò affinché possa essere tracciato un percorso effettivamente orientato al risultato con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione delle attività, la qualità clinica e rendere maggiormente trasparente la rendicontazione dell'operato.

Il trend dei valori attesi nel triennio 2016-2018 è riportato nell'allegato, a partire dai dati estratti per gli anni 2014 e 2015, estratti da SIVER.

Per quanto attiene la gestione del rischio e la sicurezza, la direzione aziendale dovrà:

- Sviluppare un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale, con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi, alla diffusione delle pratiche clinico assistenziali efficaci nel contenimento del rischio, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, monitoraggio e valutazione dei risultati.
- In particolare si lavorerà per armonizzare le funzioni rischio clinico e gestione dei sinistri, integrare le funzioni di rischio clinico, infettivo e di rischio occupazionale, applicare le pratiche efficaci nel contenimento del rischio, incluso il rischio infettivo, applicare le raccomandazioni nazionali per la sicurezza delle cure sviluppando in particolare il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica e garantire l'adesione al monitoraggio regionale sull'implementazione delle stesse.

4.2.3 Area di performance dell'organizzazione

Governo dello sviluppo degli ICT

Le azioni di sviluppo ICT dovranno essere orientate a supportare lo sviluppo organizzativo aziendale tenendo in forte considerazione le esigenze di integrazione a livello sovra aziendale locale provinciale, di Area Vasta e regionale.

Principali obiettivi da realizzare nel periodo dovranno essere la completa informatizzazione ambulatoriale e l'integrazione di tutti i sistemi refertanti verso la rete SOLE garantendo, nei tempi stabiliti, l'invio delle ricette elettroniche (farmaceutica e specialistica) secondo i dettati del decreto ministeriale del 2/11/2011 pubblicato in GU 264 del 12/11/2011.

I sistemi informatici/informativi aziendali dovranno inoltre evolvere, in coerenza con l'infrastruttura regionale, secondo i piani annuali adottati, nell'ottica di garantire l'accesso online ai servizi sanitari al fine di rendere disponibile uniformemente a livello regionale una piattaforma tecnologica di interazione tra SSR e cittadino sia per interscambi di carattere amministrativo che per consultazione e interscambi di contenuto clinico.

Gli strumenti informativi a supporto delle azioni di governo

Il servizio sistema informativo della sanità e politiche sociali ha realizzato e messo a disposizione in questi anni, un ricco patrimonio informativo sanitario e socio-sanitario seguendo le priorità indicate dalla programmazione regionale e gli obblighi a livello nazionale.

Obiettivo principale della Direzione Aziendale é il mantenimento e l'alimentazione di tale patrimonio, ma una attenzione particolare deve essere posta alla sua valorizzazione: questo sarà uno dei principali impegni a livello regionale, in collaborazione con le aziende sanitarie. La manovra sui ticket ha inoltre rafforzato la necessità di disporre di dati di qualità ed allineati con i requisiti previsti a livello nazionale.

Un altro importante sforzo dell'Azienda riguarderà l'impegno del rispetto della privacy ai sensi della legge 196/2003.

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La DR 291/201 prevede:

- Attivazione degli strumenti disponibili per potenziare l'efficienza del sistema di acquisti focalizzato sulla centralizzazione delle gare, attraverso la centrale di acquisti Intercent-ER e l'Area Vasta, affinché il ricorso alle gare aziendali sia residuale e solo per motivate ragioni, anche attraverso una programmazione congiunta dell'agenzia Intercent-ER e delle Aree Vaste.
- Sviluppare e completare l'informatizzazione dell'intero ciclo degli approvvigionamenti, realizzando economie ed efficienze organizzative e procedurali. A tal fine devono essere portate a sistema le esperienze in corso sul tema della fatturazione elettronica e l'utilizzo della piattaforma di e-procurement regionale anche per tutti gli acquisti al di sotto della soglia di rilievo comunitario

4.2.4 Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Per l'avvio del ciclo della performance si rende necessario integrare lo stesso con i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e codici di comportamento ed, in generale, alla prevenzione della corruzione.

Il collegamento tra i documenti rappresentanti gli aspetti di cui sopra e, precisamente, il Piano della Performance, il Piano di Prevenzione della Corruzione, il Programma per la Trasparenza e l'integrità ed il Codice di Comportamento, costituisce un elemento garantistico che consente alle pubbliche amministrazioni di operare in modo eticamente corretto e perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando e facilitando il rapporto con i cittadini.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, in applicazione delle disposizioni di cui alla legge n. 190/2012, recante " *Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione* " ed al decreto legislativo n. 33/2013 di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, ha provveduto a:

- Nominare il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione
- Adottare il Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2014-2016, 2015-2017, 2016-2018
- Adottare il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016, 2015-2017, 2016-2018
- Adottare il Codice di Comportamento dei dipendenti.

Nel Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità sono riportati gli obiettivi strategici che questa Azienda intende perseguire ed è rilevante la previsione della sottoposizione a controllo diffuso di ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento, oltre che la previsione dell'approfondimento delle connessioni tra Programma, Piano della prevenzione della corruzione e Piano della Performance.

Al fine di garantire la concreta attuazione di detti obiettivi, nonché per assicurare coerenza con i documenti aziendali volti alla prevenzione della corruzione, si prevede l'inserimento, nelle schede di valutazione individuale, dell'osservanza degli adempimenti specifici derivanti da detti documenti. In particolare, in tali schede dovranno emergere le azioni, attività, adempimenti e misure poste in essere per l'osservanza di quanto risultante e derivante dai piani di prevenzione della corruzione. In tal modo sarà possibile assicurare la realizzazione dell'obiettivo di trasparenza ed integrità.

4.3 Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

4.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica

Formazione

L' Azienda, nel tentativo di accompagnare il processo di trasformazione culturale e strategico che punta alla centralità dei servizi e all'esigenza di integrazione dei processi assistenziali con le attività di ricerca e didattica, dovrà investire sulla formazione continua come leva strategica finalizzata a:

- Migliorare la consapevolezza dei singoli e dei gruppi rispetto alla mission aziendale;
- Ottimizzare l'integrazione fra i processi anche in termini di sviluppo ed integrazione delle competenze nelle équipes multi professionali;
- Potenziare la partecipazione attiva e consapevole del personale alla realizzazione degli obiettivi specifici e dei macro-obiettivi aziendali, regionali, nazionali, al fine di sviluppare nuove conoscenze e contribuire alla realizzazione di una cultura organizzativa innovativa, basata sui principi della flessibilità e dell'efficacia;
- Favorire il processo di sviluppo professionale e di condivisione dei diversi saperi per tutti gli operatori dell'azienda nel rispetto dei diversi CCNL e dell'Accordo n. 281 del 1/08/2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome concernente il "Riordino del sistema di formazione continua in medicina".

Due i presupposti di base:

- Da un lato, riconoscere che la "cultura" all'interno di una organizzazione come quella sanitaria rappresenta l'insieme dei valori e delle prospettive delle persone che la abitano; la cultura legittima e determina la struttura di una organizzazione, è rappresentata dai significati, dalle norme, dai valori;
- Dall'altro, sviluppare attraverso la formazione il capitale umano e sociale nell'organizzazione sanitaria, integrare cioè l'interesse personale dell'individuo e l'interesse collettivo dell'organizzazione.

Per mantenere alti i propri standard qualitativi non si può prescindere da un investimento strutturato nello sviluppo delle risorse umane, in particolare lo sviluppo delle capacità e conoscenze proprie di ciascun operatore. Tra gli obiettivi principali pertanto, particolarmente rilevante sarà quello di promuovere e implementare le capacità /competenze professionali tecnico-scientifiche,

manageriali, gestionali e relazionali di tutti gli operatori sanitari e non, coinvolti nell'ampio e complesso processo di cura dell'individuo in un'ottica di costante innovazione.

Da questi due presupposti ne discende che la formazione diventi uno degli strumenti per guidare il cambiamento e che essa deve essere garantita con pari opportunità a tutti i diversi ruoli professionali che operano in Azienda, siano essi stessi sanitari, tecnici o amministrativi. L'aggiornamento dovrà essere congruente sia rispetto ad obiettivi scelti sulla base della specificità professionale, sia ad obiettivi di interesse generale (piani sanitari nazionali, regionali e aziendali).

La Formazione, nel dettaglio, dovrà occuparsi dei processi relativi alla Pianificazione Strategica di Formazione, all'Accreditamento ECM, alla gestione degli aspetti organizzativi e normativi dei processi di formazione, con l'impegno di assicurare a tutti i dipendenti percorsi formativi in linea con le loro esigenze professionali.

I compiti primari della funzione sono:

1. rilevare il fabbisogno formativo;
2. promuovere la formazione del personale;
3. elaborare, in collaborazione con il Collegio di Direzione, i Dipartimenti ad Attività Integrata, Tecnico ed Amministrativo, il Comitato Scientifico, il programma aziendale di formazione permanente, nel rispetto delle normative vigenti e dei CCNL;
4. promuovere l'autoaggiornamento del personale.
5. elaborare un sistema di valutazione che dei risultati ottenuti per ogni fase del processo

Dalla qualità dell'analisi del fabbisogno formativo dipende, in buona misura, la corretta estrazione e valutazione dei bisogni necessari a definire progetti di intervento adeguati e coerenti. Una buona analisi delle esigenze formative è, pertanto, una condizione indispensabile per giungere ad una progettazione di formazione che sia in linea con gli obiettivi aziendali e con le esigenze delle diverse articolazioni dell'ospedale. Per perseguire questo obiettivo l'Azienda effettua periodicamente azioni volte a cogliere i bisogni formativi degli operatori. In particolare sono due le modalità principali che vengono intraprese a tale scopo: 1) una rilevazione dei bisogni formativi a valenza triennale con il principale obiettivo di indagare le macro aree di sviluppo delle competenze del personale, l'anno 2016 è l'inizio della rilevazione per il prossimo triennio formativo 2017/2019 e 2) una rilevazione dei bisogni formativi a valenza annuale con l'obiettivo principale di declinare le macro aree evidenziate nella prima ricognizione in progetti specifici. Entrambe le rilevazioni consentono di individuare le aree di intervento, coerenti con gli obiettivi aziendali ed adese ai bisogni espressi dai singoli operatori, nell'ambito delle quali andranno poi declinati i programmi formativi aziendali da pianificare nel triennio.

La valutazione dell'efficacia della formazione si sostanzia in un'attività di ricerca e individuazione dei cambiamenti avvenuti nelle competenze e nelle performance dei partecipanti a seguito dell'intervento formativo, in modo da garantire coerenza tra piani di formazione e piani strategici e rispondenza tra obiettivi e prestazioni. Ciò è importante al fine di guidare le decisioni a favorire l'efficacia dell'intera organizzazione.

L'attività di valutazione è un'azione di monitoraggio complessa che si compone di 3 fasi principali:

- Gradimento: consiste nella misurazione della soddisfazione che il programma formativo ha generato nei partecipanti. Si tratta di determinare se mediamente il corso è stato soddisfacente in termini didattici, organizzativi e sociali, tenendo conto anche delle percezioni di utilità e difficoltà da parte dei partecipanti. Per effettuare la misurazione si utilizza un questionario, da compilare al termine del corso, composto di domande chiuse ed aperte, volto a raccogliere informazioni sia quantitative sia qualitative. La valutazione del docente è prevista nominalmente per tutte le iniziative residenziali all'interno della scheda di gradimento. Andrà a regime per questo triennio, la costituzione dell'albo docenti Aziendale al quale sarà obbligatorio iscriversi per tutti i professionisti esterni all'azienda.

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

- Apprendimento: consiste nel valutare quali conoscenze e capacità sono state apprese. Questa valutazione permette di ottenere indicazioni sull'efficacia delle metodologie didattiche utilizzate e viene effettuata tramite la somministrazione di test o lo svolgimento di discussioni in plenaria.
- Ricaduta formativa: consiste nel determinare quali cambiamenti nel comportamento lavorativo sono derivati dalla formazione, ovvero misurare l'effettivo utilizzo nel contesto lavorativo della conoscenza, delle capacità e degli atteggiamenti che sono stati acquisiti durante le attività formative. I risultati di questa valutazione consentono di rivedere e ritrarre l'intervento formativo per facilitare i cambiamenti di comportamento finalizzati a un miglioramento nelle prestazioni delle risorse formate.

La valutazione della performance avviene anche attraverso il monitoraggio periodico di un cruscotto di indicatori i cui risultati vengono confrontati con standard di riferimento creati sulla base di conoscenze ed esperienza professionale. La valutazione viene svolta attraverso incontri periodici di Riesame della Direzione.

Gli indicatori per la valutazione delle performance/qualità tecnica ed organizzativa del servizio sono riportati nello standard di prodotto e i dati relativi agli indicatori sono visualizzabili su "Piano Web Performance" disponibile in rete a livello aziendale.

Per ciò che riguarda la didattica intesa come formazione di base, post base e specialistica, il prioritario impegno della AOU si concentra sui corsi di studio delle professioni sanitarie e sulle scuole di specialità medica.

Questo impegno si esplica attraverso l'operato di coordinatori e tutor dedicati ed adeguatamente formati ai compiti propri del ruolo.

Oltre a coordinatori e tutor la rete formativa per le attività professionalizzanti si avvale dell'impegno delle guide di tirocinio, che seguono i percorsi didattici che si svolgono sul campo all'interno delle strutture di assistenza, anche per queste figure nel quadro della sviluppo del capitale intellettuale a disposizione dell'azienda si è provveduto a progettare ed erogare specifici percorsi formativi.

Anche sotto il profilo della attività di docenza il contributo dell'azienda è rilevante, a titolo esemplificativo si tenga conto che circa 1/3 delle docenze dei corsi di laurea (sede di Modena) è garantito da professionisti delle aziende sanitarie.

Nella prospettiva del triennio gli obiettivi strategici riguardano il mantenimento dell'attuale livello di performance assicurato ed ulteriore investimento sui laboratori didattici attivi, opportunamente attrezzati con le tecnologie nella disponibilità dell'AOU e in prospettiva dell'integrazione con il NOCSAE di Baggiovara che andranno ad ampliare l'offerta formativa provinciale.

Sotto il profilo delle performances vale la pena evidenziare che in una recente visita di accreditamento dell'ANVUR il corso di studi di infermieristica (sede di Modena) ha ottenuto importanti riconoscimenti da terze parti qualificate ed indipendenti.

E' evidente che tale indicatore di qualità è riferito alla istituzione Unimore, tuttavia è motivo di soddisfazione riscontrare, attraverso il rapporto ufficiale ANVUR, che proprio nelle attività formative professionalizzanti la commissione ha rilevato uno dei punti di forza del corso di studi.

Un'altra importante dimensione di performance aziendale correlata alla attività didattica è riferibile alle scuole di specialità di diverse facoltà di medicina e chirurgia che includono la nostra azienda all'interno della propria rete formativa.

Ricerca e Innovazione – area Ricerca

La ricerca costituisce una condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, in quanto permette da un lato di porre il servizio sanitario in grado di accogliere, in modo tempestivo, efficace e compatibile con il proprio contesto clinico-organizzativo,

le innovazioni che la ricerca propone e, dall'altro, di orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

Le finalità che il Servizio Ricerca e Innovazione persegue nell'ambito della Ricerca sono:

- Promuovere la Ricerca e l'Innovazione clinica tra le attività ordinarie, sistematiche e continuative dell'Azienda;
- Sostenere e promuovere la formazione e la cultura sulla ricerca;
- Assicurare il collegamento con le altre Aziende sanitarie, con la Regione Emilia-Romagna (Assessorato alle Politiche per la salute e Agenzia sanitaria e sociale regionale), con l'Università e con il mondo produttivo;
- Garantire la massima trasparenza nei rapporti con gli sponsor istituzionali, commerciali o di altra natura;
- Gestire gli aspetti giuridico-contabili relativi a progetti di ricerca o sperimentazioni in merito alla predisposizione delle convenzioni economiche e dei relativi atti autorizzativi;
- Implementare, gestire e monitorare il flusso d'informazioni dell'Anagrafe della Ricerca.

Il perseguimento di tali finalità viene conseguito attraverso funzioni di supporto al Collegio di Direzione nella identificazione delle priorità della ricerca e di coordinamento degli adempimenti previsti per la partecipazione ai progetti elaborati all'interno dei diversi programmi di ricerca promossi e finanziati da Enti Istituzionali pubblici (Regione, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AIFA, Comunità Europea), mediante:

- Supporto nella stesura del piano scientifico e economico del progetto di ricerca nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni contenute negli specifici bandi di ricerca;
- Predisposizione dei protocolli d'intesa con altri Enti del SSN, ai fini della definizione degli aspetti economici legati alla gestione dei finanziamenti dei progetti vincitori;
- Monitoraggio amministrativo-contabile dei progetti finanziati;
- Gestione delle rendicontazioni economiche intermedie e finali, secondo le modalità definite dagli Enti finanziatori;
- Raccordo con i Servizi aziendali coinvolti per attività di specifica competenza nella ricerca (Controllo di gestione, Servizio gestione sviluppo del personale, Servizio bilancio e finanze, Servizio di attività economica e approvvigionamento);
- Verifica e validazione della documentazione relativa alle sperimentazioni cliniche che hanno ottenuto il parere favorevole del Comitato Etico ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione della Direzione Aziendale/Autorità Competente;
- Adesione al progetto "Anagrafe regionale della Ricerca", promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, per il censimento delle attività di ricerca svolte e delle risorse organizzative/finanziarie ad esse dedicate con la finalità di garantire la tracciabilità della attività di ricerca condotta all'interno dell'Azienda;
- Condivisione modalità di gestione del fondo aziendale per la ricerca;
- Partecipazione alla Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM);
- Gestione come referente aziendale dell'Osservatorio Nazionale per le Sperimentazioni Cliniche (OsSC) di AIFA;
- Coordinamento del Board Aziendale per la Ricerca.

L'idoneità degli enti che conducono sperimentazioni cliniche è elemento fondamentale per garantire la tutela dei diritti, della sicurezza, del benessere dei soggetti in sperimentazione e per garantire qualità e affidabilità dei risultati delle sperimentazioni stesse. La sperimentazione clinica rappresenta di fatto uno straordinario mezzo per valutare l'efficacia di un farmaco, i rischi che comporta e, in definitiva, per decidere se sia opportuno renderlo disponibile per la popolazione. Per tali ragioni, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena promuove all'interno del Servizio Ricerca e Innovazione - Direzione Sanitaria l'istituzione di Unità **Centrale di Fase I** con

compiti di supervisione, monitoraggio, consulenza e garanzia di qualità delle sperimentazioni di competenza e di un team per la qualità delle sperimentazioni non profit dei medicinali **Clinical Trial Quality Team/CTQT**.

Ricerca e Innovazione – area Innovazione

Il Servizio svolge una funzione di supporto, di raccordo e di monitoraggio dei processi di innovazione previsti dal Piano Sanitario e voluti dalla Direzione Aziendale anche attraverso un accompagnamento culturale al cambiamento.

L'innovazione, infatti, non è una funzione specifica di un singolo Servizio, ma rappresenta un processo corale a cui partecipano le diverse articolazioni aziendali, tra cui la Direzione Sanitaria, la Direzione Infermieristico-Tecnica ed i Servizi di Staff.

I processi di innovazione sono riconducibili a diversi ambiti e attengono a ruoli e funzioni che afferiscono a Servizi diversi che dovranno pertanto operare in sinergia:

- Technology Assessment
- Innovazione dei processi di erogazione dei servizi
- Innovazione diagnostico-terapeutica
- Sviluppo delle reti partecipative
- Innovazione clinica e/o organizzativa

A seconda dell'ambito di innovazione il Servizio Ricerca e Innovazione parteciperà con strumenti e metodi diversi per la gestione, il supporto e la diffusione dell'innovazione stessa attraverso:

1. La elaborazione e implementazione di una anagrafe dei progetti innovativi aziendali che conterrà
 - database dei progetti innovativi presenti in azienda
 - repository dati ed eventuali pubblicazioni
2. La costruzione di percorsi formativi ad hoc a sostegno del processo di innovazione
3. Il supporto alla costituzione di team multidisciplinare attraverso l'analisi partecipata dei processi assistenziali e di cura e azioni di team coaching
4. Il supporto metodologico per la costruzione di un percorso di innovazione
5. Il benchmarking con altre realtà nazionali ed internazionali
6. La valutazione dell'impatto aziendale dell'innovazione

Occorre un impegno concreto a collaborare nella produzione di conoscenza, e soprattutto un'adeguata preparazione all'inevitabile cambiamento organizzativo prospettato dall'introduzione di un orientamento patient centered.

Percorsi di formazione intesi come apprendimento-azione, innovativi e partecipativi, sembrano essere una leva cruciale per supportare l'innovazione verso ospedali centrati sul paziente.

4.3.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo

Formazione – Ricerca e Innovazione

Il sapere nelle sue più svariate forme è uno dei fattori centrali dello sviluppo individuale di ciascuna persona e del successo dell'Azienda. La Formazione e la Ricerca sono fondamentali per l'acquisizione, la diffusione e l'utilizzazione della conoscenza e sono una base importante, a tutti i livelli, anche per le innovazioni e lo sviluppo organizzativo.

Considerata questa interdipendenza, la formazione, la ricerca e l'innovazione sono per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena un settore di sviluppo prioritario.

Grazie allo stimolo, delle politiche europee ulteriore scopo del Servizio Formazione è la valorizzazione di tutte le forme di apprendimento, promuovendo il long life learning e valorizzando il capitale umano.

Il Servizio lavorerà attraverso strumenti, come il Dossier Formativo, in grado di sostenere con grande flessibilità e dinamismo lo sviluppo di competenze che consentano risposte puntuali alle necessità dei professionisti caratterizzandosi per una forte propensione agli aspetti innovativi della metodologia didattica.

La dimensione grupppale e le relazioni interprofessionali giocano un ruolo fondamentale nei processi di promozione della salute organizzativa, per questa ragione si è deciso per l'implementazione della Community dei Direttori di Struttura Complessa nata come prodotto del Corso manageriale delle tre aziende sanitarie della provincia (AOU, AUSL e Ospedale di Sassuolo) ma, nel tempo, destinata ad assumere una dimensione regionale. Il Network, è volto a contribuire alla crescita delle performance aziendali attraverso lo sviluppo di competenze strategiche e la diffusione di innovazione e best practice.

Il Servizio Ricerca e Innovazione svolgerà una funzione di supporto ai processi di innovazione previsti dal Piano Sanitario e voluti dalla Direzione Aziendale, essi saranno riconducibili a diversi ambiti:

- Innovazione dei processi di erogazione dei servizi
- Innovazione terapeutica
- Innovazione tecnologica e digitale
- Semplificazione delle procedure
- Innovazione clinica e/o organizzativa
- Sviluppo delle reti partecipative

Integrare i processi di ricerca, innovazione e formazione è il modo, più agevole per potenziare il trasferimento di competenze.

4.4 Dimensione di performance della sostenibilità

4.4.1 Area di performance economico-finanziaria

L'equilibrio economico-finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale che per le singole Aziende Sanitarie.

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie definite dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) a partire dal 2012 è la copertura degli ammortamenti non sterilizzati di tutti i beni in ammortamento. Tale modalità comporta la necessità di assicurare a livello regionale una situazione di pareggio di bilancio, da determinarsi sulla base dei criteri civilistici: a partire dall'anno 2012 all'interno dell'equilibrio dovranno essere interamente ricompresi gli ammortamenti netti di competenza dell'anno.

La Direzione aziendale è impegnata:

- a garantire una situazione di equilibrio economico finanziario della gestione aziendale, assicurando il rispetto del vincolo di bilancio così annualmente definito dalla Giunta regionale in sede di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale;
- a predisporre un Piano finalizzato al miglioramento della complessiva efficienza gestionale, da attuarsi in sinergia con l'Azienda Usl di Modena;
- ad un monitoraggio trimestrale in via ordinaria ed alle verifiche straordinarie nei mesi di giugno e di settembre;

- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall' articolo 6 dell' Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, attestante la coerenza degli adempimenti trimestrali all' obiettivo assegnato.

L'Azienda sanitaria deve assicurare un efficiente utilizzo delle risorse finanziarie al fine di contenere i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi.

L'Azienda inoltre dovrà:

- dare tempestiva applicazione, secondo le indicazioni del livello regionale, agli adempimenti, ai monitoraggi ed alle verifiche previste dal Patto per la Salute 2010-2012 oggetto di Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. 243/CSR del 3 dicembre 2009), e dal nuovo Patto per la Salute che verrà definito a breve;
- assicurare la qualità delle procedure amministrativo-contabili aziendali per una corretta contabilizzazione dei fatti aziendali sotto il profilo patrimoniale, finanziario ed economico. A tal fine l'Azienda dovrà recepire le indicazioni regionali afferenti gli strumenti tecnico-contabili, di programmazione e di rendicontazione e gli schemi obbligatori in materia di bilancio, di consolidamento dei dati aziendali, nonché le prescrizioni conseguenti l'istruttoria tecnico-contabile sui bilanci d' esercizio predisposte annualmente dal competente Servizio regionale
- alimentare correttamente e tempestivamente le banche dati regionali aventi rilevanza economico-finanziaria e patrimoniale;
- dare applicazione agli adempimenti previsti dal Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42", secondo le indicazioni che verranno impartite dal livello regionale;
- proseguire, secondo il programma definito a livello regionale, nel percorso per perseguire la certificabilità dei bilanci delle Aziende sanitarie.

La Direzione Generale dovrà inoltre verificare che il conferimento dei dati nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, sia effettuato secondo i contenuti e le tempistiche richieste per i vari flussi informativi.

4.4.2 Area di performance degli investimenti

L'azienda dovrà garantire:

- il programma straordinario investimenti in Sanità (Accordo stralcio 2004 e Accordo di programma integrativo 2009 di cui All'Art. 20, L.67/88)
- il programma regionale investimenti in sanità (art. 36, L.R. 38/02)
- il programma odontoiatria

Nonché realizzare gli interventi che saranno previsti nell'ambito del:

- nuovo accordo di programma (art. 20, L.67/88, IV fase, 2° stralcio)
- programma regionale investimenti in sanità.

La Direzione Generale dovrà implementare le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi di uso razionale dell'energia e di miglioramento della gestione ambientale.

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

La Direzione Generale dovrà inoltre garantire il flusso informativo per il monitoraggio sia degli interventi in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico sia delle azioni e dei risultati raggiunti relativamente alle politiche energetiche ed ambientali.

Per completezza di informazione, si allega in coda al presente documento il Piano degli Investimenti 2016-2018, così come deliberato con atto n. 78 del 24/6/2016.

4.5 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Attraverso il budget si condividono principi, strategie, obiettivi e responsabilità, oltre a coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi. Il processo di budget, in un contesto di programmazione pluriennale, assume un peso e dimensione che lo correlano all'anno di bilancio, costituendo il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno far convergere la maggiore parte dei programmi annuali delle attività.

Attraverso il processo di Pianificazione e Programmazione, l'Azienda, in accordo con lo scopo e le strategie espresse nel Piano di Sostenibilità, coerentemente con gli indirizzi dell'AUSL di Modena e della RER, declina annualmente gli obiettivi strategici aziendali di medio-lungo periodo in obiettivi annuali per soddisfare i requisiti relativi a tipologia, volume di prestazioni e qualità dei servizi offerti. All'interno di questo processo trovano risposta anche le indicazioni e gli obiettivi definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale delle Istituzioni locali, regionali e nazionali, e della programmazione economico-finanziaria regionale e nazionale.

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

-**obiettivi di sviluppo**, che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale;

-**obiettivi di miglioramento**, che riguardano indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi;

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

Inoltre, l'esigenza di garantire qualità, sicurezza ed equità di accesso agli assistiti unitamente all'aumento dei costi sanitari ha indirizzato l'Azienda verso la scelta di inserire fra gli obiettivi prioritari da perseguire la definizione di **Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)** e la definizione di **Team professionali** per il trattamento di specifiche patologie o gruppi di patologia, nell'ottica di favorire l'adozione di interventi di provata efficacia, raggiungere standard qualitativi elevati, ridurre le variabilità non giustificate, migliorare la comunicazione fra professionisti e con il paziente e fornire riferimenti per il monitoraggio della qualità delle cure (*clinical audit*).

Il piano della performance si integra con il percorso di budget sull'asse delle aree delle linee strategiche e dei relativi obiettivi strategici anche di valenza personale/professionale.

4.6 Gli strumenti

Le schede di budget sono lo strumento attraverso il quale vengono esplicitati il livello di produzione atteso, gli obiettivi di Innovazione e Qualità e i consumi di farmaci e dispositivi medici e prestazioni intermedie negoziati.

Per la definizione del budget 2014 sono state costruite, quindi, le seguenti schede:

- Obiettivi di governo clinico e qualità assistenziale
- Obiettivi di produzione (numero dimessi, contenimento costi etc.)
- Schede di Valutazione a supporto delle revisioni di periodo
- Consumi di farmaci e dispositivi medici
- Consumi di prestazioni intermedie

Gli strumenti, disponibili sulla rete aziendale, sono elaborati, su base mensile, dal Controllo di Gestione che supporta la Direzione Generale nelle attività di revisione oltre che di monitoraggio ed analisi per tutti i Dipartimenti, oltre che per l'Azienda stessa.

Durante il percorso di budget il Controllo di Gestione supporta la definizione degli obiettivi (indicatori e target) con strumenti di simulazione per definire i target sulla base del contesto epidemiologico oltre che delle linee di indirizzo.

4.7 Contesto di monitoraggio aziendale e regionale

Al fine di garantire il controllo delle performance amministrative e secondo quanto previsto dal D.L. 150/2009, sono stati istituiti Organismi indipendenti di valutazione della performance (Oiv; <http://www.regione.emilia-romagna.it/trasparenza/personale/oiv>). L'Organismo indipendente di valutazione (Oiv) della Regione Emilia-Romagna, unico per la Giunta e l'Assemblea legislativa, è stato nominato, previo parere favorevole rilasciato dall'Anac con delibera n.7 del 15 gennaio 2014, con delibera della Giunta regionale n.132 del 10 febbraio 2014, acquisita l'intesa dell'Ufficio di presidenza dell'Assemblea legislativa. L'Oiv svolge i suoi compiti anche in riferimento alle agenzie e istituti che operano con personale regionale. E' in corso di definizione un regolamento che specificherà le modalità per lo svolgimento di tali funzioni anche in riferimento a ER.GO e ai Consorzi fitosanitari provinciali. La nomina decorre dal 17 febbraio 2014 e ha la durata di un anno. Il Policlinico di Modena, al fine di soddisfare gli obiettivi dell'Oiv e conformemente alla DGR 334/2014, si è dotato di un proprio nucleo di valutazione interno (OAS), con i seguenti obiettivi:

- A) garantire il collegamento con l'OIV per il SSR;
- B) garantire la gestione procedimentale e documentale del processo valutativo;
- C) assicurare il supporto all'attività di valutazione interna, in particolare per la definizione e manutenzione della metodologia di classificazione e graduazione delle posizioni dirigenziali;
- D) definizione degli strumenti di incentivazione individuali o legati a specifici progetti, per la incentivazione individuale o legati a specifici progetti;
- E) individuazione di indicatori di risultato qualitativo e quantitativo nel sistema di incentivazione del comparto anche ai quesiti in seconda istanza, costituito da membri esterni. Questi intervengono su sollecitazione del controllo di gestione e/o della Direzione Generale per acquisire un parere esterno.

4.8 Obiettivi assegnati al personale

Il raggiungimento degli obiettivi aziendali è possibile tramite il coinvolgimento delle singole professionalità, la cui valutazione è parte del ciclo della performance.

Gli obiettivi assegnati ai Dipartimenti, in sede di negoziazione di budget, sono diffusi ai singoli professionisti. La disarticolazione da macro obiettivo ad individuale, sul singolo professionista, permette è garanzia di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'attività di diffusione avviene tramite il Direttore di struttura che, a sua volta, assegna gli obiettivi ai dirigenti e al personale del comparto titolare di posizione organizzativa.

Data la rilevanza strategica dei contenuti dell'albero della performance, è evidente che una parte degli obiettivi in esso contenuti richiedano azioni e attività che coinvolgono prevalentemente la Direzione Aziendale. Vi sono obiettivi che per loro natura possono essere declinati ai vari livelli dell'organizzazione e assegnati anche ai singoli professionisti, come nel caso degli obiettivi di produzione e di innovazione organizzativa e tecnica. Ciascun professionista è valutato in base al contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi della propria unità operativa, al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali ed in relazione alle competenze organizzative espresse che segue lo schema degli obiettivi a seguito riportato:

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

Il sistema di valutazione della performance individuale dell'Azienda è quindi volto in primo luogo allo sviluppo delle competenze e all'orientamento dei comportamenti configurandosi come strumento che si affianca alla valutazione organizzativa e di equipe, consentendo di evidenziare l'apporto del gruppo o quello individuale al raggiungimento degli obiettivi di programmazione.

5. Misurazione e valutazione della performance

5.0 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano

Le principali fasi, i soggetti ed i tempi per il processo di redazione del Piano sono indicate nella seguente tabella:

TEMPO	FASE	AZIONE	SOGGETTI COINVOLTI
Set/Ott anno t	Definizione linee di indirizzo	- Valutazione dell'andamento aziendale e degli indici di performance nell'anno t; - Predisposizione delle linee di indirizzo per l'anno t+1	- Direttore Generale con il supporto dei Direttori Sanitario ed Amministrativo e dell'Ufficio di Direzione
Ott/Nov anno t	Conferimento di operatività agli indirizzi	- Incontri con Comitato Budget e UO Controllo di Gestione; - Mandato per la prima stesura delle Schede di Budget	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione
Nov/Dic Anno t	Verifica di sintesi del Budget di Azienda	- Consolidamento del Master Budget aziendale; - Verifica di compatibilità con il Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - UO Bilancio
Nov anno t/Gen anno t+1	Negoziare Budget	- Presentazione e discussione delle linee di indirizzo, articolate nelle Schede di Budget; - Negoziazione esterna e interna con CdR, nel rispetto dei vincoli previsti nel Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Aree Professionali-funzionali
Gen/Feb anno t+1	Formalizzazione del documento di Budget	- Sottoscrizione delle Schede di Budget finali; - Approvazione del documento di Budget	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - UO Controllo di Gestione
Gen/Feb Anno t+1	Assegnazione obiettivi ed avvio fase operativa	- Raccordo del Budget con i conti economici del Bilancio; - Creazione di matrici di monitoraggio conti/CdR; - Assegnazione obiettivi e risorse	- Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione
Gen/Dic anno t+1	Monitoraggio degli obiettivi, verifica dell'andamento gestionale ed analisi degli scostamenti	- Elaborazione ed analisi della periodica reportistica; - Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi	- Direzione Aziendale - OIV - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Aree Professionali-funzionali
Feb/Mag anno t+2	Verifica consuntiva dell'andamento gestionale	- Analisi finale degli scostamenti	
Apr/Giu anno t+2	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi	- Verifica dei risultati; - Raccolta delle osservazioni dei soggetti valutati; - Valutazione finale - OIV	- Direzione Aziendale - UO Controllo di Gestione - UO Personale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)

(Fonte documento PAC, REGOLAMENTO DI BUDGET)

Il ciclo delle performance è il processo gestionale che vede coinvolte, secondo precisi livelli di responsabilità, le diverse funzioni aziendali nel definire le linee di azione per il conseguimento degli obiettivi assegnati, orientare la rete delle relazioni e verificare i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati.

L'obiettivo è attivare un sistema di governo capace di programmare e presidiare la gestione aziendale, attraverso la responsabilizzazione, la cooperazione e l'integrazione tra le diverse strutture organizzative.

E' fondamentale per l'Azienda, da una parte individuare ed esplicitare la programmazione pluriennale e, dall'altra controllare a consuntivo, o ancor meglio in itinere, il livello con cui gli obiettivi si stanno trasformando in reali traguardi conseguiti. Il modello si basa sul criterio della circolarità, fondato sull'incontro ed integrazione tra gli indirizzi emanati dalla Direzione Aziendale e le proposte tecnico operative formulate dalle Unità Operative.

Il Piano Programmatico (triennale) e il Bilancio Pluriennale di Previsione rappresentano il livello strategico della programmazione. Sono i documenti con cui la Direzione Aziendale definisce le proprie priorità, fissando obiettivi, indirizzi clinico-assistenziali e gestionali, in coerenza con gli obiettivi del Piano per la Salute, del Piano Attuativo Locale, della programmazione provinciale in genere e del Piano Sanitario Regionale. In questi documenti si evidenziano inoltre i vincoli di sistema, principalmente di natura economica, legati alle forme di finanziamento regionali e all'accordo di fornitura.

Il piano programmatico prevede, secondo i principi del governo clinico, il coinvolgimento dei professionisti, chiamati a fornire contributi e proposte per la declinazione delle linee strategiche regionali e aziendali. Viene aggiornato annualmente, secondo la logica dello scorrimento, in modo tale da avere l'aggiornamento del piano strategico per definire gli obiettivi, le azioni e le risorse attribuibili all'anno successivo, al fine di predisporre il piano operativo annuale.

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

FASE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	CHI/COSA	ATTI	SCADENZA
<p>Definizione Linee di indirizzo di pianificazione strategica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Sanitario Nazionale • Legge Finanziaria* • Piano Sanitario Regionale • Piano azioni RER • Obiettivi assegnati dalla Regione con il contratto di mandato alla Direzione Generale • P.A.L. • Piano per la Salute • Accordo di fornitura con Azienda U.S.L. (parte a valenza pluriennale) 	<p>Il Direttore Generale definisce le linee strategiche aziendali.</p> <p>Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, per le aree di competenza:</p> <p>a) traducono tali linee nel Piano Programmatico e nel Bilancio di Previsione Poliennale con il coinvolgimento del Collegio di Direzione, chiamato a formulare contributi e proposte tecnico operative.</p> <p>b) garantiscono che la formulazione del Piano Programmatico sia coerente, oltre che con le linee strategiche aziendali, con i documenti di riferimento regionali e provinciali e con le previsioni della normativa nazionale, ove applicabile.</p> <p>Il Comitato di Indirizzo esprime parere preventivo e obbligatorio sulla formulazione del piano programmatico e il bilancio poliennale di previsione, in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca.</p> <p>Il piano programmatico viene adottato dal Direttore Generale</p>	<p>- Piano programmatico e il bilancio di previsione pluriennale (documenti triennali, l'aggiornamento avviene ogni anno in autunno secondo la logica dello scorrimento)</p> <p>- Parere del Comitato di Indirizzo sulla formulazione del piano programmatico.</p>	<p>Entro il: 1 Dicembre precedente a quello di esercizio</p>

5.1 Definizione del Piano Operativo Aziendale e Budget (annuale)

Il piano strategico (piano programmatico, bilancio pluriennale) si declina nel Piano Operativo Aziendale (annuale) all'interno del quale vengono identificate le modalità concrete per realizzare le strategie dell'Azienda. Esso indica in particolare i principali obiettivi da realizzare a livello di dipartimento e/o di unità operativa attraverso una loro esplicita quantificazione.

I piani costituiscono la base ed i contenuti di riferimento per una corretta e partecipata negoziazione di budget e rappresentano il criterio per allocare in modo coerente le risorse dell'Azienda. Forniscono inoltre gli schemi di riferimento per la successiva formulazione della scheda di budget.

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

FASE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DESCRIZIONE DELLA FASE DEL PROCESSO	ATTI	SCADENZA
<p>Individuazione degli obiettivi, degli indicatori e dei valori attesi, afferenti a ciascuna area strategica</p>	<p>1. Piano programmatico 2. Bilancio poliennale di previsione 3. Accordo di fornitura con Azienda U.S.L. (parte a valenza annuale)</p>	<p>Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo definiscono il Piano Operativo Aziendale che esprime gli obiettivi annuali necessari alla realizzazione della programmazione pluriennale. Il Piano Operativo viene costruito garantendo la coerenza fra i diversi momenti della programmazione: regionale, aziendale, interistituzionale. L'avvio del processo di budget avviene con la comunicazione, al Collegio di Direzione, del Piano Operativo Aziendale, della previsione di bilancio e del relativo tempogramma del processo. La Direzione si avvale del supporto degli uffici di staff e servizi centrali (Controllo di Gestione, Direzione Infermieristica e Tecnica, Direzione Assistenza Farmaceutica, Servizio Assicurazione Qualità, Servizio Prevenzione e Protezione, Servizio Ingegneria Clinica, ecc.).</p>	<p>Piano operativo aziendale Tempogramma</p>	<p>Entro il: 31 Dicembre precedente a quello di esercizio</p>
<p>Negoziazione di budget di primo e secondo livello</p>	<p>Piano programmatico Piano Operativo Tempogramma La struttura della scheda di budget</p>	<p>La negoziazione del budget avviene attraverso le seguenti fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione proposte indicatori e target 2. Incontri di pre-negoziazione con i dipartimenti 3. Revisione del target e redazione schede di budget <p>Il Direttore di Dipartimento, a partire da una ipotesi iniziale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Propone il budget globale di Dipartimento, delle Strutture Complesse, delle Strutture Semplici e dei Programmi, di concerto con i relativi responsabili, in coerenza con il Piano Operativo definito dalla Direzione. 2. Con il coordinamento del Controllo di gestione ed attraverso il contributo dei della Direzione Medica e dei Servizi in Staff e delle Direzioni in staff predispone le proposte di indicatori e target 3. Svolge incontri di pre-negoziazione con i direttori dei dipartimenti 4. Revisiona il target e redige le schede di budget 5. Avvia il processo di budget attraverso incontri con i dipartimenti e le Unità operative 	<p>Proposta di budget di Dipartimento Obiettivi di budget di Struttura Proposta di budget di programma</p>	<p>Entro il: 30 Gennaio anno successivo a quello di esercizio</p>

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

		coinvolte. Le schede di budget esplicitano anche gli obiettivi del comparto che vengono elaborati dal Direttore di Dipartimento d'intesa con il coordinatore tecnico-infermieristico e amministrativo. La Direzione Sanitaria avrà cura di verificare la coerenza complessiva della programmazione nell'utilizzo delle risorse anche con quanto previsto dall'accordo di fornitura.		
	Proposta di budget di Dipartimento Obiettivi di budget di Struttura Proposta di budget di programma	Il Direttore di Dipartimento, a partire da una ipotesi iniziale condivide e discute la proposta di budget con le proprie strutture afferenti, di concerto con i relativi responsabili, in coerenza con il Piano Operativo definito dalla Direzione. Il Direttore di Dipartimento può avvalersi del supporto della Direzione Sanitaria, Amministrativa, dei servizi in staff e servizi centrali (Controllo di Gestione, Assicurazione Qualità, SPP, Ingegneria Clinica, Farmacia ecc.). Il Comitato di Dipartimento viene informato ed esprime parere sulla proposta di budget del Dipartimento.	Relazione di controdeduzione Verbale del Comitato di Dipartimento	
	Proposta di budget di Dipartimento Obiettivi di budget di Struttura Proposta di budget di programma Relazione di controdeduzione	Il Direttore di Dipartimento ed i direttori delle strutture afferenti negoziano il budget con la Direzione Aziendale.	Budget complessivo di dipartimento firmato dal Direttore di Dipartimento e dalla Direzione Aziendale	
	Budget complessivi di dipartimento Firmato dal Direttore di Dipartimento e dalla Direzione Aziendale	La Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa formalizzano il documento di programmazione annuale negoziato, ai fini dell'adozione da parte del Direttore Generale	Piano operativo e budget annuale aziendale	
	Budget annuale aziendale	OIV esprime un parere sulla formulazione del budget	Parere dell'OIV	

5.2 Verifica periodica dei risultati

Durante l'anno si rende necessaria – con cadenza di almeno 3 volte l'anno, in concomitanza con lo svolgimento degli incontri del comitato di Dipartimento - un'attività di verifica e monitoraggio dei risultati che funge da guida costante rivolta al conseguimento effettivo degli obiettivi fissati in sede di programmazione. La valutazione è correlata alla corresponsione della retribuzione di risultato di équipe e individuali.

Durante il Riesame della Direzione viene svolta una valutazione documentata.

Gli incontri sono verbalizzati. La verbalizzazione comprende una sintesi della discussione, la segnalazione delle criticità rilevate e per ciascuna l'indicazione delle azioni messe in essere (azioni correttive o di miglioramento).

Il verbale datato e firmato viene consegnato alle parti interessate: Direzione Sanitaria, CdG, SAQ, altri per competenze specifiche.

Preliminarmente a ciascun Riesame della Direzione a carattere dipartimentale le UO del dipartimento svolgono una propria verifica documentata.

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

FASE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DESCRIZIONE DELLA FASE DEL PROCESSO	ATTI	SCADENZA
Monitoraggio e misurazione risultati conseguiti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schede di Budget 2. Reporting andamento dati di attività 3. Reporting indicatori di performance e clinica e/o organizzativa 4. Altro 	<p>Il Direttore di Dipartimento verifica i piani di attività delle Strutture Complesse, Semplici e dei Programmi con i relativi responsabili, con periodicità almeno trimestrale.</p> <p>I servizi e le direzioni di staff (Controllo di Gestione, Programmazione, Direzione Infermieristica e Tecnica, Servizio Assicurazione Qualità, Servizio Prevenzione e Protezione, ecc.) collaborano/supportano il Direttore di Dipartimento nella verifica dei risultati</p> <p>Preliminarmente a ciascun Riesame della Direzione a carattere dipartimentale le UO del dipartimento svolgono una propria preliminare verifica documentata.</p>	<p>Verbale di Riesame della Direzione di UO</p> <p>Verbale di Riesame della direzione di Dipartimento</p>	<p>Entro Marzo</p> <p>Entro Settembre</p> <p>Entro Dicembre</p>
Valutazione finale dirigenti e titolari di posizione organizzativa		<p>Il nucleo di valutazione interno valida la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di fine anno predisposta dalla Direzione Aziendale di concerto con i Direttori di Dipartimento e formula proposte di miglioramento.</p>	<p>Parere del nucleo di valutazione interno</p>	
Verifica congruità metodo e strumenti		<p>Il nucleo di valutazione interno, coordinato dal controllo di gestione, valuta il raggiungimento degli obiettivi anche in funzione del contesto regionale e delle eventuali variazioni organizzative intervenute per fattori esterni (es. eventi naturali catastrofici). Sulla base delle valutazioni, il CdG, può intervenire, in accordo alla Direzione Sanitaria, nel modulare i target, previo parere del nucleo di valutazione interno (membri esterni) e dell'OiV.</p>		
Rendicontazione		<p>Il CdG, ottenuta la condivisione della Direzione Generale, trasmette agli organi competente la valutazione economica (funzione del raggiungimento dell'obiettivo e della pesatura dell'indicatore).</p>		

Gli indicatori e i criteri di valutazione utilizzati per la determinazione del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget utili alla determinazione della retribuzione di risultato potranno essere rivisti in funzione delle specifiche previsioni del Piano Programmatico e Budget.

5.3 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena ha implementato e reso operativo il sistema di valutazione del personale della dirigenza e del comparto, promuovendo la diffusione della cultura della valutazione.

Per la dirigenza, in modo particolare, la valutazione costituisce, uno degli elementi più significativi nella gestione del rapporto di lavoro introdotto dal CC.NN.LL. del 8 Giugno 2000, riconfermato dalle successive tornate contrattuali

Il sistema di valutazione coinvolge due distinte aree:

1. la valutazione di posizione relativa al ruolo organizzativo ricoperto in Azienda;
2. la valutazione del risultato annuale conseguito (valutazione della performance).

Il sistema di valutazione della posizione è articolato su due livelli: un giudizio di prima istanza formulato dal diretto responsabile o "superiore gerarchico" del valutato, seguito dal giudizio di seconda istanza demandato al Collegio Tecnico di valutazione appositamente costituito.

Gli ambiti oggetto di valutazione sono sostanzialmente due:

1. responsabilità e obiettivi contrattuali indicati nel contratto individuale di lavoro, riferibili al ruolo ricoperto;
2. competenze tecnico-professionali e gestionali, previste dai CCNL delle diverse figure professionali, in parte sovrapponibili a quelle previste nella scheda di valutazione di risultato.

Lo strumento utilizzato per la valutazione degli incarichi dirigenziali (scheda di valutazione) contempla la valutazione di molteplici fattori, ricompresi in quattro macro aree che riguardano:

- il comportamento rispetto agli obiettivi e ai valori aziendali
- la gestione e valorizzazione delle risorse umane
- la gestione delle attività sanitarie
- gli aspetti tecnico professionali

Nell'ambito della procedura di valutazione, vengono assicurati i seguenti principi:

1. la partecipazione del valutato
2. l'obbligo di motivazione
3. la garanzia del contraddittorio

Particolare significato viene attribuito al colloquio di valutazione fra responsabile e collaboratore (Valutatore e Valutato) come occasione di confronto sull'attività e sui ruoli professionali, di condivisione degli obiettivi e di miglioramento complessivo del sistema professionale ed organizzativo.

Relativamente alla seconda area: Valutazione di risultato o di performance

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena ha implementato un sistema di valutazione del personale, previa attivazione di una iniziativa di formazione-intervento che ha consentito di realizzare, in modo condiviso con le diverse articolazioni aziendali e con le OO.SS. e validato in sede di Collegio di Direzione, un percorso di valutazione individuale che utilizza una nuova scheda, caratterizzata da una elevata flessibilità e potenzialità in termini di personalizzazione. Tali caratteristiche sono funzionali alle seguenti esigenze:

- governo della performance e capacità d'indirizzarla verso obiettivi prescelti;
- aumento del grado di efficienza;
- qualità del sistema di valutazione percepita dal personale
- coinvolgimento del personale nelle strategie aziendali;
- meccanismi di incentivazione fondati su basi sostanziali.

Lo strumento definitivo messo a punto presenta i seguenti elementi caratterizzanti:

1. **Area di Risultato:** individua il settore oggetto di valutazione.

Le aree proposte sono 5, "grado di partecipazione all'attività dell'equipe", "contributo specifico fornito al conseguimento degli obiettivi di budget e di progetto", "competenza tecnico professionale espressa nel raggiungimento degli obiettivi individuali", "qualità dei rapporti con gli utenti", "qualità dei rapporti con colleghi e ruoli professionali dell'equipe".

2. **Indicatori:** definiscono gli aspetti specifici nei quali si articola la valutazione di ciascuna area; rappresentano una traccia esemplificativa, nata con l'intento di guidare il valutatore: data una traccia definita di indicatori potenzialmente selezionabili, il valutatore ha la possibilità di individuare i soli items su cui intende esprimere un giudizio, mediante la selezione dell'apposita casella.

3. **Peso degli indicatori:** una volta individuati gli indicatori su cui verrà espresso un giudizio, il valutatore può spingersi oltre, assegnando loro un peso tanto maggiore quanto più li riterrà strategici all'interno dell'area considerata. La somma dei pesi distribuiti dovrà sempre restituire il 100% su ciascuna area di valutazione.

4. **Giudizio:** il valutatore esprime un giudizio relativamente agli indicatori prescelti. La scala di giudizio varia da 1 a 5, rispecchiando una valutazione crescente per prestazioni classificate da "inadeguate" ad "eccellenti".

La valutazione individuale presenta poi alcune peculiarità per ciascuna area contrattuale

Area della Dirigenza Medica

La scheda presuppone una significativa assunzione di responsabilità del Direttore di Dipartimento e dei singoli Direttori di Struttura Complessa, lasciando discreta autonomia nella scelta degli indicatori da valutare. Il sistema garantisce, comunque, un idoneo grado di omogeneità mediante una duplice scelta che, da un lato limita a due gli indicatori eleggibili dal valutatore su ciascuna area e, dall'altro, abbandona il criterio di proporzionalità di accesso al fondo, a fronte dell'individuazione di tre fasce di merito, direttamente collegate alla corresponsione dell'incentivo.

Area Sanitaria Tecnico-Amministrativa: Il modello generale è stato tarato anche sull'area tecnico-amministrativa, con lo strumento sintetico della scheda "disegnato" in funzione degli obiettivi considerati strategici per i profili presi in esame.

Al Nucleo di Valutazione, ora OIV, compete la valutazione dei risultati di gestione dei dirigenti di Struttura semplice e complessa nonché dei risultati raggiunti dai dirigenti rispetto agli obiettivi affidati, oltre ad un ruolo di supporto metodologico al sistema complessivo di valutazione.

Area Dirigenza Amministrativa

Il processo si articola in valutazione d'equipe ed individuale. E' effettuato sulla base di indicatori quali-quantitativi, raccolti in schede di valutazione distinte: una specifica per la performance organizzativa (valutazione d'equipe) ed una per quella individuale (responsabili di servizio/direttori).

La scheda di "equipe" esprime un livello di raggiungimento per tutti gli obiettivi previsti in scheda budget, includendo gli obiettivi di produzione e quelli di progetto pluriennali, questi ultimi con un peso mediamente superiore al 70%. La valutazione è effettuata dal Direttore di Dipartimento.

Il risultato di "equipe" condiziona la valutazione del Dirigente apicale della struttura stessa (pesa il 50% sul totale della valutazione individuale) e si arricchisce di ulteriori indicatori, tra i quali quello della gestione delle risorse umane. La valutazione viene effettuata dal Direttore di Dipartimento, per i Responsabili di Servizio afferenti, e dal Direttore Amministrativo per i Direttori di Dipartimento.

Dall'area amministrativa è esclusa la valutazione del responsabile del controllo di gestione che viene effettuata dal Direttore Sanitario, come da albero gerarchico. Il processo, nel suo dettaglio analitico, è approvato dal OAS.

Area del Comparto

Analogo è stato il procedimento che ha portato alla ridefinizione della scheda di valutazione per il personale del Comparto. La scelta di fondo è stata quella di garantire omogeneità di trattamento, fissando numero di indicatori e relativo peso, uguali per tutti i valutati. In stretta collaborazione con i coordinatori del personale infermieristico-tecnico, sono stati individuati contenuti idonei alla rappresentazione della performance per questa area contrattuale.

Sono così nate diverse aree di valutazione, cui hanno fatto capo molteplici items di valutazione, pensati appositamente per rappresentare in maniera puntuale l'operato delle figure professionali dell'area del comparto.

5.4 Sistema di attribuzione del fondo

Per ogni singola Unità Operativa viene determinato un budget, in ragione del numero dei sanitari effettivamente presenti in servizio tenuto conto che:

- la quota pro capite per la definizione del budget varia in funzione all'appartenenza della U.O. a una delle tre fasce classificate in base alle "condizioni di lavoro" delle equipe medesime per:
- livello di coinvolgimento nel sistema di emergenza-urgenza (numero di guardie, accoglienza delle urgenze, ecc.)
- eccedenze orarie rilevate in relazione ai volumi prestazionali definiti
- valenza strategica
- complessità
- si considera pari a zero il personale neo-assunto durante il periodo di prova (6 mesi) e il personale supplente per i primi sei mesi di lavoro.
- la quota pro capite tiene conto dell'effettiva presenza in servizio dei dirigenti nel corso dell'anno (assunzioni, cessazioni, assenze varie ecc.)

La valutazione d'equipe incide sull'80% della retribuzione di risultato attesa, mentre la valutazione individuale, prevede l'assegnazione del restante 20% della quota attesa, sulla base del punteggio raggiunto nella scheda di valutazione individuale a cura del Direttore dell'U.O. (80%, 100%, 120%). La valutazione dell'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi (espresso in percentuale) è rappresentato nelle seguenti fasce predefinite:

FASCIA A: punteggio oltre il 100% (percepisce una quota pari al 120% del fondo previsto);

Punteggio superiore a 15 max. 25 / su 15

FASCIA B: punteggio compreso tra 80% e 100% (percepisce una quota pari al 100% del fondo previsto);

Punteggio da 12 a 15 / su 15

FASCIA C: punteggio al di sotto dell'80% (percepisce una quota pari all' 80% del fondo previsto).

Punteggio inferiore a 12 su 15

La retribuzione di risultato viene liquidata, in azienda, in due tranches pari al 25% ciascuna della quota di budget annuale dovuta ad ogni dirigente, in mensilità prestabilite.

Il saldo è calcolato applicando al budget dell'U.O. la percentuale della valutazione d'équipe in base al raggiungimento degli obiettivi assegnati, individuati nella scheda di budget negoziata con le unità operative.

Nel caso di una valutazione pari al 100% sarà liquidata la quota completa, se pari all'80%, la differenza della quota viene ripartita tra i Dirigenti della stessa U.O. che abbiano raggiunto una valutazione pari al 120%.

Il saldo sarà liquidato nell'anno successivo non appena pervenuta la scheda di valutazione individuale.

5.5 Le responsabilità

Direttore Generale

1. definisce le linee strategiche per il Piano Programmatico
2. adotta il Piano Programmatico e Bilancio Preventivo pluriennale elaborati dalla Direzione Amministrativa e Sanitaria
3. adotta il Piano Operativo e relativi Budget negoziati
4. adotta la valutazione finale dei risultati dei Dipartimenti (individuali e di équipe)

Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo

1. elaborano il Piano Programmatico e il Bilancio di previsione poliennale garantendo la coerenza fra i differenti momenti della programmazione regionale, aziendale e interistituzionale e il coinvolgimento dei professionisti
2. avviano la fase di aggiornamento annuale del Piano programmatico e del Bilancio di Previsione Poliennale secondo la logica dello scorrimento e alla definizione del Piano Operativo Aziendale per il processo di negoziazione del budget. Predispongono inoltre il tempo-gramma delle attività
3. negoziano con i Direttori di Dipartimento i relativi budget
4. vengono informati di eventuali criticità relative all'andamento delle attività rispetto alla verifica trimestrale curata dalla Direzione Medica di Presidio
5. effettuano la valutazione dei risultati annuale individuale dei Direttori dei Dipartimento di specifica afferenza

Collegio di Direzione

1. formula contributi e proposte tecnico operative per la declinazione delle linee strategiche aziendali nel piano programmatico triennale

Direttore di Dipartimento

1. propone il budget globale di Dipartimento e definisce i budget delle Strutture Complesse, Semplici e dei Programmi, di concerto con i relativi responsabili
2. negozia il budget e i piani operativi di Dipartimento con la Direzione Aziendale
3. negozia i piani operativi e budget delle Strutture Complesse, Semplici e dei Programmi con i relativi responsabili, coerentemente con il tempo-gramma definito con la Direzione all'avvio

del processo

4. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi di gestione del Dipartimento negoziati e concorda con la Direzione azioni correttive o eventuali obiettivi non realizzabili
5. sovrintende e gestisce il sistema premiante
6. dà attuazione ai criteri definiti dalla Direzione per la valutazione e l'incentivazione economica da riconoscere al personale

Comitato di Indirizzo

1. esprime parere preventivo e obbligatorio (entro 30 giorni dalla richiesta) sulla formulazione del piano programmatico e bilancio di previsione pluriennale, in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca
2. esprime parere sulla formulazione del budget

Direzione Sanitaria

1. supporto al Direttore Sanitario e Direttori di Dipartimento nella programmazione pluriennale, nella definizione del piano operativo e budget annuale e nella valutazione dell'utilizzo delle risorse ospedaliere (posti letto, risorse operatorie, risorse strumentali, risorse ambulatoriali)
2. coordina le attività dei Dipartimenti Integrati nel processo di programmazione e controllo
3. gestisce le attività di Direzione Medica volte al processo di valutazione esterna ed interna dei Dipartimenti; in particolare cura la verifica dei risultati
4. verifica la coerenza e la congruità delle indicazioni ai Dipartimenti con i contenuti dell'Accordo di Fornitura

Direzione Infermieristica e Tecnica

1. supporta il Direttore Sanitario e Amministrativo nell'elaborazione delle linee guida per gli obiettivi di area infermieristica tecnica (comparto)
2. supporta il Direttore Sanitario nella definizione del piano operativo e budget annuale e nella valutazione dell'utilizzo delle risorse ospedaliere (posti letto, risorse operatorie, risorse strumentali, risorse ambulatoriali)
3. governa le attività dei Coordinatori Tecnico-Infermieristici dei Dipartimenti nel processo di programmazione e controllo in coerenza con la programmazione aziendale
4. gestisce il sistema premiante per il personale del comparto sanitario
5. gestisce l'assistenza infermieristica e tecnica al fine di garantire l'erogazione di adeguati livelli assistenziali (infermieristici e tecnici), in relazione alle funzioni previste dalla programmazione aziendale e delle disponibilità di risorse definite nel budget dei dipartimenti.

Controllo di Gestione

1. è il referente aziendale per l'intero processo e la procedura
2. supporta il processo di programmazione e controllo con l'elaborazione di dati
3. verifica la coerenza complessiva del sistema degli obiettivi assegnati alle UO, anche rispetto al bilancio aziendale

Servizio Assicurazione Qualità

1. supportano la Direzione Aziendale nella definizione delle schede di budget con riferimento all'identificazione degli obiettivi/indicatori in tema di performance clinica/organizzativa/governo clinico ed allo sviluppo del sistema di gestione per la qualità nell'ottica dell'accreditamento regionale.

2. supporta i dipartimenti nello svolgimento della verifica periodica dei risultati e nel monitoraggio sull'andamento delle azioni correttive, laddove se ne ravvisi la necessità, per la parte di competenza.

Altri Uffici e Servizi di staff

1. supportano la Direzione Aziendale nella definizione del piano programmatico e budget

Direttore di U.O.

1. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi di gestione dell'U.O. negoziati con la Direzione del Dipartimento e concorda azioni correttive o eventuali obiettivi non realizzabili
2. propone obiettivi a integrazione di quelli aziendali e di Dipartimento
3. è responsabile della condivisione degli obiettivi con i collaboratori dell'U.O.
4. partecipa con il Direttore di Dipartimento, in relazione a interessi e competenze specifiche alla gestione (progettazione, pianificazione) dei progetti trasversali
5. dà attuazione ai criteri definiti dalla Direzione per la valutazione e l'incentivazione economica da riconoscere al personale dell'Unità Operativa

OIV/OAS

1. fornisce supporto metodologico sul processo e sugli strumenti
2. effettua la valutazione a priori della struttura della scheda e degli obiettivi per garantirne la valutabilità
3. effettua la validazione della valutazione finale del raggiungimento degli obiettivi predisposta dalla Direzione Aziendale e formula proposte di miglioramento
4. gestisce le situazioni critiche e la valutazione di seconda istanza.

5.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La necessaria coerenza e l'integrazione tra il ciclo della performance e la programmazione economico-finanziaria viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi strategici ed operativi, svolta contestualmente alla fase istruttoria di redazione del Piano. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica del Controllo di Gestione e dell'UOC Economico Finanziario, con il supporto delle dei responsabili di progetto/obiettivo.

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

5.7 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

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

- *Promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti*

- *Formazione dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto*
- *Miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale*
- *Adozione del sistema informativo a supporto del CdP, tale da permettere la definizione del contributo atteso agli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali, nonché la valutazione a fine esercizio. La piattaforma software dovrà prevedere il necessario livello di integrazione con il sistema premiante aziendale e permettere la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista.*

6. Indicatori di Risultato

Dal 16 maggio 2016, la Regione Emilia-Romagna ha messo a disposizione online il Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (SIVER), ai fini di ottemperare a quanto richiesto dall'art. 1 comma 522 della Legge di Stabilità 2016: "pubblicazione da parte degli Enti del SSN, entro il 30 giugno di ogni anno, delle performance ottenute e misurate attivando un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio Regionale e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti".

Sono stati selezionati 83 indicatori di risultato, articolati secondo le Dimensioni e le Aree della performance che sono state individuate dall'OIV-SSR.

Gli indicatori, che derivano dalla griglia LEA, dal PNE, dal progetto "Bersaglio", e da quanto utilizzato dalla Programmazione Regionale per la valutazione degli obiettivi annuali, sono articolati in 6 dimensioni di valutazione:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Salute della popolazione | 4. Assistenza Ospedaliera |
| 2. Prevenzione e Sanità Pubblica | 5. Integrazione Ospedale territorio |
| 3. Assistenza Territoriale | 6. Economico finanziaria e di efficienza operativa |

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI (FLUSSO PS)
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISTEMA 118)
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE VERDE E VISITATI ENTRO 1 ORA (FLUSSO PS)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TEMPO DI ATTESA MEDIO TRA PRENOTAZIONE E PRIMA VISITA SPECIALISTICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ADULTI (FLUSSO SISM)
PERCENTUALE DI ASSISTITI CON TEMPO MASSIMO DI ATTESA FRA SEGNALAZIONE E RICOVERO IN HOSPICE <= 3 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. VISITE PROSPETTATE IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 30 GG (FLUSSO MAPS2)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. ESAMI DIAGNOSTICI PROSPETTATI IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 60 GG (FLUSSO MAPS2)
TASSO DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
AREA DELL'INTEGRAZIONE
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO (PER 100.000 AB.) IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
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 (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANZIANI >= 65 ANNI TRATTATI IN ADI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ADI)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE IN TSO X 100.000 RESIDENTI MAGGIORENNI (FLUSSO SDO)
ASSISTITI DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE AL DOMICILIO E/O IN HOSPICE, DECEDUTI (FLUSSO REM, FLUSSO ADI E FLUSSO HOSPICE)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN HOSPICE CON PERIODO DI RICOVERO >= 30 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TASSO DI UTILIZZO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE >= 75 ANNI (FLUSSO ADI)
AREA DEGLI ESITI
PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PRIMARI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI PAZIENTI (ETÀ 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI BYPASS AORTO CORONARICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI VALVOLOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER IMA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE PERCUTANEA ENTRO 2 GIORNI DALL'ACCESSO PER PAZIENTI CON IMA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER RIPARAZIONE ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER ICTUS ISCHEMICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER TUMORE CEREBRALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER BPCO RIACUTIZZATA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 90 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 150 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI REINTERVENTI ENTRO 120 GIORNI DA INTERVENTO CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL POLMONE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DELLO STOMACO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI NATURALI (FLUSSO CEDAP)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI CESAREI (FLUSSO CEDAP)
TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA TIBIA/PERONE (FLUSSO SDO)

Sono distinti in due categorie:

1. Indicatori di sintesi – rappresentano raggruppamenti misurabili di indicatori di dettaglio e il loro valore è espresso in modo normalizzato su una scala di misurazione della performance da 0 a 5 e viene calcolato a partire dagli indicatori di dettaglio;

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

2. Indicatori di dettaglio – possono essere identificati come:
 - a. Indicatori di Valutazione: misurano le performance sulla base di 5 intervalli di valori definiti e, una volta normalizzati, concorrono al calcolo dell'indicatore di sintesi;
 - b. Indicatori di Osservazione: non hanno intervalli di valutazione delle performance definiti e non concorrono al calcolo dell'indicatore di sintesi.

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE
PERCENTUALE DI RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI DI ETÀ >= 65 ANNI (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA X 100.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI MEDICI (FLUSSO SDO)
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA
VOLUME DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO
NUMERO ASSISTITI PRESSO I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISM)
TASSO STD DI PREVALENZA X 100 RESIDENTI NEI SERVIZI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (FLUSSO SINPIAER)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: DIAGNOSTICA (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: VISITE (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LABORATORIO (FLUSSO ASA)
AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE
PERCENTUALE DI FUMATORI CONSIGLIATI DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI SMETTERE DI FUMARE (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI PERSONE INTERVISTATE CONSIGLIATE DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI FARE ATTIVITA FISICA (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI DONNE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO RISPETTO ALLE DONNE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
PERCENTUALE DI PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING COLORETTALE RISPETTO ALLE PERSONE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEGLI ANZIANI - GRIGLIA LEA
GRADO DI COPERTURA VACCINAZIONE ESAVALENTE A 24 MESI - GRIGLIA LEA
PERCENTUALE DI AZIENDE CON DIPENDENTI ISPEZIONATE (NUM: SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DI RILEVAZIONE DEI DATI DI ATTIVITA DEI SERVIZI DI PREV. E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO. DEN: FLUSSI INFORMATIVI INAIL REGIONI, LA CUI BANCA DATI È AGGIORNATA A DUE ANNI PRECEDENTI L'ANNO DI RIFERIMENTO)
ATTIVITÀ ISPETTIVA VETERINARIA
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI X 1.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY O RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN DAY-SURGERY PER I DRG LEA CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI SEPSI X 1.000 PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CHIRURGICO IN ELEZIONE, CON DEGENZA >= 4 GIORNI (FLUSSO SDO)
CASI DI TROMBOSI VENOSA PROFONDA O EMBOLIA POLMONARE X 1.000 DIMESSI CON DRG CHIRURGICO (FLUSSO SDO)
NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RISONANZA MAGNETICA X 100 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ASA)
TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI ACCESSI DI TIPO MEDICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
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 (FLUSSO SDO)
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE
TEMPESTIVITÀ NELL'INVIO DEI DATI RISPETTO AL PERIODO DI COMPETENZA (FLUSSI SDO, ASA, FED, DIME, PS, ADI, HOSPICE, SIRCO, CONTENZIOSO LEGALE)
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
PERCENTUALE SINTETICA DI ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (DELIBERA ANNUALE ANAC PER L'ATTESTAZIONE DELL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE)
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI INTERCENT-ER
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI AREA VASTA
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO
AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO
PERCENTUALE DI ADESIONE ALL'INDAGINE DI CLIMA INTERNO (INDAGINE DI CLIMA INTERNO - NETWORK REGIONI PROGETTO "BERSAGLIO")
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA
SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA PER PUNTO DRG (FLUSSO AFO E FLUSSO SDO)
INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI
COSTO PRO CAPITE TOTALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA DISTRETTUALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)
TASSO DI COPERTURA FLUSSO DIME SUL CONTO ECONOMICO (FLUSSO DIME E FLUSSO PIANO DEI CONTI)
PERCENTUALE DI CONSUMO DI MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO E PRESENTI NELLA LISTE DI TRASPARENZA (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

	Emilia-Romagna	PIACENZA	PARMA	REGGIO EMILIA	MODENA	BOLOGNA	IMOLA	FERRARA	ROMAGNA	AOSPU PARMA	AOSP REGGIO EMILIA	AOSPU MODENA	AOSPU BOLOGNA	AOSPU FERRARA	I.O.R.
> Accesso e Domanda	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Integrazione	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Esiti ⓘ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Produzione-Ospedale	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Produzione-Territorio	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Produzione-Prevenzione	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico ⓘ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Organizzazione	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Anticorruzione-Trasparenza	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Sviluppo Organizzativo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
> Economico-Finanziaria	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Legenda:

- Pessimo
- Scarso
- Medio
- Buono
- Ottimo
- Non aggiustato
- Osservazione
- Dato non disp.

Nelle pagine seguenti, la sintesi della performance 2015 relativa agli indicatori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, così come consultabile dalla piattaforma SIVER.

Nella prima tabella (qui sopra), viene proposto uno sguardo d'insieme sullo spaccato regionale, mettendo a confronto tutte le Aziende USL e quelle Ospedaliere dell'Emilia-Romagna.

Nelle pagine che seguono, trovano evidenza gli indicatori del Policlinico, dapprima analizzati per Area di Valutazione con codice colore esplicativo (secondo la legenda riportata qui a fianco), per poi venire riepilogati in forma tabellare a livello di massimo dettaglio, in chiusura di capitolo.

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	EMILIA-ROMAGNA	AOSPU MODENA
UTENTE	Accesso e Domanda	Accesso e Domanda	4.04	4.54
		% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	68.93	76.85
		% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	68.82	75.93
		% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	64.54	68.92
	Integrazione	Integrazione	3.26	4.43
		% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	17.41	14.35
	Esiti	Esiti	-	-
		% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	77.62	83.42
		Mortalità a 30 giorni per IMA	9.2	6.14
		% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	42.67	51.48
		Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	12.13	7.77
		Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	11.6	7.5
		Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	1.56	0
		Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	9.48	12.18
		% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	6.42	9.05
		Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	1.04	0.58
		Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	4.35	3.7
		Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	3.76	6.25
		% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0.83	1.04
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei		0.97	1.16	

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

		% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	70.38	52.63
		Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18.65	19.42
		% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	77.21	71.38
		% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	79.08	99
		Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	4
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	Produzione-Ospedale	3.26	2.57
		% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3.18	5.36
		Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0.47	-0.33
		Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0.72	-0.1
		Degenza media pre-operatoria	0.8	0.55
		Volume di accessi in PS	1.857.137	107.115
		Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	339.417	14.655
		Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	262.852	13.137
		Volume di ricoveri in DH per DRG medici	76.952	4.434
		Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	88.286	4.815
	Produzione-Territorio	Produzione-Territorio	4.59	-
		Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	6.755.149	169.783
		Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	6.144.837	237.915
		Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	46.172.919	1.196.676
	Produzione-Prevenzione	Produzione-Prevenzione	3.4	-
	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	-	-
		% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49.84	49.93
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0.22	0.24

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

		Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	4.1	7.76
		Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2.54	2.26
		% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	35.8	75.66
	Organizzazione	Organizzazione	3.75	3.83
		Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	7.5	7.65
	Anticorruzione- Trasparenza	Anticorruzione-Trasparenza	4.38	4.88
		% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	96.91	99.42
		% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	43.17	32.37
		% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	31.31	43.21
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Sviluppo Organizzativo	Sviluppo Organizzativo	3.3	3.72
		% di adesione all'indagine di clima interno	26.52	28.58
SOSTENIBILITA'	Economico- Finanziaria	Economico-Finanziaria	3.43	2.64
		Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	228.89	542.73
		Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	94.57	97.04
		Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	22.75

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	76,85	85,78	68,93
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	75,93	79,75	68,82
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	68,92	65,43	64,54

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	14,35	13,74	17,41

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	83,42	82,73	77,62
Mortalità a 30 giorni per IMA	6,14	8,99	9,2
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	51,48	46,06	42,67

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	7,77	7,13	12,13
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	7,5	5,13	11,6
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	12,18	6,79	9,48
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	9,05	11,23	6,42
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	0,58	-	1,04
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	3,7	-	4,35
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	6,25	-	3,76
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	1,04	-	0,83
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	1,16	-	0,97
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	52,63	63,52	70,38
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,42	20,58	18,65
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti	71,38	72,82	77,21

Piano della performance 2016-2018 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

con volume di attività superiore a 90 casi annui			
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	99	98,88	79,08
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	4	3	2

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	5,36	4,94	3,18
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,33	-0,26	-0,47
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,1	-0,34	-0,72
Degenza media pre-operatoria	0,55	0,62	0,8
Volume di accessi in PS	107.115	108.694	1.857.137
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	14.655	14.534	339.417
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	13.137	12.994	262.852
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.434	4.804	76.952
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	4.815	4.646	88.286

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	169.783	164.395	6.755.149
Volume di prestazioni	237.915	233.411	6.144.837

di specialistica ambulatoriale: visite			
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.196.676	1.101.365	46.172.919

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
------------	------------------	---------------------------------------	------------------

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49,93	49,61	49,84
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	0,24	0,23	0,22
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	7,76	4,25	4,1
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,26	1,45	2,54
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	75,66	63,58	35,8

Organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	7,65	-	7,5

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,42	97,67	96,91
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	32,37	30,22	43,17
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	43,21	40,36	31,31

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Sviluppo Organizzativo

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di adesione all'indagine di clima interno	28,58	-	26,52

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	542,73	514,63	228,89
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	97,04	93,6	94,57
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	22,75	-	-

Documento a cura di

Direttore Generale

Dott. I. Trenti

Direttore Amministrativo

Dott. I. Cavallo

Direttore Sanitario

Dott. L. Sircana

Responsabile del Controllo di Gestione

Dott. C.Voci

Responsabile Servizio Assicurazione Qualità

Dott.ssa B. Trevisani

Responsabile Segreteria Generale

Dott.ssa C. Vandelli

Direttore Servizio Personale

Dott. A. Sapone

Responsabile programma amministrazione trasparente

Dott.ssa M. Cagarelli