



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA - ROMAGNA

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Piano delle Performance 2015-2017

Istituto Ortopedico Rizzoli

31 marzo 2015

INDICE

Sintesi dei contenuti	3
1. Premessa	4
2. IDENTITA' DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	7
2.1. CHI SIAMO E COSA FACCIAMO	7
2.2. IL CONTESTO IN CUI OPERIAMO	7
2.3. LA CARTA D'IDENTITÀ DEL PERSONALE	11
2.4. I DATI ECONOMICI	17
2.5. COME OPERIAMO	21
3. GLI IMPEGNI STRATEGICI, GLI OBIETTIVI AZIENDALI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE.....	23
A. Dimensione di performance della produzione.....	25
B. Dimensione di performance della qualità	26
C. Dimensione di performance della sostenibilità.....	30
D. Dimensione di performance dello sviluppo organizzativo	31
E. Dimensione di performance dell'innovazione	33
F. Dimensione di performance della ricerca	35
G. Dimensione di performance dell'insegnamento (teaching)	36
4. LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	38
5. COLLEGAMENTO CON TRASPARENZA E INTEGRITÀ'.....	38
6. GLI INDICATORI DI RISULTATO	40
A. Indicatori di performance della produzione	40
B. Indicatori di performance della qualità	40
C. Indicatori di performance della sostenibilità	40
D. Indicatori di performance dello sviluppo organizzativo.....	41
E. Indicatori di performance dell'innovazione	41
F. Indicatori di performance della ricerca	42
G. Indicatori di performance dell'insegnamento (teaching).....	42
7. ALLEGATI	42

Sintesi dei contenuti

Il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'Istituto e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e il sistema di declinazione degli obiettivi alle articolazioni organizzative ed ai singoli dirigenti.

Il presente documento è redatto secondo lo schema indicato nella Delibera 1/2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico per le Aziende del SSR, istituito - ai sensi del d.lgs 150/2009 -, con la Legge Regionale n. 26/2013 (art. 6), e le cui funzioni sono state definite con DGR RER n. 334/2014.

In premessa al documento sono illustrate le finalità del Piano, il Ciclo di Gestione della Performance dello IOR, il sistema di declinazione degli obiettivi e le modalità di rendicontazione degli stessi (Relazione sulla Performance).

Il capitolo 2 delinea l'identità aziendale in termini di mission, vision, ed organizzazione dell'Istituto, descrive il contesto di riferimento - anche in termini economici -, e riporta la "fotografia" del personale che opera in azienda.

Il capitolo 3 è la parte centrale del documento: in esso sono descritti gli impegni strategici dell'Istituto, articolati secondo le dimensioni di performance suggerite dalla delibera 1/2014 dell'OIV (produzione, qualità, sostenibilità, sviluppo organizzativo, innovazione, ricerca ed insegnamento), a loro volta suddivise in specifiche aree di performance su cui lo IOR si impegnerà nel triennio di riferimento.

Lo IOR focalizzerà il proprio impegno nel *riassetto del layout delle degenze*, secondo logiche che rispondono ai bisogni, adottando modelli di complessità assistenziale e per intensità di cura, che valorizzano il contenuto professionale, individuando ruoli organizzativi dedicati. Tale obiettivo è strettamente connesso alle innovazioni di processo e prodotto, che prevedono la *reingegnerizzazione dei processi chirurgici, l'efficientamento della sala operatoria, la riorganizzazione del Servizio Trasfusionale e del Laboratorio nell'ambito dell'Area Metropolitana*.

Il recupero di efficienza dei processi è anche obiettivo della *unificazione dei Servizi Amministrativi di Area Metropolitana*, volta ad una maggiore omogeneità di approcci e modalità di lavoro, che offre la possibilità di raggiungere più alti livelli di specializzazione e di efficienza operativa.

Continua la partecipazione dello IOR ai *programmi nazionali di valutazione degli esiti clinici (Piano Nazionale Esiti)*, a programmi di misurazione delle performance (*Laboratorio MeS-Bersaglio*) e ai programmi nazionali e regionali sulla *gestione del rischio*.

Lo IOR presidia la realizzazione di Percorsi assistenziali attinenti alla propria mission e alle funzioni Hub riconosciute a livello regionale (PDTA Frattura di Femore, PDTA Sarcomi, PDTA infezioni protesi articolari), sviluppati secondo le indicazioni regionali, anche in sinergia con le aziende del territorio.

In quanto IRCCS, lo IOR partecipa a network di ricerca e diffusione di sapere scientifico biomedico, a livello nazionale ed internazionale e, grazie all'eccellenza perseguita in ambito didattico e formativo, attrae studenti medici e ricercatori provenienti da diversi Paesi del mondo.

Le azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato B della delibera 1/2014 dell'OIV, riferibili al sistema di misurazione e valutazione della performance, sono riportate al capitolo 4, in cui è sintetizzato il quadro attuale e gli strumenti in uso.

Il capitolo 5 richiama il collegamento tra Performance e Trasparenza e Integrità, in applicazione del d.lgs. 33/2013.

Infine, al capitolo 6 sono riportati gli indicatori di monitoraggio della performance organizzativa, articolati secondo le dimensioni e le aree illustrate al capitolo 3.

1. Premessa

Il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e le risorse messe in campo per il raggiungimento della performance organizzativa aziendale (art.10, D.Lgs. 150/2009).

Attraverso il Piano delle Performance, l’Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, individuati in coerenza con gli obiettivi nazionali, le linee di indirizzo regionali, ivi compreso l’equilibrio economico-finanziario, con il fine ultimo di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei cittadini e più in generale di tutti gli *stakeholder* coinvolti.

Rappresenta quindi lo strumento con cui lo IOR comunica ai suoi *stakeholder* i traguardi che intende raggiungere nel triennio in coerenza con le condizioni generali di sistema, identificando il proprio posizionamento:

- nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, come IRCCS pubblico e leader nelle patologie ortopediche e muscoloscheletriche a livello nazionale ed internazionale e potenziale partner di accordi sull’Assistenza Transfrontaliera;
- nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale, in quanto titolare di funzioni Hub riconosciute grazie alla leadership tecnico-scientifica che si è ulteriormente consolidata in questi anni con l’inserimento a pieno titolo nella rete territoriale metropolitana e regionale;
- come partner della Rete Regionale dell’Alta Tecnologia, quale riferimento specifico per le aziende del tessuto produttivo del territorio regionale e nazionale, proponendosi come piattaforma tecnologica dotata di attrezzature all'avanguardia e know-how superspecialistico nell'area delle Scienze della Vita, esperto nello sviluppo di progetti di ricerca e di prodotti potenzialmente oggetto di brevettazione.

A distanza di 7 anni dalla prima definizione di un Piano Strategico aziendale, e con l’insediamento di una nuova Direzione¹, il Piano della Performance è occasione per fare il punto sull’attuazione delle strategie definite allora, sulle dinamiche intercorse e sul nuovo contesto di riferimento, avviando il percorso di definizione di un nuovo “ciclo strategico” necessario a:

- ridefinire il posizionamento strategico dello IOR:
 - nella cornice territoriale e regionale con le Aziende Sanitarie e la rete degli IRCCS regionali;
 - in ambito nazionale, anche in riferimento al contesto politico-istituzionale relativo l’Accordo tra le Regioni Emilia Romagna e Sicilia;
 - nei rapporti con l’Università e con gli altri *stakeholder* istituzionali;
- pianificare le strategie volte a rinnovare l’identità aziendale, indicando la rotta da seguire a tutti i membri dell’organizzazione.

Per fare ciò occorre il tempo necessario per una corretta e completa analisi dello *spazio strategico* di riferimento, determinato da mission e vision aziendale, dal contesto ambientale esterno, dal mandato assegnato dalla Regione Emilia-Romagna e dalle capacità interne all’azienda. Occorre poi

¹ Insediatasi il 1 marzo 2015, con un mandato di 5 anni, come da DGR RER n. 162/2015.

condividere questi elementi in un *meeting of minds* con il primo livello di management e gli stakeholder istituzionali e coinvolgere tutti i membri dell'organizzazione orientandoli ad un fine comune.

Il presente documento, per il momento temporale in cui viene redatto, non esaurisce quindi il percorso di definizione delle strategie aziendali, ma è una prima raccolta di elementi - già distinti in dimensioni e aree di performance -, utili a cogliere le proposte di azioni emerse da una prima analisi interna e dalle sinergie in essere con le Aziende dell'Area Metropolitana di Bologna², e rielaborati a seguito di una prima lettura degli obiettivi di mandato assegnati alla nuova Direzione, contenuti nella DGR RER n. 165 del 23/2/2015.

Il Ciclo di gestione della Performance

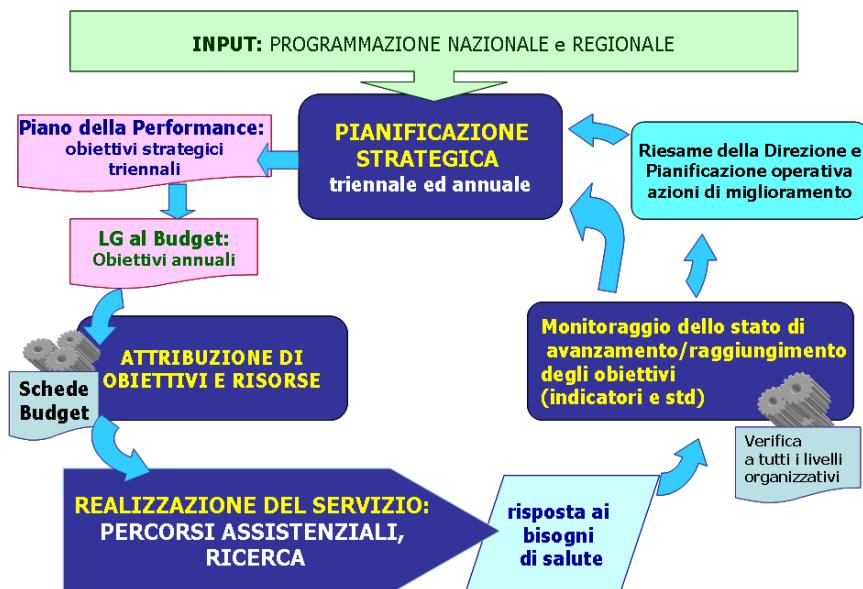
Il d.lgs 150/2009 prevede che il Piano della Performance sia aggiornato con cadenza annuale in relazione alla Programmazione Regionale annuale, alle modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento, ad eventuali modifiche della struttura organizzativa dell'Azienda. E' quindi un documento che prevedere un aggiornamento e rivisitazione a scorrimento anno per anno ("rolling").

In questo modo il Piano rappresenta lo strumento che dà avvio al *ciclo di gestione della performance* (art. 4 D.Lgs. 150/2009), raccogliendo in un'unica "cornice di sintesi" le funzioni di pianificazione, monitoraggio e valutazione dell'Istituto.

Ciò avviene anche attraverso il processo di programmazione e controllo, basato sui principi del coinvolgimento e della condivisione degli operatori, che si concretizza temporalmente nel processo di budget annuale, strumento di guida dei comportamenti aziendali.

Relativamente agli obiettivi operativi annuali, il Piano rimanda quindi alle schede di budget, che riportano anche gli indicatori misurati nell'arco dell'anno e gli standard negoziati con le articolazioni organizzative aziendali (performance organizzativa).

Nello schema che segue è rappresentato il ciclo di programmazione e controllo dello IOR:



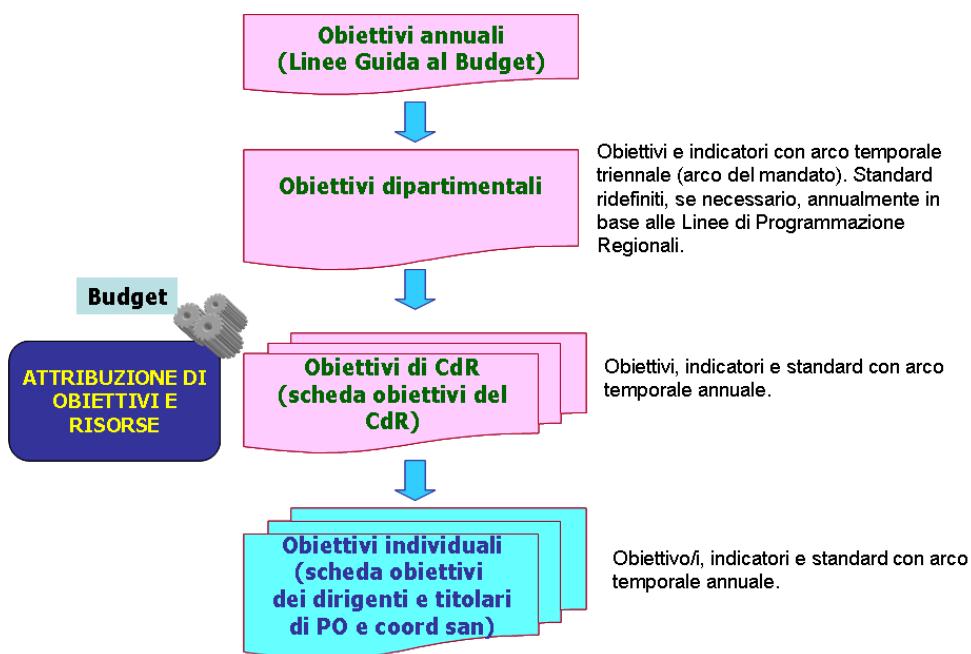
² Inerenti i processi di Unificazione (di cui si tratterà in seguito), alcuni dei quali interessano tutta l'Area Vasta Emilia Centro (AVEC).

La performance individuale

In coerenza con gli obiettivi aziendali declinati a livello di ogni singola articolazione organizzativa (*performance organizzativa*), sono assegnati annualmente obiettivi individuali ai dirigenti e titolari di Posizioni Organizzative e Coordinamenti sanitari del Comparto.

Tali obiettivi individuano su temi specifici l'apporto atteso - in termini di attività - dal professionista interessato. Sono annuali, individuati in apposita scheda firmata sia dal professionista, sia dal Dirigente di riferimento, che ne è responsabile della verifica.

Nello schema che segue è rappresentato il processo di declinazione "a cascata" degli obiettivi di performance assegnati ai CdR ed ai singoli professionisti (dirigenti e titolari di Posizioni Organizzative dell'Area del Comparto).



La valutazione della performance individuale annuale dei singoli dirigenti concorre al percorso di valutazione periodica degli incarichi, definito in coerenza con le disposizioni contrattuali vigenti e mirato a verificare le attività svolte e gli obiettivi raggiunti in relazione all'incarico ricoperto, inclusi i comportamenti personali e organizzativi sottesi al ruolo agito.

Il Piano della Performance e la Relazione sulla Performance

Gli obiettivi definiti nel presente documento sono rendicontati nella Relazione sulla Performance (art. 10, c. 1, lettera b), d. lgs. 150/2009), che rappresenta il momento di conclusione del Ciclo di Gestione della Performance.

Secondo quanto previsto dalle indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) unico per gli enti del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna, la Relazione sulla Performance si compone del Bilancio di Missione e di una nota integrativa, a cura della Direzione Aziendale, che da un lato commenta il Bilancio di Missione, e contemporaneamente relaziona sul raggiungimento degli obiettivi e gli scostamenti dai risultati attesi, fornendo quindi un quadro completo e unitario di rendicontazione dell'andamento dell'Azienda agli *stakeholder* di riferimento.

2. IDENTITA' DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

2.1. CHI SIAMO E COSA FACCIAMO

L'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) è un Istituto ad indirizzo ortopedico-traumatologico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico.

E' un ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che persegue finalità di ricerca, clinica e traslazionale, e di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari a livello nazionale e internazionale, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

L'Istituto è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, di ricerca e formazione.

Lo IOR è *Hub* regionale per le funzioni di ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia pediatrica, revisione e sostituzione di protesi, terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee, chirurgia del piede, chirurgia dell'arto superiore. È centro di riferimento per metodiche innovative e funzioni al servizio dell'SSN/SSR, quali la Medicina Rigenerativa, la Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM), il Centro di riferimento per le malattie rare scheletriche e la gestione dei Registri Regionali di Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO) e di Espianti di Protesi Ortopediche (REPO).

Sul piano organizzativo la struttura dello IOR è regolamentata sulla base della normativa regionale quale IRCCS di diritto pubblico e pertanto la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati dalla normativa regionale e dall'Atto Aziendale.

Nell'atto aziendale sono presenti i principi generali dell'assetto di governo dell'Istituto, coerenti con i criteri ed indirizzi sanciti all'art. 3 comma 1 bis del d.lgs. n. 502/92 e s.m.i., che riguardano:

- il sistema di regole che caratterizzano il contesto entro cui deve svilupparsi l'attività (il SSN, il SSR e l'Università, ecc.);
- i criteri che orientano le scelte della Direzione nel pieno rispetto delle relazioni istituzionali e degli obiettivi aziendali;
- il modello macro organizzativo che consente il funzionamento dell'Istituto.

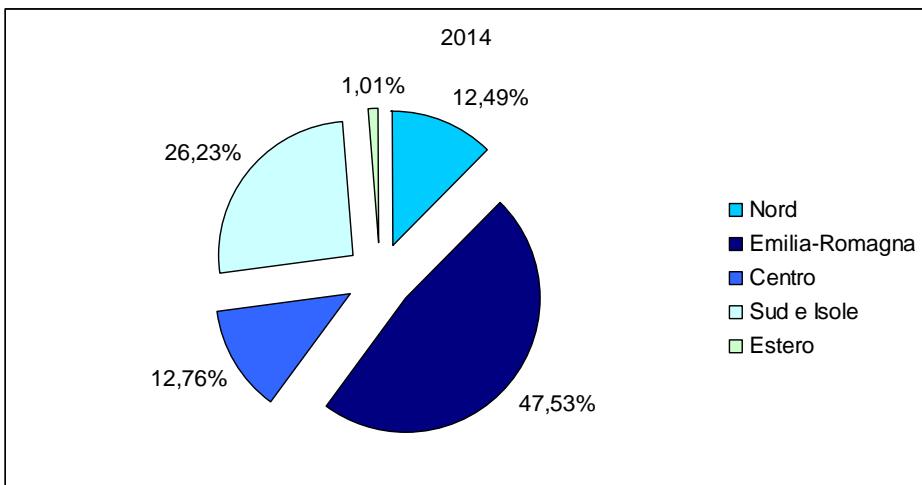
L'Atto aziendale dello IOR descrive inoltre la mission, la vision e le attività caratteristiche dello IOR, i rapporti con le Istituzioni, gli Enti del SSN e gli altri *stakeholder*.

L'ultima revisione dell'Atto Aziendale è stata adottata con delibera n. 50 del 12.2.2015, a cui si rimanda per gli approfondimenti.

2.2. IL CONTESTO IN CUI OPERIAMO

L'Istituto Ortopedico Rizzoli svolge una funzione di riferimento per l'ortopedia non solo nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, ma anche su scala nazionale. L'alta specializzazione ed il livello di competenza acquisiti grazie a più di un secolo di storia, unitamente all'impegno nella *ricerca traslazionale*, hanno portato l'Istituto a diventare un centro di riferimento nazionale, come testimoniato sia dalla persistente capacità di attrazione (nel 2014 il 52,5% dei ricoverati proviene da fuori regione), sia dallo sviluppo di attività di eccellenza in diversi ambiti.

Graf. 1 – Ricoveri presso l’Istituto Ortopedico Rizzoli distinti per provenienza (anno 2014)



Tra questi si segnala l'*oncologia muscolo-scheletrica*: al Rizzoli vengono trattati da 150 a 180 nuovi casi all’anno di tumori maligni primitivi dell’osso e del tessuto connettivo, pari a circa il 35% di tutta la casistica italiana; nel caso delle patologie più complesse (osteosarcoma e sarcoma di Ewing) il Rizzoli tratta il 50-70% di tutti i casi italiani; l’80% circa dei pazienti proviene da fuori regione.

Seguono quindi ambiti di eccellenza quali l’ortopedia pediatrica (il 60% dei ricoverati proviene da fuori regione), la trapiantologia, la medicina rigenerativa (es. riparazione biologica delle lesioni della cartilagine), la protesica (sviluppo della chirurgia mininvasiva, dell’impiego di protesi di rivestimento, dell’esecuzione chirurgica assistita; alti volumi di revisioni di protesi), *banking* di tessuti muscolo-scheletrici e *cell factory* presso la *Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico*.

L’Istituto non ha un unico committente istituzionale. Esso risponde, per così dire, ad una duplice committenza: lo Stato, prevalentemente per l’attività di ricerca scientifica; la Regione Emilia-Romagna prevalentemente per l’attività assistenziale. La committenza regionale, inoltre, è affiancata da quella esercitata dagli enti locali tramite la *Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria* (CTSS) di Bologna, secondo il modello vigente nel Servizio Sanitario Regionale (L.R. n.29/2004). A questa committenza plurale, ancorché differenziata, si affianca una ancora più articolata situazione degli *stakeholder*:

- il mondo della ricerca scientifica in ambito biomedico, sia nazionale che internazionale, nel cui ambito l’Istituto ha da tempo sviluppato rapporti di collaborazione e *network* per progetti di ricerca;
- gli enti della Rete Alta Tecnologia dell’Emilia-Romagna a cui l’Istituto partecipa con il Dipartimento Rizzoli-RIT;
- l’Alma Mater Studiorum – Università di Bologna con cui collabora nel campo della formazione universitaria (il Rizzoli è sede della clinica ortopedica dell’Università di Bologna sin dai primi del ‘900), dal 2010 secondo uno specifico Accordo Attuativo Locale;
- i pazienti, le rappresentanze dei pazienti (associazioni di tutela) e le associazioni del volontariato (generalmente istituzionalizzate tramite organismi quali il Comitato Consultivo Misto);
- i fornitori di beni e servizi, nonché i clienti di prestazioni di ricerca industriale;
- il personale dipendente ed i collaboratori (anche coinvolti nel governo aziendale mediante i dispositivi della *clinical governance*), le organizzazioni sindacali.

Con l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale (conseguente alla legge regionale n.29/2004 e n.10/2006) l'Istituto ha sviluppato più forti relazioni con altre aziende sanitarie sia in ambito metropolitano che regionale:

- la riorganizzazione delle ortopedie in ambito metropolitano realizzata nel 2009 (con conseguente acquisizione della gestione del reparto di Ortopedia dell'ospedale di Bentivoglio);
- l'avvio nel 2010 della rete regionale hub & spoke per l'ortopedia, con progressiva implementazione di collaborazioni con l'Azienda USL di Piacenza (2010), l'Azienda USL di Reggio Emilia (2011), l'Azienda USL di Forlì (2011), l'IRST di Meldola (2012), l'Azienda USL di Imola (2015);
- la partecipazione all'Associazione di acquisto di Area Vasta Emilia Centrale-AVEC (composta dalle aziende sanitarie delle province di Bologna e Ferrara);
- l'adesione al Laboratorio Unico Metropolitano (LUM), in parte già operativo, ed al servizio Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM) realizzati congiuntamente all'Azienda Usl di Bologna ed all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna;
- infine il progetto, attualmente in fase di elaborazione, di unificazione dei servizi amministrativi in ambito metropolitano.

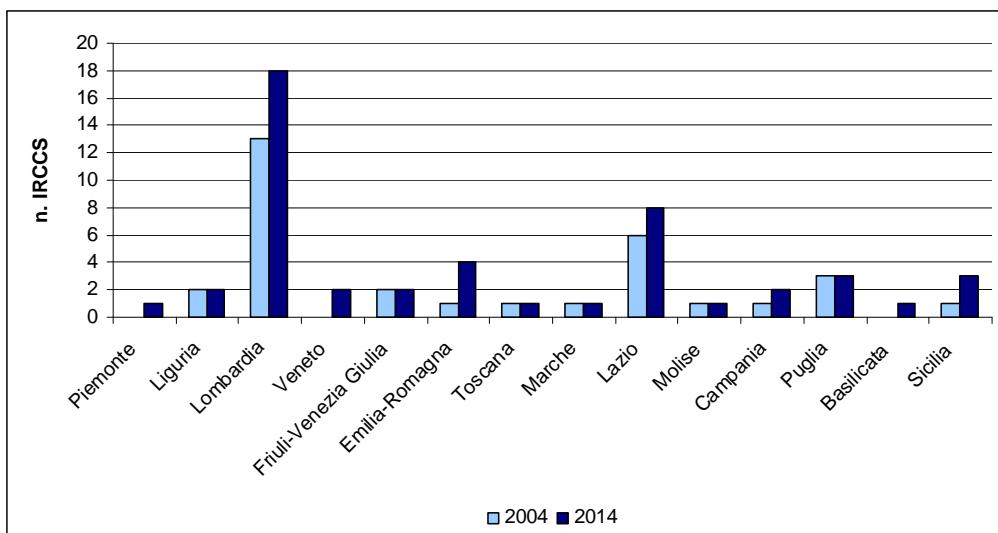
Questi accordi di collaborazione si affiancano ai tradizionali rapporti di fornitura intrattenuti, mediante accordi con l'Azienda USL di Bologna e l'Azienda USL di Imola.

A seguito dell'Accordo tra le Regioni Emilia-Romagna e Sicilia, siglato nel 2010, lo IOR ha istituito il Dipartimento Rizzoli-Sicilia a Bagheria (PA), che dal 2011 ha avviato l'attività ambulatoriale e di degenza ortopedica e fisiatrica, concorrendo così all'obiettivo della Regione Sicilia di ridurre la mobilità sanitaria verso le regioni del nord.

Per quanto riguarda la ricerca, l'Istituto Ortopedico Rizzoli, in quanto IRCCS, fa parte di un "sistema" di enti pubblici e privati impegnati a svolgere attività di *ricerca traslazionale* in campo biomedico, ovvero a trasformare i risultati della ricerca scientifica in applicazioni cliniche. Solo 2 dei 49 IRCCS oggi esistenti sono riconosciuti per la disciplina ortopedica e traumatologica: il Rizzoli (dal 1981) e l'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano (dal 2006).

Con la modifica del titolo V della Costituzione anche la ricerca sanitaria è stata sottoposta ad un processo di regionalizzazione con conseguente spinta alla proliferazione degli IRCCS, mentre non sono proporzionalmente cresciute le risorse destinate al finanziamento della ricerca (con l'eccezione del nuovo capitolo di risorse ottenute tramite l'istituto del "5 per mille" introdotto con la legge finanziaria per il 2006, ma che tuttavia si distribuisce secondo criteri di rilevanza e visibilità "sociale", premiando istituti oncologici e pediatrici: grafico 3).

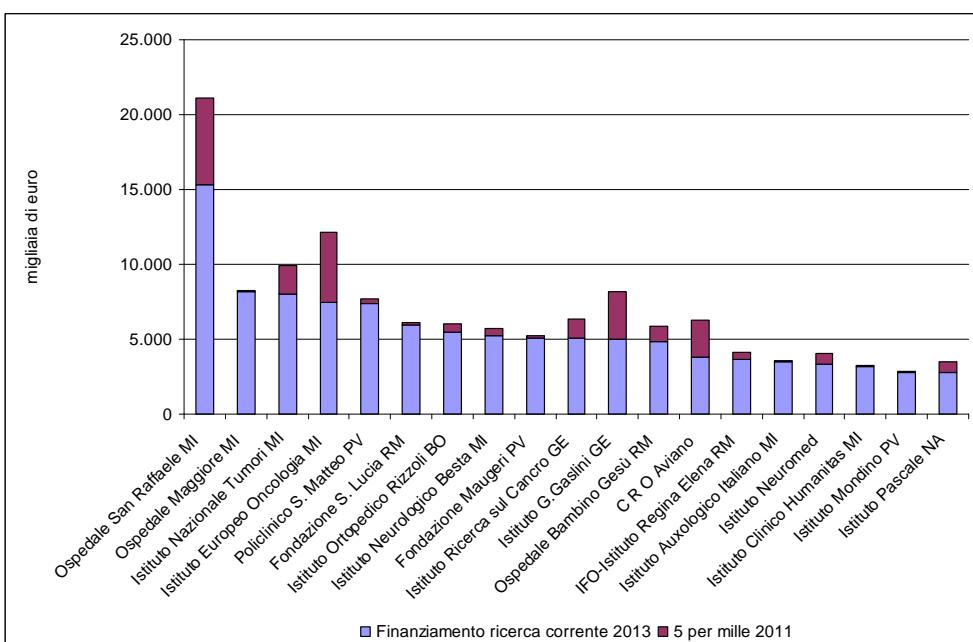
Graf. 2 – Numero degli IRCCS distinti per regione: confronto tra 2004 e 2014.



Nel 2014 i 49 IRCCS presenti (21 di diritto pubblico e 28 di diritto privato) hanno concorso alla ripartizione di 153 milioni di euro di finanziamenti per la ricerca corrente. Nel 2004 gli IRCCS erano 32 e concorrevano alla ripartizione di finanziamenti per ricerca corrente pari a 161 milioni di euro.

Lo IOR è destinatario del finanziamento per la Ricerca derivante dalla destinazione del “5 per mille”, cresciuto di anno in anno grazie alle campagne di sensibilizzazione verso i pazienti, gli operatori, i cittadini che testimoniano una *fidelizzazione* verso l’Istituto.

Graf. 3 – Finanziamento della ricerca corrente 2013 e finanziamento ottenuto dal 5 per mille 2011* - primi 20 IRCCS per importo del finanziamento ricerca corrente 2013



* Il finanziamento del 5 per mille 2011 è stato erogato nel 2013.

2.3. LA CARTA D'IDENTITÀ DEL PERSONALE

Alla data del 31 dicembre 2014 l'Istituto Ortopedico Rizzoli contava 1.242 dipendenti. Il dato evidenzia una situazione complessivamente stabile rispetto all'anno precedente, risultante da una lieve riduzione del personale assegnato alla struttura bolognese (- 8 unità) e dall'incremento al contempo dei dipendenti assegnati al Dipartimento Rizzoli-Sicilia (+ 9 unità di personale) avviato nell'anno 2012 e ancora in fase di implementazione.

È confermata una sensibile riduzione del personale assunto con contratti atipici, dalle 223 unità rilevate nel 2012 e già ridotte a 200 nel 2013 si attesta a 179 nel 2014.

I principali elementi di caratterizzazione della "carta d'identità del personale" dell'Istituto Ortopedico Rizzoli per l'anno 2014 sono i seguenti:

- tra il personale dipendente rimane preponderante il personale assunto con contratto a tempo indeterminato (1.127 su 1.242, pari al 90,7%). Negli anni più recenti si registra un costante aumento del personale assunto con contratto a tempo determinato, passato dalle 52 unità del 31 dicembre 2011 (4,4%), alle 84 del 31 dicembre 2012 (6,8%) alle 88 del 31 dicembre 2013 (7,1%), ed infine alle 115 del 2014 (9,3%);
- contenuta è la presenza di contratti *part time* (82 su 1.127 dipendenti a tempo indeterminato, pari al 7,28%), peraltro quasi interamente riguardante personale femminile (78 su 82, pari al 95,1%);
- estremamente contenuta e limitata prevalentemente al personale amministrativo femminile è anche la presenza dei contratti di *telelavoro* (5 su 1.127 dipendenti a tempo indeterminato pari allo 0,44%);
- complessivamente stabile è il personale universitario impiegato presso l'Istituto ai sensi del vigente Accordo Attuativo Locale (21 unità, di cui 18 in ruolo sanitario medico -1 unità è assegnata presso il dipartimento siciliano -; 4 tecnici o amministrativi).

Tab. 1 - Personale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, alla data del 31 dicembre, articolato per tipologia di contratto e afferenza (sede di Bologna e sede del Dipartimento Rizzoli-Sicilia) per gli anni 2010-2014

Tipologia contrattuale	2010	2011	2012			2013			2014		
			totale	di cui Bologna	di cui Rizzoli- Sicilia	totale	di cui Bologna	di cui Rizzoli- Sicilia	totale	di cui Bologna	di cui Rizzoli- Sicilia
Personale dipendente IOR	1.206	1.193	1.241	1.175	66	1.241	1.170	71	1.242	1.162	80
Personale universitario	25	20	22	21	1	22	21	1	21	20	1
Altro personale:	179	198	223	199	24	200	183	17	179	162	17
di cui:	Borsisti	5	13	9	9	0	9	9	0	9	0
	Co.Co.Co.	117	132	130	130	0	123	123	0	130	130
	Contratti libero- professionale	40	53	84	60	24	68	51	17	40	23
Totale	1.410	1.411	1.486	1.395	91	1.463	1.374	89	1.442	1.344	98

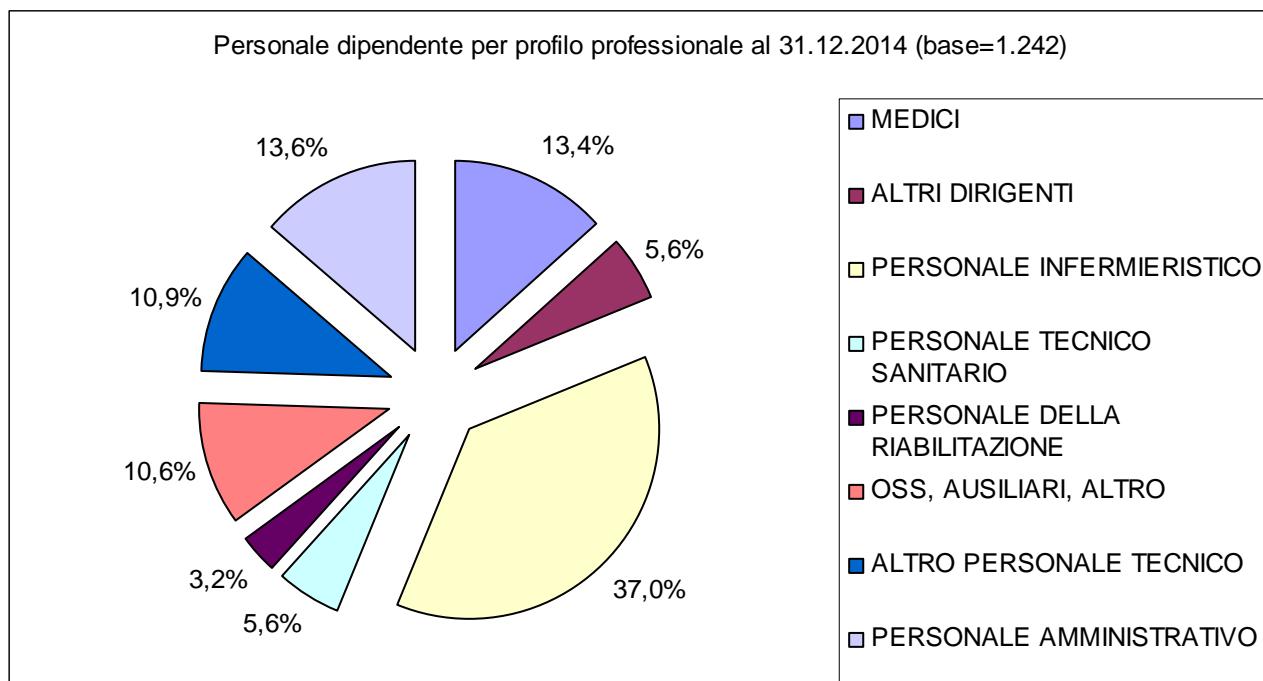
Tab. 2 - Personale dipendente dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, alla data del 31 dicembre 2014

	A tempo indeterminato	A tempo determinato	Totale dipendenti	
			Valore assoluto	% sul totale
MEDICI	149	17	166	13,4
ALTRI DIRIGENTI	62	8	70	5,6
PERSONALE INFERMIERISTICO	409	51	460	37,0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	69	1	70	5,6
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	31	9	40	3,2
OSS, OTA, AUSILIARI	115	17	132	10,6
ALTRO PERSONALE TECNICO*	125	10	135	10,9
PERSONALE AMMINISTRATIVO	167	2	169	13,6
TOTALE	1.127	115	1.242	100

* comprende tecnici laureati area ricerca (biotecnologi, ingegneri area comparto, disegnatori anatomici).

La composizione per profilo professionale del personale dipendente, alla data del 31 dicembre 2014, è evidenziata nelle tabelle sotto riportate: la prima riporta i valori complessivi mentre la seconda è relativa al dipartimento Rizzoli-Sicilia.

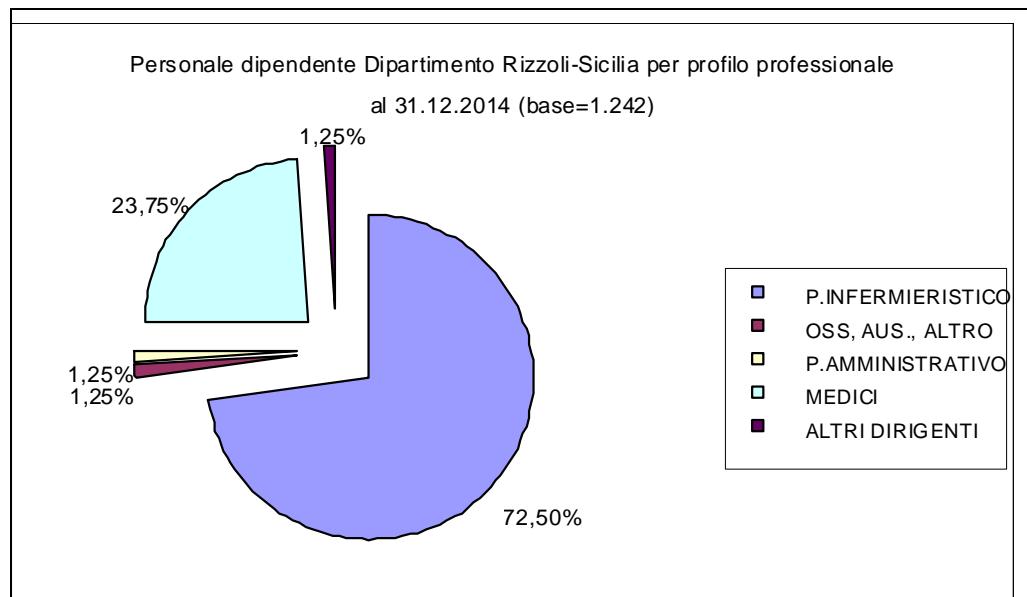
Graf. 4 – Rappresentazione percentuale del profilo del personale dipendente dell'Istituto, al 31.12.2014



Se l'incidenza del personale medico e infermieristico è complessivamente di poco superiore al 50%, nel dipartimento siciliano si attesta oltre il 96%. Questo è motivato dal fatto che le attività

trasversali tecniche e amministrative sono svolte a livello centrale dalla sede di Bologna anche per la sede Siciliana.

Graf. 4bis – Rappresentazione percentuale del profilo del personale dipendente del Dipartimento Rizzoli-Sicilia, al 31.12.2014



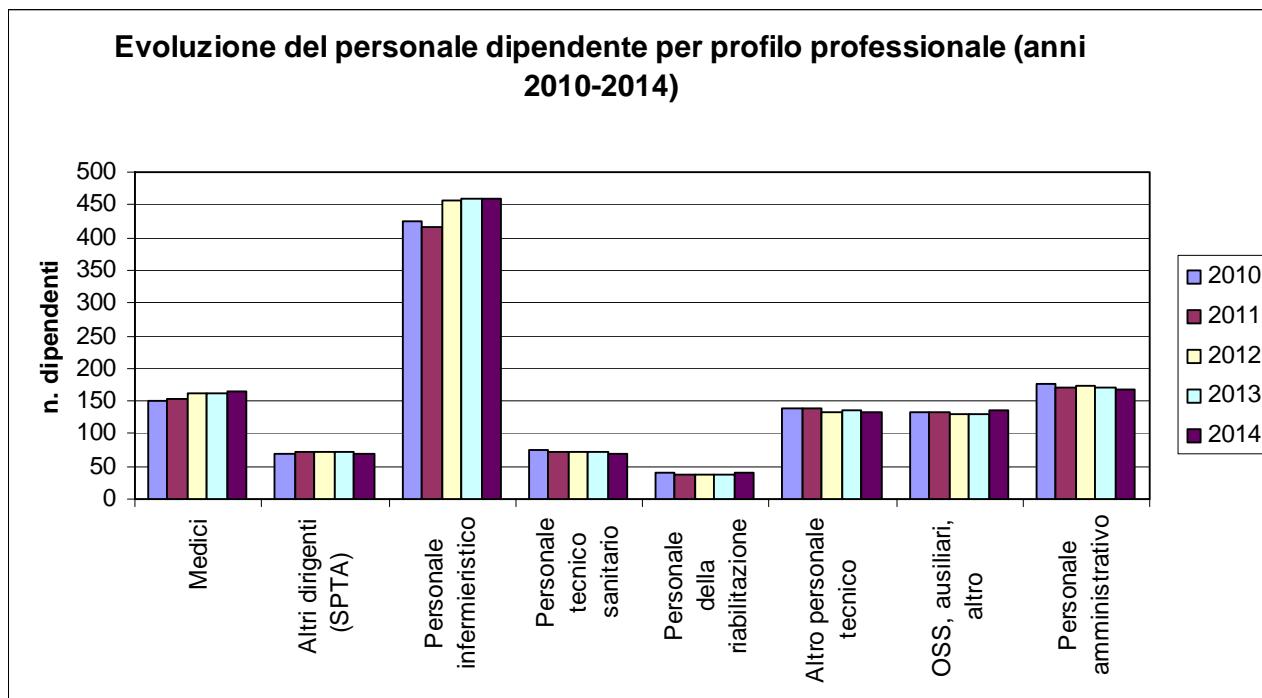
La tabella ed il grafico sotto riportati evidenziano l'andamento nel quinquennio del personale dipendente distinto per qualifica professionale.

I dati rilevano un incremento del personale medico e di quello infermieristico, anche in conseguenza dell'attivazione del Dipartimento Rizzoli-Sicilia. A questo trend si aggiunge anche un incremento del personale dirigente non medico, conseguenza dei processi di "stabilizzazione" del personale dell'area della ricerca; un incremento del personale OSS ed ausiliario; una lieve diminuzione del personale tecnico non sanitario e del personale amministrativo.

Tab. 3 - Personale dipendente dell'Istituto Ortopedico Rizzoli per qualifica professionale alla data del 31 dicembre (anni 2010-2014)

	2010	2011	2012	2013	2014
Medici	150	154	163	163	166
Altri dirigenti (SPTA)	68	71	71	72	70
Personale infermieristico	426	416	458	460	460
Personale tecnico sanitario	74	71	71	71	70
Personale della riabilitazione	41	38	39	39	40
Altro personale tecnico	138	138	134	135	132
OSS, OTA, ausiliari	133	134	131	130	135
Personale amministrativo	176	171	174	171	169
Totale	1.206	1.193	1.241	1.241	1.242

Graf. 5 – Evoluzione del personale dipendente per profilo professionale (anni 2010-2014)



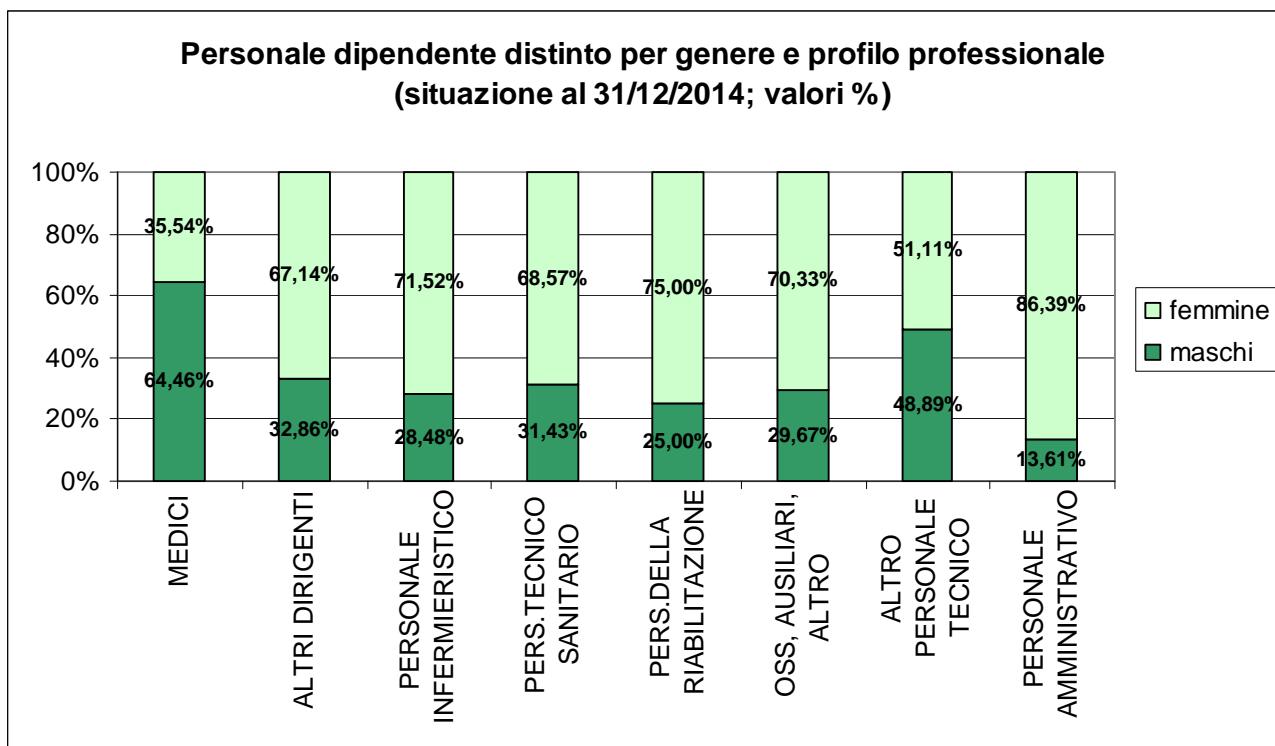
La situazione complessivamente stabile, relativamente agli anni più recenti, della consistenza numerica del personale dipendente può essere letta anche raffrontando le cessazioni con le assunzioni come esposte nella seguente tabella:

Tab. 4 - Personale cessato e personale assunto distinto per causa (anni 2006-2014)

	personale cessato					personale assunto				Totale
	<i>limiti di età</i>	<i>dimissioni</i>	<i>passaggi ad altre amm.ni</i>	<i>altre cause</i>	Totale	<i>proveniente da altre amm.ni</i>	<i>procedure concorsuali</i>	<i>altre cause</i>		
2006	11	37	14	9	71	9	42	18	69	
2007	8	39	17	11	75	4	86	55	145	
2008	3	22	17	8	50	6	58	11	75	
2009	11	17	15	16	59	1	44	15	60	
2010	29	16	12	20	77	2	65	12	79	
2011	9	11	18	54	92	10	48	21	79	
2012	12	10	5	53	80	28	51	49	128	
2013	5	8	10	38	61	4	57	5	66	
2014	14	22	7	35	78	1	69	9	79	

La rappresentazione distinta per genere evidenzia nettamente per tutti i profili, fatta eccezione per i medici, la composizione a prevalenza femminile del personale dipendente.

Graf. 6 – Personale dipendente distinto per genere e profilo professionale, al 31.12.2014



In questa sezione è rappresentato il personale dipendente per classi di età.

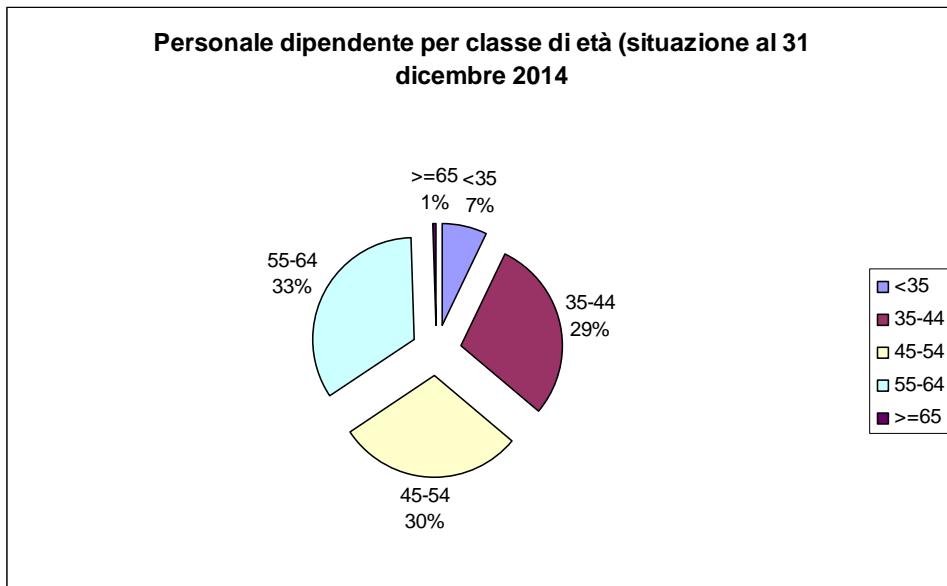
Una maggiore anzianità si riscontra nel personale amministrativo, nel personale tecnico non sanitario, nei dirigenti medici e nei dirigenti non medici. Il personale del comparto di ruolo sanitario (infermieri, tecnici sanitari, personale della riabilitazione), invece, evidenzia una marcata prevalenza di persone più giovani, appartenenti alle classi di età fino a 34 anni e 35-44 anni.

Tab. 5 - Personale dipendente distinto per classi di età

	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	totale
MEDICI	12	48	49	56	1	166
ALTRI DIRIGENTI	1	19	31	19	0	70
PERSONALE INFERNIERISTICO	127	123	148	60	2	460
PERS.TECNICO SANITARIO	9	20	24	16	0	69
PERS.DELLA RIABILITAZIONE	9	8	9	14	0	40
OPERATORE SOCIO-SANITARIO	8	32	35	16	0	91
OP.ADDETTO ALL'ASSISTENZA	0	0	1	0	0	1
AUSILIARI	8	12	13	7	0	40
ALTRO PERSONALE TECNICO	8	20	68	40	0	136
PERSONALE AMMINISTRATIVO	5	20	91	53	0	169
TOTALE						1.242

Un confronto con i dati degli anni precedenti evidenzia un progressivo ingrossamento delle classi d'età superiori, dunque un innalzamento dell'età media del personale dipendente dell'Istituto.

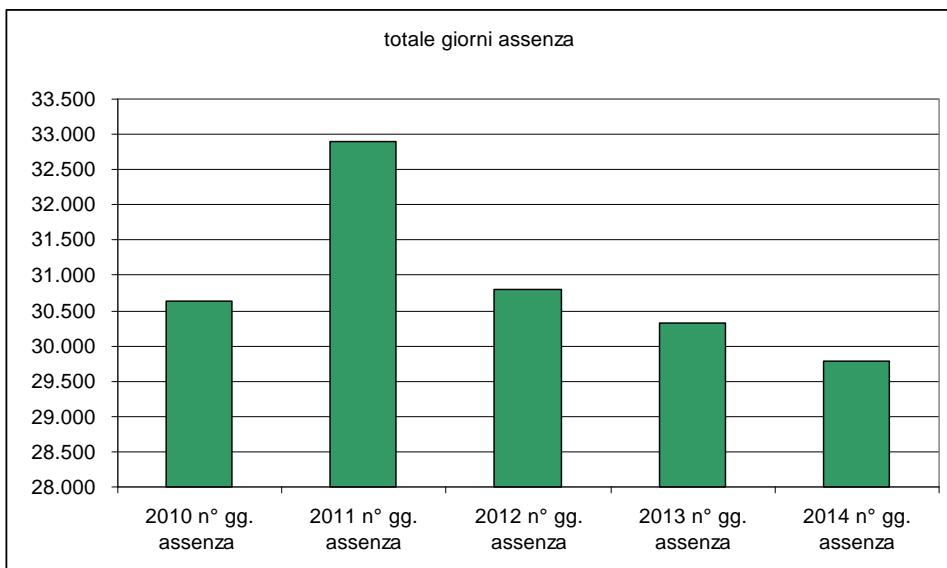
Graf. 7 – Personale dipendente per classi di età, al 31.12.2014



Il numero di giornate di assenza, dovute sia a malattia sia ad altre tipologie di assenza previste a livello normativo e contrattuale (escluse le ferie), dopo un consistente incremento nell'anno 2011 sta lentamente ma costantemente riducendosi come evidenziato dal grafico.

La media annua pro capite delle giornate di malattia e di altre tipologie di assenza previste a livello contrattuale, passa quindi dai 26,87 giorni dell'anno 2011 a 24,17 giorni del 2014.

Graf. 8 – N. totale giornate di assenze (anni 2010-2014)



La distribuzione delle assenze nei mesi dell'anno riportata nella tabella seguente non evidenzia significative differenze tranne che per il mese di agosto in cui si raggiungono i valori minimi, soprattutto negli ultimi tre anni, in coincidenza delle azioni di concentrazione delle ferie nel mese in cui si registra una riduzione delle attività:

Tab. 6 – Riepilogo delle assenze distinte per mese (anni 2010-2014)

Riepilogo assenze	2010	2011	2012	2013	2014
gennaio	2.437	2.643	2.821	2.900	2.616
febbraio	2.600	2.704	3.256	2.963	2.701
marzo	3.085	2.887	3.061	2.725	2.548
aprile	2.522	2.845	2.513	2.217	2.372
maggio	2.421	2.994	2.782	2.347	2.379
giugno	2.616	2.622	2.188	2.526	2.259
luglio	2.434	2.443	2.063	2.232	2.556
agosto	2.372	2.476	2.069	2.031	2.190
settembre	2.674	2.887	2.352	2.478	2.368
ottobre	2.563	2.871	2.692	2.895	2.827
novembre	2.464	2.746	2.936	2.576	2.498
dicembre	2.446	2.790	2.063	2.436	2.480
totale giorni assenza	30.634	32.908	30.796	30.326	29.794

Le principali sfide gestionali che interessano il personale sono riferibili alle azioni strategiche previste nel triennio (e dettagliate al cap. 3), riguardanti la riorganizzazione delle degenze e delle Piattaforme tecnologiche, e l'unificazione di Servizi in Area Metropolitana.

2.4. I DATI ECONOMICI

Di seguito si evidenziano i risultati di esercizio relativamente al triennio 2012-2014:

	2012	2013	Preconsuntivo 2014
Risultato d'esercizio	14	462	202

Tab.7 (Valori espressi in migliaia di euro)

Nel triennio considerato l'Istituto ha dovuto farsi carico dei maggiori oneri derivanti dal trascinamento degli effetti conseguenti le manovre tariffarie e di una situazione già molto critica; tuttavia, è riuscito a garantire risultati di esercizio positivi nonostante il quadro di riferimento che di seguito si riassume:

- nel triennio considerato si è verificato **il trascinamento degli effetti derivanti dalle manovre tariffarie che si sono susseguite nel 2010 e 2011**. Per quanto riguarda la mobilità degenza extra regione è intervenuta nel 2010 l'approvazione della nuova versione Tariffa Unica Convenzionale (TUC) e successivamente, con riferimento alla mobilità infra-regione, sono state assunte delle decisioni a livello regionale sulle codifiche SDO, inerenti l'ortopedia rigenerativa, le embolizzazioni e chemio-embolizzazioni, con perdite quantificate sul bilancio 2011, a parità di produzione, in circa 3,5 milioni di euro di cui:
 - 1,9 milioni di euro a seguito dell'applicazione delle nuove tariffe di Ortopedia Rigenerativa;
 - 0,8 milioni di euro di minori ricavi di competenza 2011 derivanti dalla nuova tariffa TUC;
 - 0,8 milioni di euro di competenza 2010 per effetto della retroattività della tariffa TUC.

La tabella di seguito riportata evidenzia la valorizzazione della mobilità degenza dopo le manovre tariffarie 2010 e 2011 sopra descritte; la valorizzazione del preconsuntivo 2014 tiene conto della rideterminazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla delibera di giunta n. 1673/2014 e n.1905/2014:

DEGENZA	consuntivo 2010	consuntivo 2011	consuntivo 2012	consuntivo 2013	prec.vo 2014
Provincia BO	23.405.556	24.487.062	24.455.590	23.817.250	23.822.590
Extra Provincia	12.569.747	10.953.064	11.046.638	11.571.410	11.422.735
TOTALE RER	35.975.303	35.440.126	35.502.228	35.388.660	35.245.325
Extra RER	45.168.141	43.616.199	42.609.757	43.903.444	44.229.662

Tab. 8 - Valore della mobilità – degenza

- l'Istituto ha dovuto recuperare risorse anche per fronteggiare la **riduzione dell'assegnazione della ricerca corrente** da parte del Ministero della Salute, che dai 10,356 milioni di euro del 1999 è passata ai 5,315 milioni di euro del 2014. Tale assegnazione - che dovrebbe coprire i costi della ricerca-, non è oramai neanche sufficiente a finanziare il costo complessivo del solo personale dipendente dei laboratori di ricerca, che nel 2013 è stato pari a 5,627 milioni di euro. La tabella che segue mostra l'andamento delle assegnazioni ministeriali dal 1999:

ANNO	1999	2000	...	2005	...	2010	2011	2012	2013	2014
Assegnato	10.356	9.324	...	6.920	...	6.451	6.121	6.128	5.477	5.315

Tab. 9 - Assegnazioni Ricerca Corrente MINSAL (Valori espressi in migliaia di euro)

- il percorso di **stabilizzazione del personale precario della ricerca**, si è completato nel 2010, con un impatto economico di circa 1 milione di euro, finanziato nel 2010 dalla regione; l'Istituto ha pertanto dovuto fronteggiare negli anni successivi, con proprie risorse il maggiore onere;

- nel mese di agosto 2009 è stata avviata la **riorganizzazione dell'attività ortopedica in ambito metropolitano**, che ha visto la chiusura notturna del Pronto Soccorso e il trasferimento, dall'ospedale Maggiore allo IOR, della chirurgia vertebrale oncologica e della presa in carico della SC di Ortopedia a Bentivoglio;
- a fine 2014 è scaduto **l'accordo** tra la Regione Emilia Romagna e lo IOR (stipulato ai sensi della L. 133/2008) inerente le funzioni Hub dell'Istituto.

Di seguito si riportano i dati economici del triennio, rimandando per eventuali approfondimenti ai Bilanci di Esercizio e ai Bilanci di Missione degli anni 2012 e 2013.

CONTO ECONOMICO MODELLO MINISTERIALE	CONSUNTI VO 2012	CONSUNTI VO 2013	Preconsuntivo 2014 esclusa ricerca finaliz ³ .
A) Valore della produzione			
A.1) Contributi in c/esercizio	35.347.577	35.011.358	30.218.179
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-488.044	-161.986	-509.715
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.277.567	7.616.519	0
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	102.763.862	102.011.125	99.549.111
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	15.120.559	18.775.163	20.029.072
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.193.223	1.218.019	1.216.250
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3.774.242	4.126.254	4.588.981
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
A.9) Altri ricavi e proventi	401.939	509.243	426.639
Totale valore della produzione (A)	165.390.925	169.105.695	155.518.516
B) Costi della produzione			
B.1) Acquisti di beni	27.999.377	27.356.911	27.479.213
B.2) Acquisti di servizi	52.480.589	54.482.529	48.578.157
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.989.237	5.849.029	6.135.941
B.4) Godimento di beni di terzi	1.251.186	1.346.469	1.009.966
Totale Costo del personale	59.973.951	60.028.820	60.047.803
B.5) Personale del ruolo sanitario	43.654.518	43.974.513	44.024.818
B.6) Personale del ruolo professionale	594.332	545.173	556.603
B.7) Personale del ruolo tecnico	9.162.587	8.837.586	8.839.774
B.8) Personale del ruolo amministrativo	6.562.514	6.671.548	6.626.608
B.9) Oneri diversi di gestione	1.075.456	970.316	1.018.936
Totale Ammortamenti	5.353.124	5.773.549	6.553.379
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	281.087	464.894	281.088
B.11) Totale ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	5.072.037	5.308.654	6.272.291
B.12) Ammortamento dei fabbricati	2.166.230	2.213.452	2.588.476
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.905.807	3.095.203	3.683.815
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	30.673	109.305	0
B.15) Variazione delle rimanenze	-137.944	210.253	-500.000
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	7.502.685	7.333.562	2.800.000
Totale costi della produzione (B)	161.518.334	163.460.742	153.123.396
C) Proventi e oneri finanziari			
C.1) Interessi attivi	14.032	8.369	3.188
C.2) Altri proventi	13	172	59
C.3) Interessi passivi	198.977	196.731	315.083
C.4) Altri oneri	37.956	18.770	18.442
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-222.888	-206.960	-330.278
E) Proventi e oneri straordinari			
E.1) Proventi straordinari	1.858.360	1.594.743	3.184.248
E.2) Oneri straordinari	518.038	1.611.366	159.468
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.340.322	-16.623	3.024.780
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	4.990.024	5.421.369	5.089.623
Imposte e tasse			
Y.1) IRAP	4.896.082	4.888.797	4.819.832
Y.2) IRES	79.570	70.406	67.234
Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0	0	0
Totale imposte e tasse	4.975.652	4.959.203	4.887.066
RISULTATO DI ESERCIZIO	14.372	462.166	202.557

³ La colonna del preconsuntivo 2014 non evidenzia la ricerca finalizzata (nel 2013 pari a circa 10 mln di euro), che viene rendicontata in sede di chiusura di esercizio.

Il Piano investimenti 2015-2017

Il Piano degli investimenti 2015-2017 contiene la pianificazione triennale redatta in continuità con quanto programmato negli anni precedenti e riguardante l'esecuzione di lavori e manutenzioni straordinarie sugli edifici e spazi esterni dello IOR, gli acquisti di tecnologie informatiche e biomediche e beni economali.

Ha la finalità di implementare tutte le attività necessarie all'adeguamento normativo ed al miglioramento della funzionalità delle strutture dell'Ente e di perseguire, nell'ambito degli investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico, l'obiettivo del rispetto delle scadenze indicate nella programmazione Regionale e Nazionale, con particolare riferimento agli Accordi di programma sottoscritti per i finanziamenti degli interventi ex art. 20 L.67/88 ed ai programmi di finanziamento della Regione Emilia Romagna.

E' formulato secondo gli specifici schemi predisposti a livello regionale. Lo IOR darà corso esclusivamente agli interventi totalmente finanziati, da risorse proprie o finanziamenti statali o regionali dedicati; questi garantiscono la sostenibilità finanziaria del Piano Investimenti stesso.

La cifra complessiva per il 2015 è pari a € 16.052.000,00 (di cui € 10.542.000,00 per investimenti in corso di esecuzione ed € 5.510.000,00 per investimenti in corso di progettazione, per nuovi lavori, manutenzioni straordinarie, acquisti di apparecchiature, arredi e tecnologie informatiche).

Per il dettaglio relativo ai singoli investimenti, si rimanda delibera IOR n. 96 del 27/02/2015 di approvazione del "Piano Investimenti 2015-2017 dello IOR".

2.5. COME OPERIAMO

Lo IOR assume come riferimento del proprio agire i seguenti valori⁴:

- ✿ la *centralità del cittadino*
- ✿ la *libera scelta del luogo di cura*
- ✿ la *valorizzazione delle risorse umane e professionali*
- ✿ la *sicurezza*
- ✿ le *pari opportunità*
- ✿ l'*innovazione* anche in ambito formativo, quale polo di eccellenza e luogo in cui si crea di cultura;
- ✿ la *formazione*, quale polo di eccellenza
- ✿ l'*efficienza gestionale*
- ✿ la *valorizzazione della responsabilità sociale dell'Istituto*
- ✿ la *prevenzione della corruzione e dell'illegalità*.

Il modello organizzativo dello IOR nasce nel 2008, con la volontà di disegnare una cornice condivisa che permettesse di leggere nell'architettura organizzativa le attività caratteristiche dell'Istituto (Assistenza, Ricerca e Didattica⁵) e - nel contempo -, fosse funzionale a garantire l'integrazione tra le stesse, introducendo il concetto dei Dipartimenti ad Attività Integrata, in cui la componente ospedaliera ed universitaria operano insieme e coesistono Laboratori di Ricerca e Unità Operative clinico-assistenziali.

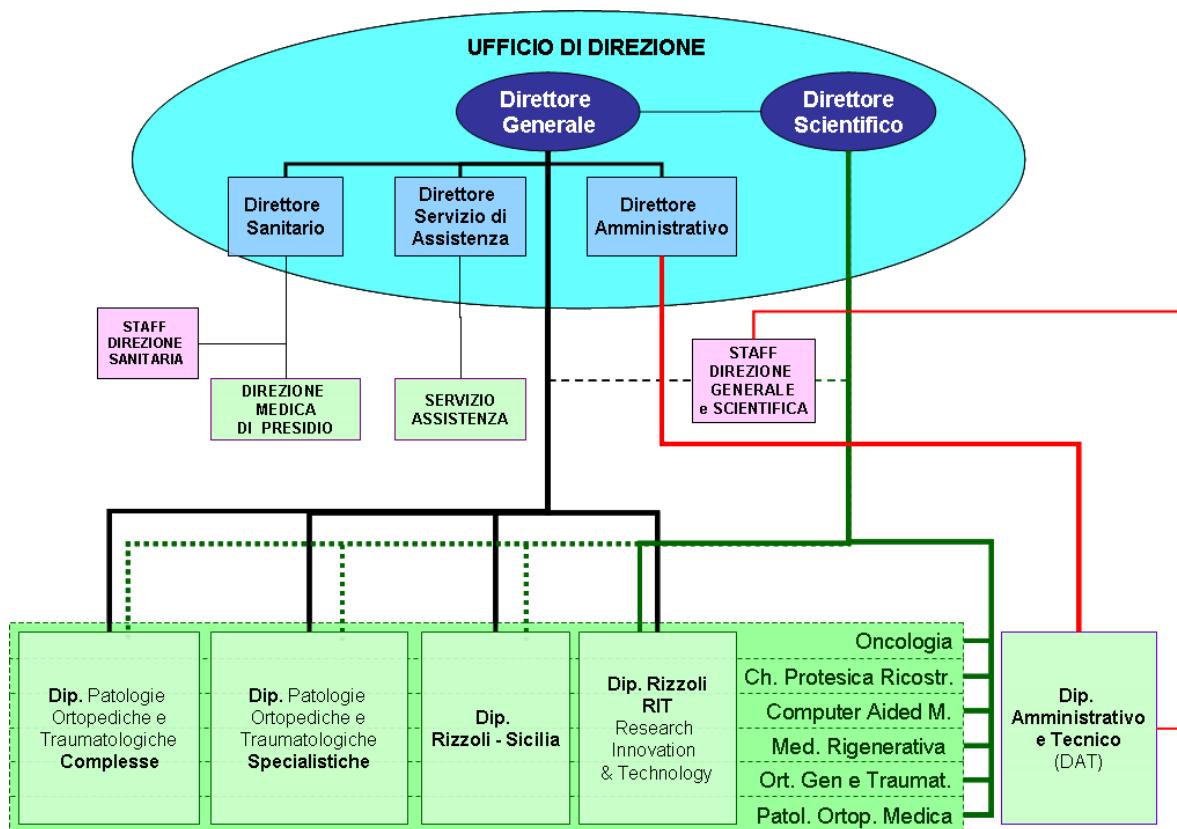
Integrare la ricerca, l'assistenza e la formazione rappresenta infatti non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento per garantire l'innovazione del sistema e sviluppare sinergie volte al miglioramento dei percorsi assistenziali all'interno dei quali è inserito il

⁴ Rif. Atto Aziendale IOR (par. 1.4 "I valori").

⁵ Rif. Atto Aziendale IOR (par. 1.5 "Le attività caratteristiche").

paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio-culturale e psicologico.

Il modello organizzativo attuale è quello rappresentato di seguito:



Obiettivo di tale disegno organizzativo è anche promuovere ed affermare la responsabilità manageriale: la struttura organizzativa aziendale ha il compito infatti di rendere operativa la missione e realizzare le strategie aziendali.

Le regole di funzionamento e i meccanismi operativi di governo clinico e di governo organizzativo sono descritti nel [Regolamento Organizzativo Rizzoli-ROR](#).

Le regole di Funzionamento del Collegio di Direzione e dei Dipartimenti sono altresì delineate negli allegati al ROR che ne costituiscono parte integrante: [Regolamento del Collegio di Direzione](#), [Regolamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata-DAI](#), [Regolamento del Dipartimento Rizzoli RIT](#), [Regolamento del Dipartimento Amministrativo e Tecnico](#).

3. GLI IMPEGNI STRATEGICI, GLI OBIETTIVI AZIENDALI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE

Alla luce dell’analisi dell’attuale contesto, gli obiettivi strategici per lo sviluppo dell’Istituto possono essere declinati secondo lo schema per dimensioni di performance definito dalla delibera 1/2014 dell’OIV unico Regionale, rappresentato graficamente alla pagina seguente.

Come evidenziato in premessa il posizionamento strategico dello IOR nel prossimo futuro dovrà necessariamente essere ricondotto nella “cornice” del mandato assegnato dalla Regione alla nuova Direzione Generale, in armonia con le *Linee Guida Regionali per il Riordino dell’Assistenza Ospedaliera*⁶.

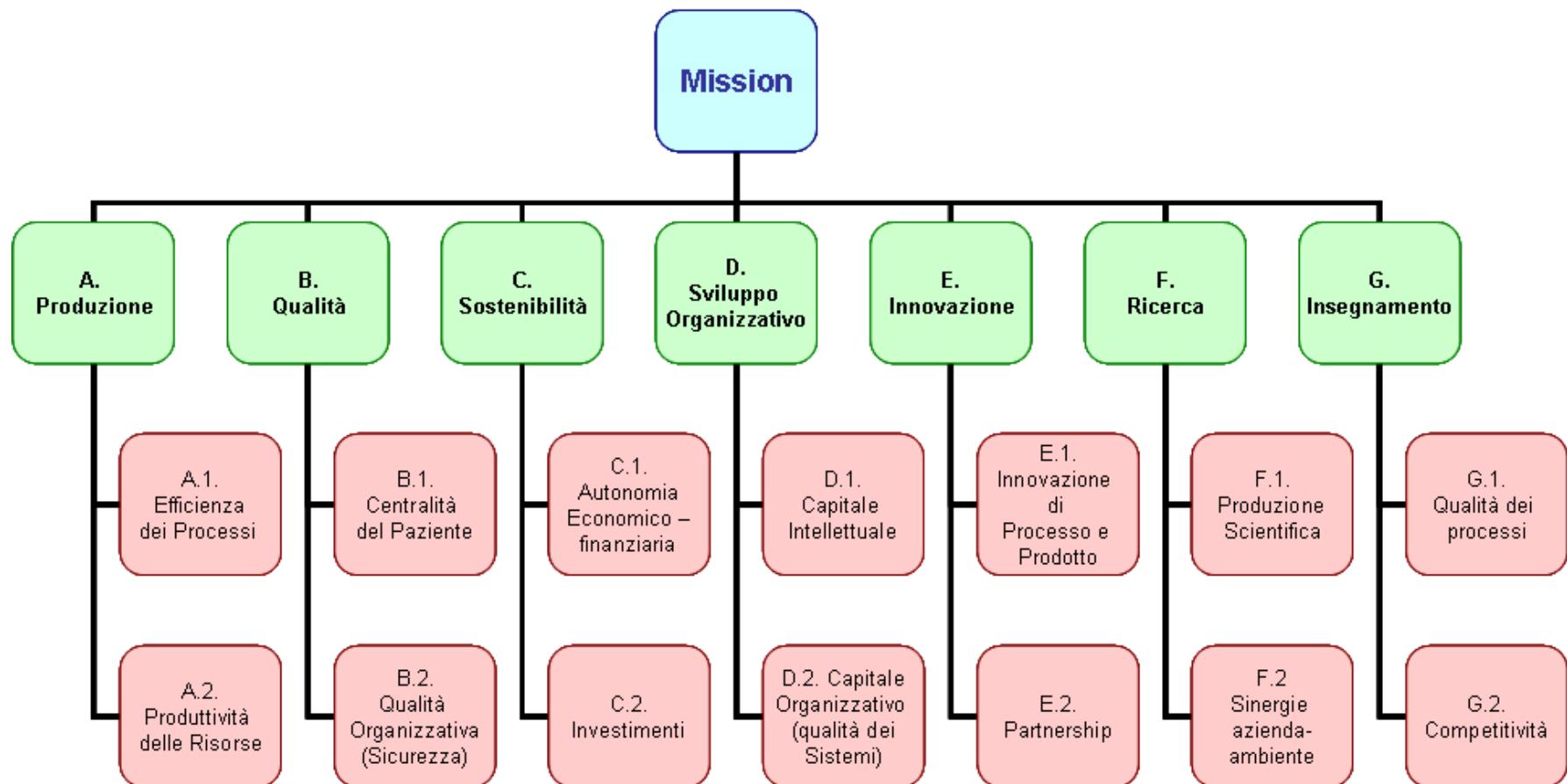
A tal fine si effettuerà quindi un “**rolling strategico**” del presente Piano, per garantire una coerenza dinamica tra il mandato e le strategie agite.

Note per la lettura:

Per ciascuna Dimensione di Performance è indicato il **riferimento agli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale**, con la DGR RER n. 162/2015.
A titolo di esempio:

Ob.vi DG 1.1.

⁶ Come indicato al punto 1.1 degli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale con DGR RER n. 162/2015.



Legenda:

Dimensioni della Performance

Aree della Performance

Le dimensioni della performance

A. Dimensione di performance della produzione

Ob.vi DG 2.2., 2.5.

A.1. Area efficienza dei processi:

Il miglioramento della performance, in una visione di sistema, passa attraverso il ridisegno del *patient flow*, dal momento di primo accesso del paziente sino alla sua dimissione. Questo si traduce nel "passaggio" dal concetto di "capacità produttiva" delle singole unità operative, all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena e in continuità con il territorio attraverso la gestione di dimissioni protette.

Lo IOR focalizzerà il proprio impegno nel *riassetto del layout delle degenze*, secondo logiche che rispondono ai bisogni, adottando modelli di complessità assistenziale e per intensità di cura, che valorizzano il contenuto professionale, individuando ruoli organizzativi dedicati.

Tale obiettivo è strettamente connesso alle innovazioni di processo e prodotto, che prevedono: la reingegnerizzazione dei processi chirurgici e l'efficientamento della sala operatoria; la *riorganizzazione del Servizio Trasfusionale* (con l'adozione degli strumenti del Patient Blood Management) e del *Laboratorio nell'ambito dell'Area Metropolitana*, argomenti di cui si tratta in seguito al paragrafo dedicato (E.1.).

Obiettivo del triennio è lo sviluppo di sempre più efficienti modelli organizzativi che facilitino l'*integrazione tra assistenza e ricerca* (attività caratteristiche dello IOR in quanto IRCCS), il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici nell'area assistenziale, al fine di poter dare sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali.

Il recupero di efficienza dei processi è anche obiettivo della *unificazione dei Servizi Amministrativi di Area Metropolitana*, volta ad una maggiore omogeneità di approcci e modalità di lavoro, che offre la possibilità di raggiungere più alti livelli di specializzazione e di efficienza operativa.

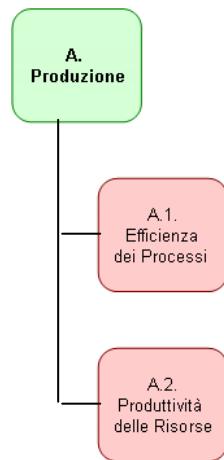
La concentrazione in un'unica sede e l'introduzione di strumenti informatici unici segue peraltro l'orientamento regionale di riduzione della duplicazione di Strutture e di omogeneità di Sistemi e Procedure, in linea con il Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci.

In questo contesto è in corso di analisi anche l'ipotesi di unificazione tra l'AUSL di Bologna e lo IOR della funzione di Ingegneria Clinica, strategica per un IRCCS dotato di tecnologie all'avanguardia e orientato a gestire il layout organizzativo per Piattaforme tecnologiche.

A.2. Area produttività delle risorse:

Lo IOR è tenuto al rispetto della produzione nell'area assistenziale, secondo quanto definito negli accordi con i partner istituzionali, in primis la Regione Emilia Romagna, e indicato negli obiettivi di mandato assegnati alla direzione, attraverso:

- il consolidamento delle funzioni Hub riconosciute, definiti nell'ambito dell'Accordo Regione-IOR, previsto ai sensi della L.133/2008;



- il rispetto degli Accordi di Fornitura con le Aziende USL di Bologna e di Imola;
- il mantenimento della produzione erogata dal Dipartimento Rizzoli-Sicilia, unico obiettivo ipotizzabile in attesa di sviluppi del quadro politico-istituzionale in cui si inserisce l'Accordo tra la Regione Emilia Romagna e la Regione Sicilia, e il conseguente Accordo IOR-Regione Sicilia.

Fermo restando l'obiettivo del rispetto della produzione di cui sopra, la produzione assistenziale che qualifica lo IOR in quanto IRCCS, fa riferimento anche alla capacità di attrazione di cittadini residenti fuori del territorio Regionale. Uno degli indicatori su cui il Ministero della Salute valuta l'Attività Assistenziale degli IRCCS è infatti l'*indice di attrazione da fuori regione*.

B. Dimensione di performance della qualità

Ob.vi DG 1.1., 1.2., 1.3., 1.4.

B.1. Area Centralità del paziente

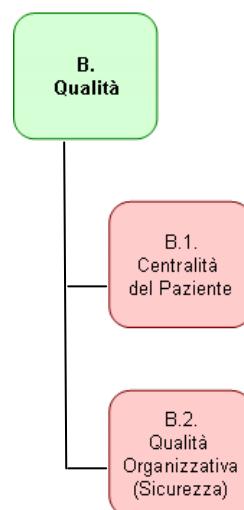
Il modello di assistenza che lo IOR vuole attuare nel triennio prevede il perseguitamento della sinergia tra le *équipe* e la convergenza tra discipline cliniche, con utilizzo di tecnologie avanzate, per rispondere a pieno ai bisogni del paziente, sempre più complesso e fragile.

In questa cornice si leggono gli obiettivi di seguito indicati:

- **Partecipazione a programmi nazionali di valutazione degli esiti clinici (Piano Nazionale Esiti):** prosegue l'impegno dello IOR a recepire gli indicatori di valutazione degli esiti, promossi dal PNE.

Nello specifico, il PDTA “**Trattamento del paziente anziano con frattura di femore**”, volto a contenere il time to surgery, per la stretta correlazione che ha con il clinical outcome, conferma il buon posizionamento a livello regionale (primo nel ranking 2013) e nazionale dello IOR su entrambi gli indicatori oggetto di monitoraggio (% di pazienti operati entro 48 ore; mortalità a 30 gg), grazie all'adozione di un fast track in Pronto Soccorso e all'individuazione di slot di sala riservati alle urgenze. Valori superiori allo standard nazionale si rilevano anche per i tempi di trattamento per gli **interventi di tibia e perone**.

- **PDTA “pazienti con sarcomi ossei e delle parti molli”:** definito il percorso aziendale per il trattamento dei pazienti affetti da tali patologie, prosegue la partecipazione alla rete regionale delle malattie rare, in cui lo IOR è stato individuato come centro Hub, quale riferimento scientifico ed assistenziale, di particolare valenza strategica, essendo la patologia rara ed avendo quindi maggiore necessità a concentrare i casi trattati, al fine di conseguire la clinical competence di cui beneficiano i pazienti. Il PDTA vede l'impegno costante di un team multidisciplinare, con strette collaborazioni interaziendali metropolitane, recependo le indicazioni regionali per il trattamento dei pazienti oncologici. In linea con gli obiettivi nazionali e regionali, una delle priorità del team è rappresentata dalla presa in carico del paziente oncologico tempestiva e senza soluzione di continuità.
- **Accesso alle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche:** lo IOR concorre all'offerta di prestazioni ambulatoriali relative alle branche connesse all'ortopedia, di concerto con le aziende del territorio bolognese, partecipando alla risposta ai bisogni di salute della popolazione del territorio provinciale in ragione di quanto definito negli Accordi di Fornitura



con le Aziende USL di Bologna e di Imola⁷. Lo IOR concorre quindi alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio secondo quanto concordato con le succitate aziende⁸. Ciononostante, la maggiore attrattività dello IOR rispetto ad altre strutture determina un tempo medio di attesa per le prime visite ortopediche superiore alle medie regionali e provinciali.

In ragione della necessità di rispondere alla crescente domanda di prestazioni, lo IOR sarà impegnato a realizzare, attraverso accordi con le altre Aziende dell'Area Metropolitana, azioni per il miglioramento all'accesso alle prestazioni e la messa in campo di soluzioni clinico-organizzative efficaci, finalizzate a:

- il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni offerte;
- il miglioramento del ciclo Prescrizioni e Prenotazione dei controlli, con interventi tesi a facilitare il percorso dei cittadini;
- la corretta gestione delle agende di prenotazione e l'individuazione di soluzioni personalizzate al fine di migliorare la presa in carico e garantire una reale continuità delle cure.

Lo IOR sarà impegnato inoltre nella promozione degli strumenti di ascolto e di empowerment del paziente nelle scelte per la propria salute e nella gestione autonoma quotidiana della propria patologia. Promuove inoltre attività di formazione sui temi dell'Health Literacy e dell'Equality Assessment.

B.2. Qualità organizzativa (Sicurezza):

Dall'inizio degli anni 2000 la sicurezza dei pazienti è divenuta un obiettivo importante dei servizi sanitari di molti paesi. Ospedali ed aziende sanitarie hanno predisposto programmi con l'intento di identificare, analizzare ed infine eliminare le possibili fonti di errore nei processi di erogazione e produzione dei servizi. Queste attività, organizzate sotto l'etichetta di **risk management**, sono sempre più impostate secondo un approccio sistematico. Esso è accompagnato in genere da una nuova cultura organizzativa e professionale che lascia in secondo piano la ricerca delle responsabilità individuali, puntando invece alla segnalazione volontaria degli eventi "indesiderati" (anche quelli senza alcun danno per i pazienti), alla ricerca delle criticità organizzative, strutturali e tecnologiche che hanno reso possibile l'errore.

In coerenza con i riferimenti normativi nazionali e regionali, dal 2007 lo IOR ha attivato il *Programma per la Gestione Integrata del Rischio*⁹, realizzando un modello integrato delle funzioni di rischio clinico, rischio infettivo, rischio occupazionale e contenzioso sanitario. Il *Programma aziendale* prevede la presenza di una "cabina di regia" per la sicurezza aziendale (il **Comitato Aziendale per la Gestione Integrata dei Rischi-CAGIR**), nell'ambito del quale sono effettuate attività di mappatura dei rischi sulla base dell'analisi integrata dei flussi informativi relativi ai vari aspetti della sicurezza. Il CAGIR ha la funzione di pianificazione e monitoraggio delle attività aziendali per la sicurezza: vi fanno parte Responsabili ed esperti aziendali che, con il loro coinvolgimento, concorrono alla realizzazione delle attività programmate in tema di sicurezza, garantendo, così, unitarietà di programmazione, organizzazione e valutazione della gestione del rischio.

⁷ Le Aziende USL esercitano il ruolo di committente e definiscono la quantità e tipologia di prestazioni che le altre Aziende sanitarie (pubbliche e private convenzionate) che insistono sul territorio devono erogare per i propri cittadini.

⁸ In SSN: Primo accesso (Visita Fisiatrica, Visita Ortopedica , RMN colonna, TAC rachide, RM muscolo scheletrica), Urgenza (Visita Ortopedica , RMN colonna). In LP (Visita Fisiatrica, Visita Ortopedica, Visita Oncologica, RMN colonna, TAC bacino, RM muscolo scheletrica).

⁹ V. delibera IOR n. 658 del 21 dicembre 2007.

È inoltre presente, sia presso lo IOR che il Dipartimento Rizzoli-Sicilia, una Rete aziendale dei referenti di Risk management di livello dipartimentale e di unità operativa che è costantemente coinvolta nella realizzazione e monitoraggio delle attività programmate.

Nell'ambito del Programma aziendale per la sicurezza delle cure, oltre al consolidamento degli strumenti di gestione del rischio clinico (Incident reporting, Fmea, Rca, Sea, Safety walk around, ecc) ed al sistema di monitoraggio degli eventi sentinella e dei sinistri (Flusso SIMES) già ampiamente diffusi negli anni precedenti, particolare attenzione verrà data ai seguenti aspetti:

- o **Prevenzione rischio infettivo:** il recente riassetto regionale delle aree aziendali di rischio infettivo (DGR 318/13), volto a promuovere un approccio di sistema, ha visto la trasformazione dei "vecchi" Comitati Infezioni Ospedaliere in Nuclei Strategici, al fine di sostenere il commitment dei responsabili delle varie articolazioni aziendali, in un allineamento propedeutico alla coerenza del sistema stesso.
Il nucleo strategico opera attraverso due nuclei operativi interconnessi, che nel prossimo futuro dovranno mettere a punto e consolidare meccanismi operativi e partnership anche interaziendali, al fine di mantenere il posizionamento del Rizzoli tra i best performers per il buon uso di antibiotici (obiettivo strategico per il contenimento delle resistenze) e perseguire il miglioramento continuo nel controllo delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) con le seguenti priorità:
 - 1) *task force* sui comportamenti dei professionisti in sala operatoria;
 - 2) strategia multimodale OMS dedicata alla promozione dell'igiene delle mani;
 - 3) adozione di buone pratiche per la gestione dei device vascolari;
 - 4) definizione di un sistema di monitoraggio che riconduca a cruscotto gli indicatori ottenuti dai flussi informativi dei servizi di microbiologia, farmacia, sala operatoria, SDO.
- o **Sicurezza Sala Operatoria (SOS-Net):** lo IOR partecipa dal 2010 al progetto regionale SOS-NET per la sicurezza in sala operatoria, con particolare riferimento all'adeguata compilazione delle check-list per la sicurezza in Sala operatoria, utilizzata dal 2013 in forma informatizzata dalle unità operative chirurgiche. Nei prossimi anni verranno particolarmente seguiti gli aspetti relativi al monitoraggio della sua applicazione, al feedback agli operatori e all'utilizzo dei dati ai fini del miglioramento organizzativo e della prevenzione degli eventi avversi in chirurgia.
- o **Monitoraggio implementazione raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza del paziente:** al fine di individuare e superare le eventuali criticità nella applicazione delle raccomandazioni, proseguirà l'attività di *audit* ed il monitoraggio del processo di implementazione delle raccomandazioni e delle "buone pratiche" per la sicurezza dei pazienti, già adottate negli anni precedenti (es. prevenzione delle reazioni trasfusionale da incompatibilità AB0, prevenzione e gestione della caduta del paziente in ospedale, gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica, ecc.) ed il recepimento delle nuove raccomandazioni regionali (es. centralizzazione preparazione farmaci antiblastici, gestione dei pazienti allontanati volontariamente dalla struttura senza autorizzazione, gestione eventi critici, ecc.).
- o **Sicurezza gestione farmaci e dispositivi medici:** negli anni precedenti sono state recepite dalle procedure aziendali le raccomandazioni ministeriali e le linee di indirizzo regionali per la gestione clinica della terapia farmacologica, dei farmaci LASA, la farmacovigilanza e dispositivovigilanza, la riconciliazione della terapia farmacologica. Nei prossimi anni, proseguirà l'adattamento delle procedure locali, la formazione degli operatori sanitari ed il monitoraggio delle procedure aziendali per la verifica della loro applicazione. Presso un reparto di degenza è stato sviluppato un progetto di ricerca finanziato da fondi AIFA che ha previsto l'utilizzo di un sistema informatizzato di

prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica; inoltre si porterà a termine il progetto di ricerca AIFA che prevede la valutazione del sistema informatizzato di prescrizione e somministrazione utilizzato, ai fini della sua eventuale estensione aziendale.

- o **Sicurezza gestione sangue:** in linea con le indicazioni del Patient Blood Management (PBM): a fine 2013 il sistema informatico di area vasta di gestione degli emocomponenti è stato esteso al SIMT IOR, nell'ambito del processo di unificazione in AVEC del SIMT. Nel 2014 è stata estesa a tutti i reparti di degenza la gestione informatizzata degli emocomponenti (richiesta informatizzata, prelievo di sangue e trasfusione controllata con braccialetto identificativo) per il miglioramento della sicurezza dei pazienti e la tracciabilità delle attività trasfusionali. Nei prossimi anni l'utilizzo del sistema informatizzato verrà esteso anche alle Sale operatorie.
In sinergia con le Aziende dell'Area Metropolitana, con cui si è condiviso il Servizio Trasfusionale, proseguiranno, inoltre, le attività di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario sulla sicurezza ed appropriatezza nell'uso degli emocomponenti e l'attività di emovigilanza delle reazioni trasfusionali.
- o **Consenso informato:** a seguito del processo di revisione dei consensi informati per le procedure chirurgiche, avvenuta in condivisione con la Medicina Legale e i professionisti clinici con l'obiettivo di garantire la definizione di consensi specifici per gli interventi più significativi dal punto di vista della numerosità e della rischiosità, obiettivo del prossimo triennio è l'implementazione dei consensi specifici e la verifica della loro applicazione.
- o **Gestione documentazione sanitaria:** Da alcuni anni lo IOR monitora la completezza e correttezza della compilazione della documentazione sanitaria, come previsto dalla DGR 1706/2009 della RER, relativamente agli aspetti qualitativi e di gestione del rischio. Proseguirà la verifica di un campione significativo di documentazione sanitaria, con il coinvolgimento dei professionisti sanitari. Verranno avviate, in coerenza con il Progetto regionale sulla Cartella Clinica Integrata, attività di adeguamento della documentazione sanitaria. Nel Dipartimento Rizzoli-Sicilia la verifica verrà condotto secondo la normativa ed i criteri previsti dalla Regione Siciliana.
- o **Gestione degli eventi avversi e dei sinistri:** Proseguirà l'utilizzo di sistemi di segnalazione volontari ed obbligatori per il monitoraggio sia degli eventi avversi (con danno per il paziente) che dei quasi-eventi o "near-miss". Gli eventi avversi di particolare gravità (eventi sentinella) ed i sinistri, sono segnalati in Regione ed al Ministero mediante il flusso informativo obbligatorio "Sistema per il monitoraggio degli errori in sanità" (SIMES). Gli eventi maggiormente significativi per la sicurezza del paziente verranno analizzati mediante *Root Cause Analysis* e *Significant Event Audit* per l'identificazione delle cause profonde. Verranno ulteriormente favorite attività formative rivolte al personale sanitario per il miglioramento della cultura della sicurezza con un approccio "no blame" con la discussione aperta e l'analisi degli errori e dei casi critici. Per quanto riguarda la gestione dei sinistri derivanti da responsabilità civile, presso lo IOR è già attivo un Comitato per la Valutazione Sinistri (CVS), coordinato dal Dirigente Responsabile della S.S.D. Affari Legali Assicurazioni e Privacy e recentemente ampliato nei suoi componenti per la co-gestione dei sinistri con il Loss-adjuster e la valutazione medico-legale delle richieste di risarcimento. In previsione della estensione del programma regionale di copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile a tutte le Aziende Sanitarie, lo IOR prosegue con le attività di istruttoria, valutazione e gestione dei sinistri del CVS. Al fine di armonizzare le attività di gestione dei sinistri con il rischio clinico, al CVS partecipano oltre al Medico Legale anche un Medico di Direzione Sanitaria, il Risk Manager aziendale e un clinico referente del Collegio di Direzione con l'intento di interagire e collaborare in stretta sinergia per la raccolta di informazioni inerenti il sinistro, l'analisi del caso e la valutazione delle criticità emerse. Verranno favorite le transazioni extragiudiziali dei

sinistri, anche in integrazione con la funzione aziendale di mediazione dei conflitti con pazienti e familiari.

C. Dimensione di performance della sostenibilità

Ob.vi DG 2.1., 2.4.

C.1. Area della sostenibilità economico-finanziaria:

L'analisi della sostenibilità economico-finanziaria dell'azienda deriva dalla lettura del contesto di riferimento regionale e metropolitano, e dalla conseguente necessità di individuare azioni in grado di generare innovazione, con un'attenzione particolare all'utilizzo efficiente delle risorse disponibili. In questo quadro l'Istituto deve:

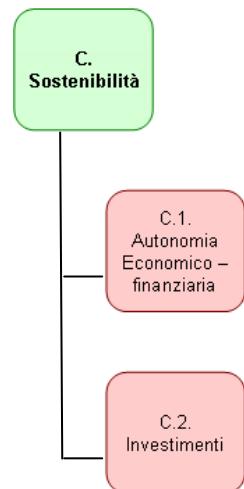
- perseguire il migliore utilizzo delle risorse derivanti dai processi di unificazione in area metropolitana, in grado al contempo di ridurre il monopolio delle competenze (generatosi con la carenza di risorse dovuta al blocco del turn-over in particolare nell'area amministrativa e in un'Azienda di piccole dimensioni come lo IOR), e di rilasciare risorse preziose alle aree produttive oggetto di innovazione, liberandone le potenzialità;
- rispettare la percentuale di adesione agli acquisti (ivi compresi i dispositivi medici tra cui le protesi) effettuati tramite IntercentER e il Servizio Acquisti Metropolitano secondo il Master Plan triennale di IntercentER, contribuendo a generare economie di scala anche a livello di sistema sovra-aziendale;
- rispettare gli standard relativi ai tempi di pagamento dei fornitori definiti dalla normativa.

Si possono identificare ulteriori azioni specifiche per la sostenibilità della Ricerca e per la sostenibilità del Dipartimento Rizzoli-Sicilia:

- Sostenibilità economico-finanziaria dell'Attività di Ricerca: con la riduzione della Ricerca Corrente degli IRCCS, è più che mai importante attirare fondi di ricerca finalizzata (Regionali, Ministeriali ma soprattutto Europei) che, garantendo lo sviluppo dei progetti, danno gambe alle idee dei nostri ricercatori. Solo tramite questi fondi ed il finanziamento del *5 per mille* è possibile mantenere il livello di eccellenza della ricerca dello IOR.

Per quanto riguarda il Dipartimento Rizzoli RIT, obiettivo del 2015 è il raggiungimento della autonomia economico-finanziaria prevista dall'Accordo siglato tra RER e IOR nell'ambito della Rete Regionale dell'Alta Tecnologia. Tale traguardo potrà essere raggiunto anche attraverso la partecipazione ai progetti Regionali e il potenziamento dei contratti con l'industria. Il Dipartimento ha inoltre presentato proposte progettuali ai bandi Horizon2020, che hanno già superato il primo step di valutazione. Il potenziamento delle attività del Dipartimento avverrà anche grazie al rifinanziamento dei contratti dei ricercatori da parte della Regione, volto ad evitare la dispersione del capitale intellettuale cresciuto all'interno del Dipartimento, fortemente specializzato nel settore tecnologico e biomedico a supporto della Piattaforma delle Scienze della Vita.

- la sostenibilità economico-finanziaria del Dipartimento Rizzoli-Sicilia, "passa attraverso" decisioni politico-istituzionali più complesse, che riguardano innanzitutto la ridefinizione dell'Accordo tra le due Regioni e quello tra lo IOR e la Regione Sicilia. Nella cornice del nuovo Accordo si dovrà prevedere il riconoscimento del valore della produzione e delle funzioni di ricerca/formazione, nonché la copertura costi di start-up dell'Ortopedia



Oncologica, funzione qualificante per cui venne identificato lo IOR quale partner dell'Accordo tra le due Regioni.

C.2. Area Investimenti:

Obiettivo del Piano Investimenti 2015-2017 è proseguire l'implementazione dell'adeguamento normativo e del miglioramento degli aspetti alberghieri del Monoblocco Ospedaliero ed in generale delle strutture dell'Istituto, congruentemente con le risorse finanziarie disponibili, rispondendo progressivamente ai requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie.

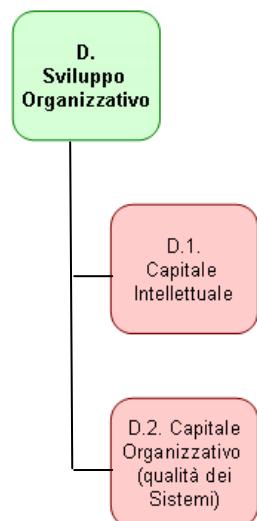
D. Dimensione di performance dello sviluppo organizzativo

Ob.vi DG 2.7., 2.3, 2.6, 1.4.

D.1. Area del Capitale intellettuale:

Relativamente a quest'area occorre pianificare uno sviluppo su due direttive, correlate tra loro:

1. a seguito dell'uscita di alcuni professionisti altamente qualificati sia nell'area della Assistenza che della Ricerca, occorre garantire un ricambio generazionale, per identificare nuovi leader che diano continuità al *marchio Rizzoli* e contribuiscano a mantenerne il posizionamento. Ciò è importante soprattutto
 - nell'attuale scenario regionale e nazionale, in cui si affacciano sempre nuovi competitor,
 - a livello internazionale, in cui è tempo di agire competenze manageriali anche in tema di assistenza transfrontaliera.
2. occorre sensibilizzare il primo livello manageriale ad un maggior coinvolgimento di tutta l'équipe nel perseguitamento degli obiettivi assegnati, valorizzando i contributi di ognuno, stimolando un ambiente collaborativo, favorendo quindi benessere personale ed organizzativo. Questo è possibile anche attraverso i sistemi di valutazione di cui si tratta al cap. 4.



Lo IOR sarà inoltre impegnato nella prosecuzione delle azioni per lo sviluppo di competenze finalizzate al miglioramento delle performance nei seguenti ambiti:

- nell'Area delle Professioni sanitarie, in materia di EBN, Percorsi Assistenziali e misurazione degli outcome assistenziali;
- nella riorganizzazione per Piattaforme (di cui si tratta ai par. A.1, B.1, E.1), che necessitano di un ripensamento dell'identità professionale, per favorire l'integrazione, la specializzazione e il contributo alla riorganizzazione dei processi e dei ruoli;

favorendo l'*allineamento cognitivo* alle strategie aziendali.

Tali azioni sono riprese nel **Piano Aziendale della Formazione (PAF)**, che ha come obiettivo prioritario la *valorizzazione del capitale umano*, attraverso la progettazione di percorsi formativi finalizzati alla sviluppo di competenze tecnico-professionali, relazionali-comunicative ed organizzative (Repertorio delle competenze).

Operativamente, il Piano Aziendale della Formazione (PAF) si sviluppa nell'arco di un triennio, e comprende:

- la Pianificazione strategica triennale, che riporta gli obiettivi strategici di interesse formativo, confermati o ridefiniti annualmente nel caso in cui siano nuove esigenze;
- la Programmazione annuale, che riporta i dettagli dell'offerta formativa prevista nel corso di una anno solare, sia per quanto riguarda il contenuto che l'aspetto economico.
- Per la costruzione del PAF ci si avvale inoltre dei dati contenuti nei Dossier Formativi di Gruppo (DFG), che rappresentano lo strumento operativo di programmazione, monitoraggio e valutazione dei percorsi formativi del gruppo di cui fanno parte i singoli professionisti (Unità Operativa, o network professionale).

Al fine di supportare le strategie aziendali delineate nel presente documento, nel PAF saranno inserite iniziative di formazione condivise dalle aziende appartenenti all'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), a supporto:

- della realizzazione di PDTA interaziendali, favorendo la condivisione dei contenuti tecnico-scientifici ed organizzativi;
- dei percorsi di unificazione, favorendo la conoscenza e la interrelazione tra i gruppi di professionisti che andranno ad afferire ai Servizi/Aree oggetto di unificazione.

D.2. Area del Capitale organizzativo (Qualità dei sistemi gestionali):

In quest'area lo IOR può fare importanti passi avanti relativamente a:

- la revisione degli attuali strumenti di valutazione delle risorse umane come sopra citato, finalizzati alla valorizzazione delle competenze e alla misurazione della performance individuale¹⁰, anche attraverso un *benchmarking* con le Aziende dell'Area Metropolitana;
- l'implementazione dei Sistemi Informativi Gestionali dell'area amministrativa predisposti dal livello regionale;
- lo sfruttamento del potenziale informativo dei Sistemi Informativi recentemente avviati in alcune aree strategiche dello IOR (es: Sala Operatoria, Radiologia, Ricerca), funzionale alla presa di decisioni a tutti i livelli dell'organizzazione. In tal modo migliorerà anche la compliance nell'utilizzo di tali sistemi da parte degli operatori coinvolti.

La realizzazione degli obiettivi sopra elencati è propedeutica alla qualificazione del sistema di Business Intelligence di recente avvio nell'area della Programmazione e Controllo, orientandolo alla definizione di un *Cruscotto Direzionale* volto a misurare lo stato di avanzamento delle azioni dell'Istituto nell'arco dell'intero ciclo strategico.

Nell'ambito del Sistema di Gestione della Qualità Aziendale, obiettivi del triennio sono il mantenimento, la revisione e il miglioramento del sistema, in linea:

- con gli sviluppi normativi nazionali e regionali del sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e della funzione di governo della formazione e di provider;
- con la norma ISO 9001;
- con i requisiti di accreditamento delle strutture di ricerca industriale.

¹⁰ Secondo quanto previsto in Allegato B della delibera dell'OIV RER 1/2014.

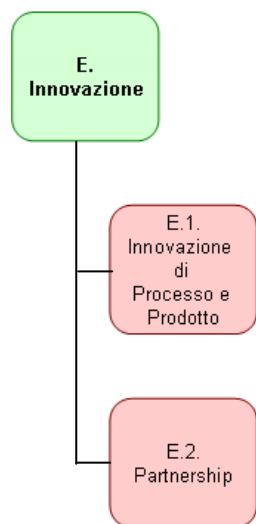
E. Dimensione di performance dell'innovazione

Ob.vi DG 1.1., 2.2., 2.4.

E.1. Area dell'innovazione di processo e prodotto:

L'imperativo dell'efficienza produttiva si riflette anche nell'esigenza di reingegnerizzare i processi in "Piattaforme Tecnologiche" a supporto dei modelli assistenziali di nuova adozione:

- **Blocco Operatorio e Centrale di Sterilizzazione**, la cui efficienza determina a cascata il buon funzionamento dell'Ospedale;
- **Servizio di Diagnostica per Immagini**, che con l'acquisizione della Risonanza Magnetica 3Tesla dedicata all'attività di ricerca e il potenziamento dell'attività di diagnostica interventistica con la MRgFUS deve segnare un importante passo avanti nella Ricerca in campo diagnostico, qualificando ulteriormente l'attività di eccellenza dello IOR;
- **Reparto e Ambulatori di Libera Professione**, in un'ottica di valorizzazione del brand "Rizzoli";
- **Laboratorio Unico di Area Vasta (LUAV)**, secondo quanto previsto dal progetto approvato a livello di AVEC, finalizzato ad ottenere economie di scala;
- **Servizio Trasfusionale** nell'ambito dell'**'Area Metropolitana di Bologna e in Area Vasta Emilia Centro'**¹¹, la cui riorganizzazione è orientata:
 - al *Patient Blood Management* (PBM), per una maggiore appropriatezza clinica;
 - all'integrazione del personale, per valorizzare le competenze presenti e garantire la sostenibilità del sistema.



Nell'area dell'**innovazione di prodotto** rientrano i risultati dei progetti di ricerca sviluppati dallo IOR, con particolare riferimento al Dipartimento Rizzoli RIT, che, in ragione della sua specifica missione orientata alla Ricerca e al Trasferimento Tecnologico dei risultati nell'area delle Scienze della Vita e Tecnologie per la Salute, realizza **nuovi prodotti** e favorisce il trasferimento industriale degli stessi anche attraverso accordi di partnership (v. par. F.2 – *sinergie azienda-ambiente*).

E.2. Area delle partnership:

Elemento principe che qualifica i rapporti interistituzionali dello IOR nell'ambito del SSR è l'Accordo con la Regione Emilia Romagna, previsto ai sensi della L.133/2008, che riconosce all'Istituto funzioni Hub a livello regionale¹².

L'Accordo sarà oggetto di ridefinizione nella primavera del 2015 e prevederà il mantenimento delle funzioni consolidate - che hanno visto lo sviluppo delle reti cliniche a livello regionale e di area vasta con un ruolo di leadership tecnico-scientifica in settori quali Ortopedia Oncologica, Ortopedia Pediatrica e dell'Arto superiore – e lo sviluppo di funzioni già riconosciute allo IOR, su cui la Regione sta impostando PDTA specifici e di cui l'Istituto deve rappresentare un riferimento clinico-

¹¹ Secondo quanto previsto dal progetto approvato a livello di AVEC e già in parte formalizzato in ambito metropolitano con la più recente delibera n.116 dell'AUSL di Bologna del 27.2.2015, recepita dallo IOR.

¹² V. Atto Aziendale IOR – la mission.

scientifico, come nel caso delle “Infezioni delle protesi articolari” e dei “Sarcomi ossei e delle parti molli”.

Come anticipato al cap. 2, a seguito dell’Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Sicilia, siglato nel 2010, lo IOR ha siglato un Accordo con la Regione Sicilia per l’istituzione del Dipartimento Rizzoli-Sicilia a Bagheria (PA), che dal 2011 ha avviato l’attività ambulatoriale e di degenza ortopedica e fisiatrica, “importando” l’eccellenza che caratterizza il nostro istituto e concorrendo così all’obiettivo della regione Sicilia di ridurre la mobilità sanitaria verso le regioni del nord. Nel 2015 è prevista la ridefinizione dell’Accordo tra le due Regioni e quello tra lo IOR e la Regione Sicilia, che dovranno definire l’assetto del Dipartimento e le funzioni assistenziali, di ricerca e formazione da esso esercitate.

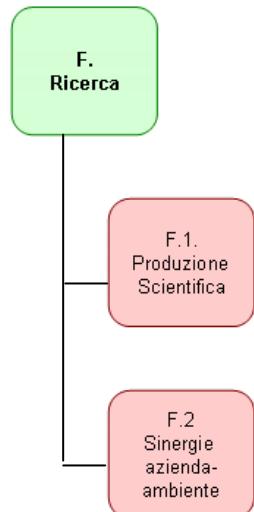
La partnership con le Aziende dell’Area Vasta Emilia Centro (AVEC) e dell’Area Metropolitana di Bologna è esercitata attraverso tavoli di coordinamento delle Direzioni le cui decisioni, assunte in linea con le Linee di Programmazione regionali, si concretizzano nelle sinergie già poste in essere volte alla migliore risposta ai bisogni di salute della popolazione – quali il Piano Ortopedico Metropolitano – ed alle azioni di unificazione in corso di realizzazione e citate nel presente documento (LUAV, TUAV, Servizi Amministrativi di Area Metropolitana).

Altro elemento qualificante le relazioni istituzionali dello IOR è il rapporto con l’Università degli Studi di Bologna, di cui si tratta in seguito (v. dimensione dell’insegnamento) e il rapporto che si sta instaurando con gli altri IRCCS della Regione, con l’obiettivo di costituire una piattaforma comune dotata di tecnologie e know-how unico nel panorama regionale, al servizio della ricerca di tutto il SSR, favorendo le economie di scala su settori superspecialistici, condividendo competenze altamente qualificate difficilmente riproducibili e generando relazioni proficue allo scambio di idee innovative.

Si rimanda infine al paragrafo successivo (performance della Ricerca), la trattazione delle strategie IOR relative ai rapporti con gli IRCCS della Regione Emilia-Romagna, e alle partnership pubblico-privato con il sistema-industria.

F. Dimensione di performance della ricerca

Ob.vi DG 1.5., 2.7.



F.1. Area della produzione scientifica

Lo IOR negli anni recenti ha avuto un trend di produzione scientifica in costante aumento, sebbene i competitor nazionali ed internazionali siano in aumento e il processo di review delle pubblicazioni nelle migliori riviste scientifiche sia sempre più complesso.

Nonostante le ridotte dimensioni, lo IOR è infatti posizionato tra i primi dieci IRCCS per quanto riguarda la produzione scientifica, come confermano i dati pubblicati annualmente dal Ministero della Salute. Principalmente in base ad essi, infatti, il Ministero provvede a ripartire i finanziamenti annuali per la ricerca corrente.

Obiettivo del triennio è quindi il mantenimento della produzione scientifica sia in termini di numero di Pubblicazioni, sia in termini di *Impact Factor*, principale indicatore della produzione scientifica. Questo sarà possibile anche supportando i professionisti – attraverso il lavoro dell'Infrastruttura a supporto della Ricerca - nella “trasformazione” dell’idea progettuale in risultati scientifici.

F.2. Area delle sinergie azienda-ambiente:

All’attività di ricerca traslazionale¹³, l’Istituto ha affiancato negli ultimi anni un forte impegno in termini di partecipazione a progetti di innovazione e trasferimento tecnologico, culminato con l’adesione alla Rete Regionale dell’Alta Tecnologia dell’Emilia-Romagna attraverso il Dipartimento Rizzoli RIT-*Research Innovation & Technology*, che svolge attività di ricerca a ricaduta industriale.

Il Dipartimento è stato costituito per sviluppare ricerca industriale e trasferimento tecnologico nelle filiere produttive più rilevanti della RER, contribuendo, quindi, alla capacità di innovazione competitiva delle imprese emiliano-romagnole. Il Dipartimento dal 2010 ad oggi si è strutturato con 6 Laboratori, la cui attività di ricerca industriale è stata presentata in Regione con un report conclusivo. A partire dal 2016, il Dipartimento dovrà conseguire l’obiettivo della sostenibilità ed autonomia economico-finanziaria, come prevista nell’accordo siglato con la Regione nell’ambito del progetto “Rete regionale dell’Alta Tecnologia” finanziato con fondi POR-FESR.

L’obiettivo potrà essere raggiunto attraverso:

- a) il conseguimento di finanziamenti regionali (bandi indetti dalla RER od altre Regioni con l’utilizzo di fondi strutturali europei finalizzati alla competitività industriale), nazionali (MIUR, MinSal) ed internazionali (bandi Horizon 2020);
- b) il potenziamento dei contratti con le imprese, attraverso la fornitura di servizi e di consulenze professionali;
- c) la prototipizzazione di nuovi prodotti e processi, da sottoporre a brevettagione e successiva cessione all’impresa per le fasi di industrializzazione e commercializzazione.

Nel triennio stesso, si valuterà la capacità del Dipartimento di effettuare attività di ricerca a ricaduta industriale e attività di sviluppo di nuovi prodotti e processi, anche con potenziale brevettagione e cessione all’impresa, o la possibilità di promuovere *spin-off* o *start-up* industriali, anche in collaborazione pubblico-privato.

¹³ Per Ricerca traslazionale si intende la trasformazione dei risultati della ricerca scientifica in applicazioni cliniche.

Al fine di favorire l'integrazione tra clinica e ricerca, la valorizzazione commerciale degli esiti inventivi e l'interfaccia con il mondo delle imprese per la ricerca commissionata, lo IOR ha costituito l'Infrastruttura a supporto della Ricerca e Innovazione¹⁴.

Con l'obiettivo di accedere a nuove occasioni di finanziamento e di rafforzare l'attività di ricerca e sviluppo in collaborazione con imprese del settore biomedicale, l'Istituto ha messo in campo negli ultimi anni una pluralità di azioni volte a strutturare nuovi network: la collaborazione con l'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, le Università e gli altri IRCCS regionali per la realizzazione di progetti dell'area di programma "Governance della ricerca" e la partecipazione a research network a livello nazionale ed internazionale, finalizzati anche alla partecipazione al programma europeo "Horizon 2020".

La partecipazione a network di ricerca e diffusione di sapere scientifico biomedico avviene sotto diverse forme: dalla partecipazione a progetti di ricerca finanziati dall'Unione Europea, sino a scambi tra ricercatori e periodi di frequenza presso centri di ricerca ed ospedali d'eccellenza internazionali; dalla partecipazione all'editorial board di riviste scientifiche internazionali alla promozione e/o partecipazione a società scientifiche nazionali ed internazionali.

Nel corso del 2014 si è avviato un percorso di collaborazione tra lo IOR e gli altri IRCCS della Regione Emilia-Romagna, volto al creare sempre maggiori sinergie tra gli stessi e creare una Rete in grado di proporsi quale Piattaforma di supporto per la Ricerca per le Aziende Sanitarie della Regione.

G. Dimensione di performance dell'insegnamento (teaching)

Ob.vi DG 1.5., 2.7.

Area Qualità dei processi e Area della Competitività: lo IOR quale Teaching Hospital

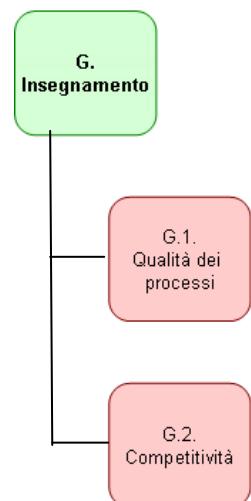
Lo IOR è un grande centro di ricerca e luogo di creazione del sapere scientifico. Per continuare ad essere leader nazionale, è importante capitalizzare le conoscenze e garantirne il rinnovamento, al fine di non perdere l'*appeal* che tuttora lo rende il più importante attrattore di ricercatori in campo ortopedico.

Per questo occorre condividere incisive strategie volte ad individuare nuovi talenti (*scouting*), promuoverne lo sviluppo e prevenire il fenomeno della "fuga dei cervelli", che colpisce alcune aree della Ricerca a livello nazionale.

Questo aspetto non riguarda unicamente la componente universitaria e di ricerca, ma è obiettivo che coinvolge tutti i professionisti dell'IRCCS.

Uno degli elementi che caratterizzano il Rizzoli quale *teaching hospital* è la sua capacità di attrarre studenti medici e ricercatori provenienti da diversi Paesi del mondo, per l'eccellenza perseguita in ambito didattico e formativo.

Le attività assistenziali e di ricerca dello IOR si caratterizzano infatti anche per la stretta collaborazione con l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, con cui lo IOR ha siglato l'Accordo Attuativo Locale (rinnovato recentemente) ai sensi del Protocollo di Intesa Regione-Università. L'Accordo qualifica l'Istituto quale sede della formazione in ambito ortopedico e riabilitativo per l'Università di Bologna nell'ambito dei corsi di Laurea Magistrale della Facoltà di



¹⁴ In linea con quanto previsto dalla DGR RER 1066/2009.

Medicina e Chirurgia, dei corsi di laurea delle Professioni Sanitarie e di Scienze Motorie, come pure delle scuole di specializzazione medica.

L'Istituto è "sede degli insegnamenti del triennio clinico svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso la Azienda di riferimento del corrispondente Ateneo": presso lo IOR sono infatti svolti in forma esclusiva gli insegnamenti in ambito ortopedico anche del triennio clinico per l'Università di Bologna.

In questo contesto l'Istituto favorisce il trasferimento delle conoscenze agli studenti attraverso modelli organizzativi consolidati e lo sviluppo di metodiche innovative e di alta specializzazione relative alla patologia muscolo-scheletrica.

Infine, una delle iniziative di *networking* promosse dalla Direzione Scientifica è la realizzazione di *lectures* scientifiche tenute da importanti nomi del panorama internazionale della ricerca, non solo in ambito ortopedico. L'idea di organizzare un ciclo di incontri con i protagonisti della ricerca biomedica internazionale presso lo IOR è nata dalla volontà di stimolare la collaborazione tra specialisti di alto livello, offrendo opportunità di scambio di idee e conoscenze, per comprendere ed indagare a fondo le novità e i progressi della scienza.

4. LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Ob.vi DG 2.7.

L'Allegato B delle "Linee Guida per lo sviluppo del Sistema Aziendale di Valutazione Integrata del Personale degli Enti ed Aziende del SSR della Regione Emilia Romagna" individua il significato e lo scopo della valutazione, i principi e i componenti del sistema aziendale di valutazione nonché il processo e le tipologie della valutazione stessa.

Da una prima analisi degli strumenti aziendali a supporto del processo di valutazione, ed in linea con quanto indicato negli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione, si evincono le principali azioni che vedranno impegnato lo IOR per rispondere a quanto previsto nel succitato Allegato B. Tali azioni dovranno essere oggetto di un primo momento di riflessione con i principali attori del processo di valutazione, sui valori interiorizzati dall'organizzazione e dai professionisti, per riaffermare il senso di tale processo.

Obiettivi per il 2015 sono:

- l'aggiornamento delle schede di valutazione in uso, conseguente alle modifiche intercorse, con una particolare attenzione alla formazione dei valutatori;
- la redazione della *Guida alla valutazione aziendale* del personale, elaborata da gruppi di lavoro interprofessionali, rendendo coerenti gli strumenti in uso allo spazio strategico in cui lo IOR si colloca ed al contesto normativo.

È opportuno predisporre contestualmente l'analisi dei dati già presenti nelle procedure aziendali, valutando come aggregare gli elementi indispensabili alla *costruzione dei dossier curriculari individuali* e valorizzando quanto presente nel repertorio delle competenze.

Obiettivo per il 2016 è l'implementazione della *job description* e la valutazione delle competenze individuali, in particolare in relazione ai comportamenti organizzativi.

In allegato 2 al presente Piano si riporta un documento di sintesi dei percorsi valutativi in essere, relativamente alle verifiche periodiche correlate all'incarico ricoperto/anzianità maturata.

5. COLLEGAMENTO CON TRASPARENZA E INTEGRITÀ'

Al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui alla L. 190/2012, sono stati aggiornati il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) e il Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità (PTTI) 2015 -2017, nel rispetto delle scadenze imposte dal legislatore. Si è inoltre provveduto all'invio all'Autorità Nazionale Anticorruzione del file generato in formato XML all'indirizzo di posta elettronica certificata dedicato.

Il PTPC 2015–2017 intende dare attuazione, in considerazione del principio dell'integrazione documentale, ad una maggiore coerenza tra le tematiche comuni sviluppate nei documenti del Piano della Performance, del PTTI, del PTPC sia in termini di obiettivi sia in termini di processo e di modalità di sviluppo dei contenuti. E ciò anche in considerazione delle indicazioni fornite dall'Organismo Indipendente di Valutazione, laddove con propria deliberazione n. 1/2014 si richiama che "... *le recenti indicazioni operative dell'ANAC ai fini dell'avvio del Ciclo di gestione*

della Performance 2014-2016, sottolineano la necessità di integrazione con il ciclo di Gestione della Performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione ...".

Nel PTPC dello IOR sono riportati le strategie da intraprendere nel triennio 2015-2017, gli indicatori, gli standard e gli attori coinvolti nei processi oggetto di monitoraggio. Gli obiettivi del PTTI e del PTCP sono richiamati al seguente link della pagina Internet dello IOR:
http://www.ior.it/sites/default/files/PianoCorruz_Trasparenza_30gen2015.pdf

Il Responsabile Trasparenza e Integrità dovrà monitorare l'avvenuto aggiornamento delle pubblicazioni della pagina "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" da parte dei Responsabili e i Referenti interessati alle pubblicazione.

Le sinergie delle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

La Regione Emilia Romagna con nota PG 2013 – 0158950 del 2/07/2013 ad oggetto: "Disposizioni in materia di trasparenza nelle Aziende e negli Enti del SSR – Applicazione del D. Lgs 33/2013" afferma che le amministrazioni del SSR nell'ambito dei processi di integrazione delle funzioni amministrative e per razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie possono nominare il Responsabile della Trasparenza e integrità a livello provinciale o per Area Vasta e che detto Responsabile può essere incaricato anche a svolgere le funzioni di Responsabile della Prevenzione della corruzione.

Alla luce delle suddette indicazioni, le Aziende sanitarie dell'area Vasta Emilia Centro (AVEC) hanno attivato un Tavolo permanente al fine di favorire forme di armonizzazione tra le funzioni di trasparenza e di prevenzione della corruzione delle aziende dell'AVEC.

Infine, lo IOR ha individuato già nel corso del 2014 la rete dei referenti che collaborano con il Responsabile Aziendale nel raggiungimento degli obiettivi descritti nel PTPC e nel PTTI, per l'aggiornamento della mappatura dei rischi, così come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione e l'individuazione di misure idonee a prevenire, contenere e limitare le condotte corruttive.

6. GLI INDICATORI DI RISULTATO

A. Indicatori di performance della produzione

A.1. Area efficienza dei processi:

- *Riorganizzazione Processi chirurgici:*
 - degenza media preoperatoria per ricoveri programmati di cittadini residenti in RER (STD: DM Preoperatoria anno 2015 < DM Preoperatoria 2014);
 - DRG potenzialmente inappropriati (DRG medici dimessi da reparti chirurgici – escluso pz. pediatria e oncologia);
- *Riorganizzazione dei Servizi Amministrativi di Area Metropolitana:* definizione dell'assetto organizzativo, individuazione delle responsabilità e delle deleghe, definizione e standardizzazione dei nuovi processi amministrativi integrati.

A.2. Area produttività delle risorse:

- Indice di attrazione da fuori regione (std: \geq al 50% su casi programmati).

B. Indicatori di performance della qualità

B.1. Area Centralità del paziente:

- % pazienti anziani con frattura femore operati entro 48h dall'accesso in Pronto Soccorso ($> 80\%$ STANDARD PNE ; $> 75\%$ STANDARD RER 2014);
- Tempi di attesa per intervento chirurgico tibia-perone ($<$ media nazionale; standard PNE);
- presa in carico del paziente oncologico: completamento fase diagnostica e eventuale inizio trattamento (entro 30gg).

B.2. Area Qualità Organizzativa (Sicurezza):

- *Risk management:* realizzazione di 1 Audit *Gestione del rischio Clinico* in ogni Unità Operativa e realizzazione azioni di miglioramento;
- Indicatori rischio infettivo:
 - Monitoraggio appropriatezza utilizzo antibiotici (miglioramento rispetto al trend attuale).

C. Indicatori di performance della sostenibilità

C.1. Area della sostenibilità economico-finanziaria

- Rispetto degli standard relativi ai tempi di pagamento dei fornitori definiti dalla normativa;

- Rispetto della percentuale di adesione agli acquisti effettuati tramite IntercentER e il Servizio Acquisti Metropolitano, secondo il Master Plan triennale di IntercentER.

C.2. Area Investimenti

- Ottimizzazione dei consumi (Energy management) e realizzazione degli interventi di efficientamento e risparmio energetico;
- Adeguamento alla fatturazione elettronica attiva e passiva;
- % di realizzazione del piano investimenti (n.ro interventi realizzati/n.ro interventi pianificati ; valore interventi realizzati/valore int. pianificati).

D. Indicatori di performance dello sviluppo organizzativo

D.1. Area del Capitale intellettuale

In coerenza con quanto previsto per la valutazione del Piano Aziendale della Formazione (PAF), gli indicatori oggetto di monitoraggio del presente piano sono i seguenti:

- N. eventi realizzati/ N. eventi programmati (std: > 75%);
- Realizzazione di almeno un'attività formativa condivisa dalle aziende appartenenti all'AVEC sui processi oggetto di unificazione;

Indicatore di riferimento dell'attuazione delle strategie di ridefinizione degli assetti organizzativi di cui al cap. 3 (area D.1) è inoltre:

- L'individuazione di nuovi ruoli delle professioni sanitarie ("Bed facilitator", "Nurse charge", "Tutor clinico").

D.2. Area del Capitale organizzativo (qualità dei sistemi gestionali):

- Sistema di gestione della Qualità: mantenimento dell'Autorizzazione e dell'Accreditamento delle Strutture Sanitarie secondo i nuovi requisiti, della Certificazione ISO dei Laboratori di Ricerca e dell'Accreditamento industriale del Dipartimento Rizzoli RIT;
- Accreditamento della funzione di provider e Governo della Formazione.

E. Indicatori di performance dell'innovazione

E.1. Area dell'innovazione di processo e di prodotto:

- Unificazione Servizio Trasfusionale:
 - Trasferimento esami di routine c/o SIMT OM;
 - Adesione alle nuove linee guida per l'appropriatezza dell'autotrasfusione;
- Radiologia Interventistica:
 - aumento dei casi trattati con MRgFUS, relativi agli studi clinici approvati dal Comitato Etico, avviati nel 2013;
 - sviluppo di nuovi studi clinici che prevedono l'utilizzo della MRgFUS;
- Avvio dei progetti di Ricerca che prevedono l'utilizzo della Risonanza Magnetica 3 Tesla.

E.2. Area delle partnership:

- Costituzione della Rete degli IRCCS regionali per lo sviluppo sinergico della ricerca traslazionale;
- Mantenimento e sviluppo del coinvolgimento dell'Istituto nelle grandi piattaforme di ricerca europee in diversi ambiti quali le biobanche la medicina traslazionale, i trial clinici e la condivisione dei dati scientifici e clinici integrati (BBMRI, EATRIS, ECRIN, ELIXIR etc.);
- Ridefinizione dell'Accordo con la Regione Sicilia.

F. Indicatori di performance della ricerca

F.1. Area della Produzione Scientifica:

- Impact Factor (normalizzato);
- N. pubblicazioni;
- N. medio di pubblicazioni per ricercatore.

F.2. Area delle sinergie azienda-ambiente:

- N. progetti di ricerca finalizzata approvati / N. progetti di ricerca presentati a Bandi di RF (misurato nel triennio in relazione all'uscita dei Bandi e alle tematiche di riferimento)
- Partecipazione imprese: Numero di commesse e progetti di ricerca in cui sono coinvolte imprese (Large e SMEs).

G. Indicatori di performance dell'insegnamento (teaching)

Area della qualità dei processi e area della competitività: il teaching hospital

Gli indicatori relativi alle due aree sono assolutamente integrati e complementari e riferiscono ad entrambe le aree (Qualità dei processi e Competitività):

- N. convenzioni attive con Università ed altri enti di Formazione;
- N. studenti/ricercatori provenienti da altri Paesi;
- N. specializzandi (distinti per anno, corso, professione);
- N. Tutor dedicati ai Corsi di Laurea e ai Master per le Professioni Sanitarie
- Partecipazione a progetti internazionali di formazione nei corsi di Laurea, nella formazione specialistica e nei percorsi di dottorato di ricerca.

7. ALLEGATI

È allegato al presente documento uno schema di sintesi dei Percorsi valutativi in essere relativamente alle verifiche periodiche correlate all'incarico ricoperto/anzianità maturata (rif. cap. 4).

DOCUMENTO DI SINTESI DEI PERCORSI VALUTATIVI IN ESSERE RELATIVAMENTE ALLE VERIFICHE PERIODICHE CORRELATE ALL'INCARICO RICOPERTO/ANZIANITA' MATERATA

Processo Valutativo	Ruolo struttura tecnica o amministrativa di supporto	Valutatore prima istanza	Valutatore seconda istanza	Concorrenza dei risultati di budget annuali/ruolo O.V.	Documenti di riferimento
Valutazione di fine incarico dirigenziale	<p><i>Il Settore Verifiche Dirigenti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • predisponde ed invia ai singoli dirigenti le schede di autovalutazione che devono essere compilate dal dirigente valutato e dal valutatore di I istanza • raccoglie e organizza il materiale istruttorio necessario al Collegio Tecnico (crediti ECM, esiti obiettivi di budget, valutazione di risultato ricerca, sinistri/contenziosi, segnalazioni Direzione Sanitaria e Scientifica, procedimenti disciplinari, ecc.) <p><i>(la scheda individuale annuale relativa ad obiettivi specifici di attività correlati al percorso di budget, con effetti sulla retribuzione incentivante , integra la documentazione per il Collegio Tecnico)</i></p>	<p><i>Individuazione:</i></p> <p>Area Assistenza-Ricerca per i dirigenti <u>non responsabili</u> di SSD o SC: il Direttore o Responsabile dell'U.O.</p> <p>per i Dirigenti responsabili di SSD o SC: il Direttore di Dipartimento *</p> <p>* Nel caso il valutato sia direttore di struttura complessa e di dipartimento, valutatore di I istanza sarà il direttore di un altro dipartimento</p> <p>Servizi Amministrativi e Generali:</p>	<p>Collegio Tecnico di Verifica <i>composizione:</i></p> <p>Area Ricerca ed Assistenza Presidente: Direttore Dipartimento di afferenza componenti: Direttore Scientifico e Direttore Sanitario</p> <p>Le verifiche dei dirigenti che hanno avuto il direttore di dipartimento come valutatore di I istanza vengono valutate dal collegio tecnico di cui è presidente l'altro direttore di</p>	<p>La documentazione validata dall' Organismo di valutazione aziendale inerente il raggiungimento degli obiettivi di budget annuali</p> <p>(scheda di riepilogo del raggiungimento degli obiettivi per ogni singola U.O.) viene inviata al Settore verifiche dirigenti annualmente, a conclusione delle verifiche di budget.</p> <p>I dati percentuali relativi ai tre/cinque anni soggetti a verifica vengono trascritti nelle schede dei singoli dirigenti indicate al verbale del Collegio Tecnico.</p>	<p>E' in via di revisione la procedura inerente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ schede di autovalutazione ○ la composizione dei collegi tecnici ○ il manuale operativo interno del Settore Verifiche. <p>a seguito del nuovo accordo, siglato con le organizzazioni sindacali rappresentative, inerente i criteri di valutazione e a seguito della creazione del Dipartimento amministrativo e tecnico</p>

		<p>per i Dirigenti <u>non responsabili</u> di SSD o SC : il Direttore o Responsabile dell’U.O.</p> <p>Per i Dirigenti <u>responsabili</u> di SSD o SC : il Direttore DAT</p> <p>Staff del DG Tutti indipendentemente dall’incarico : il Direttore dello Staff</p> <p>Direzione Sanitaria Tutti indipendentemente dall’incarico: il Direttore Sanitario</p>	<p>dipartimento presente in istituto</p> <p>Servizi Amministrativi, Generali, Staff del DG, Direzione Sanitaria</p> <p>Presidente: Direttore Amministrativo</p> <p>componenti: direttore Scientifico direttore sanitario</p> <p>In caso uno dei direttori sia anche valutatore di I istanza, viene messo a verbale che si astiene dall’esprimere un giudizio in sede di valutazione di II istanza.</p>		
Valutazione anzianità esclusività 5 anni	idem	idem	idem	idem	idem

Valutazione incarico esclusività 15 anni	idem	idem	idem	idem	idem
Valutazione Posizione Organizzativa del Comparto annuale	SGRU effettua il monitoraggio delle scadenze e inoltra le schede di valutazione al valutatore <i>(la scheda individuale annuale relativa ad obiettivi specifici di attività correlati al percorso di budget, con effetti sulla retribuzione incentivante, supporta la documentazione per il valutatore)</i>	Direttore/Dirigente Responsabile	Collegio tecnico di garanzia: verifica la regolarità formale delle schede e la congruità delle metodologie e delle procedure definite nel disciplinare PO con eventuale attivazione del contraddittorio , in caso di valutazione negativa.	L'Organismo di valutazione è coinvolto nell'iter procedurale di verifica in caso di valutazione negativa, nonché nella verifica annuale degli obiettivi assegnati.	Disciplinare per l'attribuzione e la valutazione delle prestazioni del personale del comparto titolare di posizione organizzativa. Schede di valutazione individuali
Valutazione Posizione Organizzativa del Comparto triennale/a scadenza	SGRU effettua il monitoraggio delle scadenze e inoltra, nel trimestre precedente la scadenza medesima, le schede di valutazione al valutatore <i>(la scheda individuale annuale relativa ad obiettivi specifici di attività correlati al percorso di budget, con effetti sulla retribuzione incentivante, integra la documentazione per il valutatore)</i>	Direttore/Dirigente Responsabile	Collegio tecnico di garanzia: verifica la regolarità formale delle schede e la congruità delle metodologie e delle procedure definite nel disciplinare PO con eventuale attivazione del contraddittorio , in caso di valutazione negativa.	L'Organismo di valutazione è coinvolto nell'iter procedurale di verifica in caso di valutazione negativa, nonché nella verifica annuale degli obiettivi assegnati.	Disciplinare per l'attribuzione e la valutazione delle prestazioni del personale del comparto titolare di posizione organizzativa. Schede di valutazione individuali
Valutazione funzioni di coordinamento sanitario	SGRU effettua il monitoraggio delle scadenze e inoltra le	Dirigenti delle professioni	Direttore SAITER	L'Organismo di valutazione è coinvolto nell'iter	Documento di valutazione funzione di

Allegato 1 – Piano della Performance IOR 2015-2017

(annuale e di fine incarico)	<p>schede di valutazione al valutatore</p> <p><i>(la scheda individuale annuale relativa ad obiettivi specifici di attività correlati al percorso di budget, con effetti sulla retribuzione incentivante, integra la documentazione per il valutatore)</i></p>	<p>sanitarie/delegato del Direttore SAITER</p> <p>(in caso di :</p> <ul style="list-style-type: none"> -prima valutazione annuale insufficiente si invia la scheda anche al Collegio Tecnico di Garanzia -valutazione completamente insufficiente si attiva il Collegio tecnico di garanzia) 	<p>(in caso di valutazione di fine incarico si invia la scheda del valutato compilata anche al Collegio Tecnico di garanzia per la verifica della corretta applicazione delle procedure)</p>	<p>procedurale di verifica in caso di valutazione annuale completamente insufficiente o in caso di reiterata valutazione insufficiente</p>	<p>coordinamento – area sanitaria, allegato del verbale di concertazione del 24.01.2013 (siglato con le organizzazioni sindacali rappresentative)</p> <p>artt. 7 e 8 disciplinare per l'attribuzione e la valutazione delle prestazioni del personale del comparto titolare di posizione organizzativa.</p>
------------------------------	---	---	---	--	---