

NOTA INTEGRATIVA AL BILANCIO DI MISSIONE E RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2014

Rendicontazione del grado di raggiungimento degli obiettivi strategici

L'attività illustrata attraverso il Bilancio di Missione riguarda l'analitica rappresentazione, in termini quantitativi e qualitativi, dei singoli ambiti operativi attraverso i quali l'azienda è strutturata per il perseguimento dei propri fini istituzionali e degli obiettivi strategici periodicamente assegnati. L'anno 2014 si è presentato un anno particolarmente impegnativo, per gli stringenti obiettivi di sostenibilità programmati a livello di sistema, a parità di qualità delle prestazioni erogate. Mantenere, ed anzi per molti aspetti migliorare, i servizi sanitari, pur in un contesto di risorse limitate, richiede continui e profondi interventi di razionalizzazione ed efficientamento del modo con cui sono affrontati i bisogni assistenziali più complessi e le aspettative dei cittadini, come anche riguardanti la configurazione delle reti ospedaliere e territoriali e il ridisegno degli ospedali in funzione dell'intensità dei bisogni assistenziali dei pazienti. Su questi ambiti, nel 2014, l'Azienda ha proseguito nel percorso di riorganizzazione già iniziato negli anni precedenti, ridefinendo la propria dotazione di posti letto, la qualificazione dei propri plessi ospedalieri e la struttura dei dipartimenti. Parallelamente si è accelerato nel percorso di integrazione aziendale a livello di Area Vasta e Area Metropolitana, attraverso accentramento di alcune funzioni amministrative, logistiche e di supporto e nello sviluppo delle reti cliniche. La Sezione 7 del Bilancio di Missione illustra in modo dettagliato i vari processi di integrazione posti in essere e il loro grado di realizzazione.

Processi di riorganizzazione che hanno visto coinvolte tutte le varie componenti aziendali. D'altronde, occorre evidenziare, che per raggiungere gli effetti desiderati, è necessario un elevato livello di partecipazione professionale, in termini, non solo di produzione ma anche in termini di ridefinizione di percorsi assistenziali, di riformulazione dei ruoli e delle competenze professionali.

L'anno 2014, seppur con tutte le difficoltà, si chiude, sia sul fronte della sostenibilità economico-finanziaria che anche dal punto di vista della quantità e qualità dei servizi erogati, in maniera positiva e soddisfacente.

Di seguito si riportano, sinteticamente, i principali obiettivi, che hanno caratterizzato l'azione dell'azienda nel corso del 2014 e trovano nel documento una più dettagliata illustrazione.

Vincolo dell'equilibrio di Bilancio e Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di Bilancio

L'AUSL di Imola, anche nel 2014, ha garantito il vincolo di equilibrio di bilancio posto dalla Regione. Per quanto riguarda gli aspetti di contabilità ha dato attuazione al D.lgs. 118 del 23/6/2011, avente ad oggetto "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e*

degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42” avviando il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dal Patto per la Salute 2010-2012.

In merito al Percorso di Attuazione alla Certificabilità (PAC) dei Bilanci, la Regione Emilia Romagna, con DGR 865/2013, ha approvato il PAC ai sensi del Decreto Ministeriale del 1 marzo 2013. L'AUSL di Imola ha recepito il PAC approvato dalla Regione Emilia Romagna con propria delibera del Direttore Generale n. 147 del 29.10.2013.

In continuità con l'esercizio 2013, nell'esercizio 2014, l'AUSL di Imola ha inserito nel proprio percorso di Budget gli obiettivi conseguenti agli adempimenti previsti nel cronoprogramma del PAC (obiettivi individuati per area tematica entro i termini previsti dalla Regione).

La Regione, con nota prot. PG/2014/3638 del 08/01/2014 avente ad oggetto "*PAC- presentazione Linee Guida Regionali*", ha trasmesso le prime linee guida regionali con riguardo alle seguenti aree contabili: modello di procedura PAC, di Istruzione Operativa e Sussidio per la compilazione delle procedure; linee Guida Patrimonio Netto; linee Guida Area Rimanenze; linee guida al regolamento di budget. Tali documenti hanno costituito il principale riferimento per l'elaborazione delle procedure amministrativo-contabili adottate nel 2014. Il percorso seguito è stato il seguente:

1. Costituzione dei gruppi di lavoro aziendali per la redazione delle singole procedure amministrativo-contabili i cui componenti sono stati scelti dal Responsabile del PAC, direttore dell'Unità Contabilità e Finanza, così come definito nella delibera del DG n. 147 del 29.10.2013.
2. Elaborazione delle procedure amministrativo contabili secondo un modello di procedura PAC che ricalca quanto previsto dalle linee guida regionali.
3. Elaborazione delle procedure amministrativo contabili in linea con i contenuti delle linee guida regionali e tenuto conto dell'attuale organizzazione aziendale.
4. Deliberazione aziendale avente ad oggetto l'individuazione delle procedure amministrativo-contabili in applicazione del percorso attuativo della certificabilità, ai sensi del DM 1 marzo 2013 e per ciascuna procedura l'individuazione del responsabile della procedura e del dirigente incaricato della verifica con le funzioni e la qualifica ricoperta.
5. Pubblicazione di tutte le procedure amministrativo-contabili indicate in delibera sulla piattaforma DOCWEB aziendale. L'azienda ha scelto di utilizzare il medesimo software aziendale utilizzato per le procedure sanitarie.

Azioni per la qualità e la sostenibilità nelle cure primarie

Nel corso del 2014, l'AUSL di Imola ha proseguito il percorso di potenziamento e sviluppo dell'assistenza primaria attraverso l'avvio di progetti di medicina di iniziativa e presa in carico multiprofessionale del paziente affetto da patologie croniche nei Nuclei di Cure Primarie di Imola e Borgo Tossignano e nelle Case della Salute di Castel San Pietro Terme e Medicina.

L'avvio del progetto "*Presa in carico del paziente cronico complesso*" è stato negoziato nell'ambito dell'accordo integrativo locale con i medici di medicina generale, valevole per il biennio 2014 – 2015. Sempre nel 2014 il livello di responsabilità gestionale delle Case della Salute di Castel San Pietro Terme e di Medicina è stato attribuito ad un dirigente infermieristico. La responsabilità gestionale del dirigente infermieristico riguarda anche l'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme costituito da 28 posti letto di struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI), evoluzione della pre-esistente LDPARE, e da 12 posti letto di Hospice territoriale.

L'anno 2014 ha visto, inoltre, la prosecuzione della strutturazione dei modelli organizzativi integrati multi professionali e multidisciplinari, in coerenza agli indirizzi strategici ed alle indicazioni realizzative e di organizzazione funzionale - fornite dalla Regione Emilia Romagna con la DGR 291/2010 - della Casa della Salute di Castel San Pietro Terme classificata, sulla base dei servizi presenti, nello standard dimensionale medio e della Casa della Salute di Medicina classificata nello standard dimensionale piccolo.

Governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale

Come richiesto dal "Piano regionale di intervento straordinario per il contenimento dei tempi di attesa" l'azienda ha dato corso ad azioni sia a carattere di urgenza, sia di tipo strutturale, aventi come obiettivo l'incremento dei volumi erogati per le prestazioni critiche, la definizione degli ambiti di garanzia, l'apertura di agende di garanzia, la creazione di agende e percorsi destinati alla presa in carico e alla programmazione dei controlli. Tali azioni sono delineate nel "Piano aziendale per il contenimento dei tempi di attesa" presentato alla Regione il 14/11/2014.

Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza prescrittiva

Già dal 2011, anno in cui sono stati ridefiniti e condivisi, tra MMG e specialisti, i criteri di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, rivolti in particolare alle urgenze H24 ed alle urgenze differibili di tutte le discipline specialistiche presenti, presso l'AUSL di Imola viene effettuato il monitoraggio del rispetto dei criteri stessi.

Questa attività trova concretezza in un gruppo di lavoro composto dagli specialisti delle discipline più critiche (cardiologia, neurologia, pneumologia, gastroenterologia, radiologia tra esse) ed i rappresentanti della medicina generale. Nel periodo 2011-2013 sono state verificate circa 780 prescrizioni e di queste circa il 66% è stato in prima battuta valutato inappropriato. Il gruppo di lavoro, oltre a valutare il rispetto e l'eventuale necessità di revisione dei criteri di appropriatezza individuati, offre sul lato aziendale anche proposte per il miglioramento organizzativo dei percorsi.

Sono state recepite le indicazioni regionali in termini di appropriatezza prescrittiva nell'ambito dei percorsi senologici e del passaggio delle prestazioni di ricovero al regime ambulatoriale ex DGR 1108/2011. Quest'ultimo percorso si è ulteriormente ampliato con l'apertura della struttura dedicata Day surgery Polispecialistico a Castel San Pietro Terme.

Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica convenzionata nel 2014 è diminuita del -1,75%. Anche sul fronte dell'erogazione diretta l'azienda ha raggiunto l'obiettivo, registrando un incremento del 7,74% v/s l'obiettivo regionale di un incremento del 4,4%.

La Spesa Farmaceutica Territoriale (S.F.T.) pesata della AUSL di Imola, nel 2014, è inferiore a quella della media regionale di circa euro 4.

Diversamente, per quanto riguarda la Spesa della Farmaceutica Ospedaliera, Imola registra un trend di spesa in forte incremento rispetto alla media regionale. Ciò, per Imola, è dovuto sia all'aumento di spesa della Erogazione Diretta ex OSP2 (+20,9%), che di consumo interno (+15,8%).

Per quanto attiene l'incremento della spesa registrata per consumo interno, esso è dovuto a:

- farmaci oncologici per chemioterapia endovenosa, seppur effettuata sempre nel rispetto delle raccomandazioni regionali e/o delle deroghe autorizzate dalla CF-AVEC (Commissione Farmaci di Area Vasta Emilia Centro), ove previste;
- ranibizumab per somministrazione intravitreale.

Azioni di qualificazione dell'Assistenza Ospedaliera

L'AUSL di Imola ha completato, ad aprile 2014, la riorganizzazione della sede di Castel San Pietro Terme attivando la Casa della Salute e l'Ospedale di Comunità composto di residenza cure intermedie e Hospice. Le funzioni ospedaliere residue della sede di Castel San Pietro sono costituite da:

- day surgery polispecialistico che ospita le attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale di oculistica, chirurgia generale, ginecologia, urologia, ortopedia, analgesia;
- attività ambulatoriali di visita, diagnostica radiologica, ecografia e doppler.

In ambito chirurgico nel 2014 si è registrato una profonda riorganizzazione che ha visto oltre all'istituzione della U.O.C. di day surgery presso lo Stabilimento di Castel S. Pietro Terme, l'istituzione della U.O. di *Breast Unit* presso l'Ospedale di Imola e l'integrazione, a seguito di accordo interaziendale, della U.O. di Chirurgia Generale imolese con la U.O.C. di Chirurgia Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Orsola di Bologna.

Sempre in ambito chirurgico la centralizzazione dell'emergenza avviene tramite utilizzo del centro *hub* metropolitano, in particolare per emergenze vascolari, verso l'Azienda Ospedaliera S. Orsola di Bologna; ciò a seguito della sottoscrizione di apposita convenzione per la branca specialistica di chirurgia vascolare. In ambito ortopedico la centralizzazione dell'emergenza avviene nell'ambito dei protocolli 118 per i politraumi.

Per quanto attiene l'organizzazione dei servizi intermedi, l'AUSL di Imola partecipa al tavolo metropolitano e di Area Vasta Emilia Centro per la costituzione del laboratorio unico che, nel 2014, ha visto il completamento:

- della nuova sede allestita presso l'ospedale maggiore;

- della gara per l'acquisizione delle nuove apparecchiature, condizioni indispensabili e preliminari alle fasi di centralizzazione.

Entro il 2015 inizierà la centralizzazione degli esami di laboratorio provenienti da Imola; procedura di centralizzazione che si completerà secondo i programmi concordati nei tavoli interaziendali.

L'AUSL di Imola, inoltre, partecipa attivamente ai piani di riorganizzazione in materia di "Piano Sangue", predisposti in area vasta.

Sicurezza delle cure

L'AUSL di Imola ha attuato quanto previsto dalla DGR della Regione Emilia Romagna n. 318/2013 ad oggetto "*Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici*", in cui si impegnano le Aziende Sanitarie a dare attuazione a quanto stabilito da dette linee guida.

L'AUSL di Imola, con la Delibera DG n. 58/2014 ha provveduto a modificare l'assetto organizzativo e le funzioni degli organismi e della rete di referenti/facilitatori deputati alla Gestione del Rischio Infettivo nell'azienda. In particolare, allo scopo di armonizzare l'assetto organizzativo a quanto indicato dalle suddette linee guida sono state riviste le modalità di Gestione del Rischio Infettivo, garantendo:

- l'integrazione delle attività del rischio infettivo nell'ambito della funzione aziendale di gestione del rischio, in modo da avvalersi di tutte le competenze e ottimizzare l'uso delle risorse;
- l'integrazione delle attività di controllo del rischio infettivo tra ospedale e territorio e Dipartimento di Prevenzione;
- l'integrazione delle attività di controllo mirate a prevenire la trasmissione di infezioni in ambito assistenziale e quelle mirate a promuovere l'uso responsabile di antibiotici;
- il coinvolgimento diretto degli organi preposti dell'azienda (Collegio di Direzione) nella definizione e validazione degli obiettivi strategici del programma annuale di intervento.

Sempre per quanto riguarda l'ambito della sicurezza delle cure , a livello aziendale, è proseguito il lavoro sui seguenti aspetti: prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie; indicazioni relative ad allontanamento di paziente da strutture sanitarie; linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica; prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0; prevenzione della violenza su operatore sanitario.

Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza residenziale per i dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, sono state recepite e applicate, a livello locale, le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- DGR 1830/2013 "Nuovi requisiti specifici residenze psichiatriche" (sostituiscono i requisiti di accreditamento della 327/2004);

- DGR 1831/2013 "Accordo con Legacoop e Confcooperative in materia di prestazioni residenziali erogate a favore delle persone inserite nelle residenze psichiatriche".

In particolare, coerentemente con la riorganizzazione per intensità di cura in corso, sono stati individuati numero e tipologia dei posti letto. Pertanto, con le deliberazioni del DG n. 158 del 4/11/2014 e n. 142 del 26/09/2014 è stata definita la tipologia delle Residenze come "*Residenze per Trattamenti Riabilitativi Bio-Psico-Sociali a Carattere Estensivo RTR-Estensiva*" e sono state adeguate le tariffe. Va sottolineato che la valutazione di appropriatezza dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali e la continua valorizzazione dei percorsi socio sanitari che utilizzano il *Budget di Salute* ha consentito la riduzione degli inserimenti residenziali, implementato l'utilizzo di questo strumento da parte di tutte le equipe del Centro Salute Mentale (CSM) della Psichiatria Adulti e l'adozione dello stesso anche per alcuni utenti delle Dipendenze Patologiche (DP) e della Neuro Psichiatria Infanzia Adolescenza (NPIA).

Lo sviluppo nell'area della Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza avviene in una logica di maggiore articolazione dei percorsi individuali privilegiando quelli a domicilio e favorendo l'integrazione nel territorio di appartenenza dei minori. Analoga la filosofia per l'utilizzo del *Budget di Salute* da parte delle Dipendenze Patologiche.

Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza alimentare e nutrizione

E' stata data attuazione ai piani nazionali e regionali in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, raggiungendo gli obiettivi prestazionali richiesti (indicatore: numero interventi realizzati su numero interventi programmati).

Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha programmato e formalizzato un piano di supervisione sull'attività di controllo ufficiale basato sull'attività strutturata di "*discussione di casi*", effettuata in piccoli gruppi, sulla base di standard definiti, documentata formalmente in termini di risultati e di proposte di miglioramento.

Il Servizio Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN), in attesa di dare applicazione alle Linee Guida regionali recentemente trasmesse alle aziende sanitarie, ha adottato il regolare svolgimento da parte del Dirigente Responsabile – quale attività prodromica alla effettuazione di una supervisione in campo – della verifica documentale su tutte le Schede Controllo Unico (SCU) prodotte nell'ambito delle attività svolte, con rilevazione delle non conformità in riferimento alla procedura Controlli, segnalazioni e discussione dei casi con gli operatori.

Sono stati adeguati, in cooperazione applicativa, i sistemi informatici in dotazione ed è stata assicurata la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per l'adeguamento dei sistemi informatici locali alle codifiche del "*Thesaurus*", dizionari "*Tipologia di impianti*" e "*Specie*".

Fin dall'inizio del 2014, il portale regionale acque potabili è stato implementato inserendo il 100% dei punti di prelievo (120 punti) dei 6 acquedotti presenti sul territorio ed è sempre stata utilizzata la modulistica generata dal portale per la trasmissione dei campioni di acqua potabile.

E' stata aggiornata e modificata la procedura per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti ed è stato superato l'*audit* svolto dalla Regione Emilia Romagna sulle modalità di gestione delle malattie trasmesse da alimenti, tenutosi a settembre 2014. La verifica e la valutazione della applicazione degli standard nutrizionali previsti dalla DGR 418/2012 è stata eseguita in sette menù scolastici, rispetto agli otto programmati (>80%).

Relativamente ai piani di gestione delle emergenze epidemiche veterinarie è stata revisionata la procedura di intervento sulla base dell'esperienza maturata sul campo in occasione dell'emergenza epidemica di influenza aviaria del 2013 (indicatore: verbale riunioni).

Governo delle risorse umane

Nel corso del 2014 si è proceduto con azioni di integrazione dei servizi generali in continuità con l'anno precedente e in coerenza con i contenuti del "*Progetto per l'integrazione delle funzioni tecnico amministrative di AVEC*" approvato dal comitato dei direttori dell'Area Vasta Emilia Centro già nel 2013. A fronte di specifica richiesta regionale, nel 2014, si è proceduto ad una riprogettazione organizzativa dei Servizi Tecnici e dei Servizi di Ingegneria Clinica.

In particolare, è stato avviato un progetto sperimentale di riorganizzazione dell'Unità Operativa di Ingegneria Clinica attraverso l'integrazione delle attività di Informatica ed di Ingegneria clinica.

Per quanto riguarda i Servizi Tecnici, va detto che è attiva una convenzione tra AUSL di Imola ed Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna per il supporto tecnico a problematiche riguardanti impianti elettrici e tecnologie informatiche.

Per quanto riguarda l'unificazione del Servizio Patrimonio, alla luce degli orientamenti emersi negli incontri tenuti in Regione negli ultimi mesi del 2014, si è ritenuto realizzabile una unificazione delle gare relative alle alienazioni di immobili mentre, per quanto riguarda la gestione del patrimonio immobiliare, quali attività di locazione, comodati ecc. si è ritenuto di mantenere una stretta connessione con gli iter procedurali interni.

Sono proseguite, in continuità con il 2013, le seguenti azioni/indicazioni operative:

- blocco totale del turnover per il personale del ruolo amministrativo e professionale (dirigenza e comparto) con possibilità di richiesta deroghe per casi specifici;
- assunzioni a tempo indeterminato che devono rispettare criteri di invarianza di spesa rispetto al 2013 dando priorità al personale a tempo determinato da stabilizzare;
- assunzioni a tempo determinato che devono rispettare invarianza di spesa rispetto al 2012;
- lavoro atipico: invarianza di spesa rispetto al 2013. Sono escluse da tali previsioni le collaborazioni in qualunque forma finanziate con risorse esterne all'azienda.
- attuazione delle linee guida regionali in materia di attività libero professionale assicurandone il monitoraggio periodico.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Il processo di razionalizzazione e centralizzazione degli acquisti di beni e servizi nella Regione Emilia Romagna ha prodotto risultati importanti per la realizzazione di economie di scala funzionali al perseguimento della riduzione della spesa sanitaria. L'obiettivo principale è quello di ridurre al massimo gli acquisti a livello di singola azienda, potenziando ed incentivando gli acquisti centralizzati attraverso le Aree Vaste, Intercenter e Consip.

L'AUSL di Imola, già parte dell'Area Vasta Emilia Centrale, nel luglio 2013 ha centralizzato le procedure di acquisto aderendo al SAM (Servizio Acquisti Metropolitan) dell'AUSL di Bologna e delegando tutte le procedure di acquisto fino alla soglia di € 20.000,00.

Tale unificazione ha permesso un recupero di efficienza attraverso una gestione programmata delle attività contrattuali che ha garantito una maggiore unitarietà delle gare tra le aziende sanitarie aderenti al SAM e all'interno dell'Area Vasta, attraverso un allineamento dei prodotti e delle scadenze delle procedure. Come previsto nella delibera di programmazione per l'anno 2013, il ricorso a procedure unicamente aziendali è gradualmente diminuito ed utilizzato solo nei casi in cui i beni/servizi non siano compresi in gare di Area Vasta, Intercenter o Consip.

Le procedure aziendali, in ottemperanza al dettato normativo, sono state svolte attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche di Consip (MEPA) e di Intercenter con vantaggi procedurali, riduzione di costi e dematerializzazione di documenti e atti.

L'AUSL di Imola, inoltre, ha partecipato, in collaborazione con l'Area Vasta Centrale, alla predisposizione della programmazione triennale delle iniziative di gara a livello regionale Masterplan e nel corso del 2015 è prevista la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER).

Programma regionale gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile

La Giunta della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione n. 561 del 28.04.2014, ha ammesso l'AUSL di Imola alla fase sperimentale del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri a decorrere dal 01.05.2014. L'azienda, con deliberazione n. 64 del 15.05.2014, preso atto dell'adesione, ha nominato il Responsabile dell'attuazione del Programma (Direttore dell'U.O. Segreteria Generale e Affari Legali) rinviando a successivi provvedimenti la definizione delle procedure e competenze e prevedendo, con riferimento alle condizioni organizzative necessarie ai sensi della DGR 2079 del 29.12.2013, di predisporre gli adempimenti necessari per l'adeguamento anche delle risorse, tenendo conto della natura sperimentale del programma e dello stato dell'organico aziendale. E' stato, quindi, attivato un servizio legale di supporto nella gestione extragiudiziale dei sinistri per Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.), riferito ai sinistri rientranti nella sperimentazione aperti dal 01.05.2014 al 31.12.2014.

Con deliberazione DG n. 123 del 01.09.2014, infine, è stata rivista la composizione ed il relativo funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.), già istituito con deliberazione DG n. 178

del 13.12.2012, secondo le previsioni della DGR n. 1350 del 01.09.2012 ed in coerenza con la citata DGR 2079/2013.

Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

In applicazione delle disposizioni regionali l'AUSL di Imola ha attivato le seguenti azioni manutentive agli impianti e agli immobili, per un uso più razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale:

- ristrutturazione della centrale termica "Centro arcobaleno" di Casola Canina con sostituzione della caldaia ad alto rendimento e allacciamento alla rete metano (in sostituzione del gasolio);
- sostituzione generatore di calore e bruciatore nella centrale termica dell'ospedale di Castel San Pietro T. con tipo a condensazione;
- sostituzione di vetusti impianti di climatizzazione presso vari immobili aziendali (Farmacia, Anatomia patologica, direzione sanitaria, poliambulatori Castel San Pietro Terme) con impianti a gas ecologico R410 e macchine ad alta resa (VRV con inverter);
- sostituzione di parte delle tubazioni del cunicolo tecnologico dell'ospedale di Castel San Pietro Terme con nuove adeguatamente isolate e aderenti alle norme in grado di contenere le dispersioni di calore nei tragitti tecnologici;
- utilizzo di soluzioni innovative nella progettazione e realizzazione dei nuovi interventi di riqualificazione dei reparti e degli ambulatori.

E' stato richiesto un finanziamento Europeo, attraverso la Regione Emilia Romagna, per realizzare un ramo di TRI-generazione di energia introducendo un segmento di tele-raffrescamento presso l'Ospedale Civile Nuovo di Imola.

Si è aderito alla Convenzione "Verde" Consip denominata "*Facility Management 3*" che effettua la manutenzione periodica e ciclica degli edifici della Azienda, oltre all'adesione ad altre convenzioni Intercent-ER "*Verdi*" ed in particolare all'acquisto della energia primaria.

Si è proseguito con le attività, promosse dalla Regione, sulla sostenibilità ambientale, quali:

- monitoraggio e sensibilizzazione sullo spegnimento, fuori orario di servizio, dei PC aziendali, azioni di informazione, raccolta di segnalazioni tramite il progetto "*To spengo lo spreco*";
- monitoraggio dei consumi acqua e gas metano con la raccolta periodica dei dati di lettura contatori e trasmissione degli stessi al distributore per le corrette fatturazioni e monitoraggio stretto delle perdite o di eccessivi consumi;
- riduzione della spesa per l'acquisto della materia prima metano con la richiesta di applicazione delle Accise Industriali in luogo di quelle commerciali con decorrenza 01.08.2014.

E' stata effettuata una ottimizzazione, che sarà completata nel 2015, della gestione dei reflui sanitari provenienti dalle apparecchiature di analisi. In particolare per il laboratorio, mediante la loro separazione in scarichi idrici, rifiuti non pericolosi e rifiuti pericolosi.

E' stato garantito il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale utilizzando il programma AEM CUP 2000.

Per quanto riguarda la mobilità sostenibile è stata effettuata la ricognizione annuale relativa all'utilizzo, ai consumi e ai costi di manutenzione del parco auto aziendale e si è aderito alla campagna regionale denominata "*CONSUMABILE*". L'attività ha comportato molteplici azioni di pubblicizzazione e promozione oltre all'evento informativo tenutosi il 21 marzo 2014.

Infine, è stato redatto il Piano Spostamento Casa Lavoro (PSCL) relativo a tutti i dipendenti che prestano servizio nelle sedi della azienda.

Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni (D.lgs. 33/2013)

Nel corso del 2014, con deliberazione n. 2 del 31.01.2014, è stato approvato il primo *Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016 (P.T.T.I)* su proposta del Responsabile Trasparenza (Direttore U.O. Segreteria Generale e Affari Legali) nominato con deliberazione n. 105 del 07.08.2013. Sono stati attuati gli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme secondo la tempistica definita nel PTTI 2014-2016.

Lo stato di realizzazione al 31.12.2014, ed anche le ulteriori attività messe in campo (quale giornata della trasparenza, formazione, controlli) sono descritti nel PTTI aggiornato per il triennio 2015-2017 (deliberazione n. 10 del 28.01.2015).

Disposizioni in materia di prevenzione della corruzione (L. 190/2012 e D.lgs. 39/2013)

Con deliberazione del DG n. 10/2015 è stato approvato il Piano Triennale Prevenzione e Corruzione (PTPC) per il triennio 2015/2017, comprensivo del Piano Triennale Trasparenza e Integrità (PTTI).

Il Piano, approvato entro il termine del 31/01/2015 come indicato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), è frutto di un ampio e complesso percorso di confronto e condivisione con vari soggetti istituzionali tra cui la Regione Emilia Romagna. Al Piano suddetto è, altresì, allegata la Relazione annuale sull'attività svolta nell'anno 2014. All'approvazione del Piano ha fatto seguito la trasmissione del documento al Dipartimento della Funzione Pubblica tramite il sistema integrato *by web* PERLA PA, secondo le disposizioni dell'A.N.A.C. e alla Regione Emilia Romagna.

Si è poi provveduto ad aggiornare e pubblicare la documentazione sul sito web aziendale.

Il Sistema di Valutazione della Performance nella AUSL di Imola

Il Bilancio di Missione assume anche il ruolo di documento di rendicontazione della performance in linea a quanto statuito dall'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, così come confermato dalla delibera n.1/2014 dell'OIV unico per il SSR.

Il sistema di misurazione e valutazione della *performance* in essere presso l'AUSL di Imola, se per quanto riguarda la *performance* organizzativa, si articola, relativamente alla rendicontazione aziendale, attraverso il Bilancio di Missione predisposto, diffuso annualmente agli *stakeholder* e per quanto riguarda le singole articolazioni aziendali (Dipartimenti e Unità Operative) vede un

consolidato processo di budget, per la parte relativa alla valutazione individuale registra un importante sviluppo negli ultimi anni.

Con deliberazione n. 26 del 6.3.2013, assunta alla luce delle novità introdotte dal D.lgs. 150/2009, l'azienda ha introdotto modalità di valutazione annuale della *performance* individuale del personale dirigente, che ha visto coinvolte, a partire dal 2013, diverse Unità operative e che entrerà a pieno regime nel 2016. Tale modello si sviluppa in stretto collegamento con gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale e del sistema di *budgeting* aziendale ed è stato messo a punto grazie al coinvolgimento di un gruppo di professionisti, individuati dal Collegio di Direzione, che dal 2011, ha rivisto l'intero impianto del sistema di valutazione in essere a livello aziendale.

L'obiettivo del nuovo sistema, in corso di implementazione, pertanto, va oltre al puro adempimento dell'applicazione delle procedure vincolate ai risultati gestionali, ma è rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale la cultura della capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza dover aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

Processo e strumenti di misurazione e rendicontazione della performance organizzativa

L'Azienda USL di Imola presenta un livello avanzato di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa, sia per quanto riguarda la fase di definizione ed assegnazione degli obiettivi alle strutture organizzative aziendali, sia per quanto riguarda la misurazione in corso d'anno e la valutazione finale dei risultati.

Misurazione e valutazione della performance delle articolazioni e strutture aziendali

Partendo dalla determinazione degli obiettivi che l'organizzazione intende perseguire si procede annualmente alla mappatura degli obiettivi strategici aziendali ed alla definizione nel documento di "Budget" delle linee di negoziazione con le varie articolazioni aziendali.

Nella successiva negoziazione, a livello di Dipartimento e di singoli Centri di Responsabilità aziendali, vengono assegnati gli obiettivi operativo-gestionali (distinti in obiettivi di mantenimento, obiettivi di miglioramento). La formalizzazione dell'assegnazione degli obiettivi avviene a seguito di singole negoziazioni a livello di Dipartimento e poi per singola Unità operativa.

Ad ogni dirigente con incarico di struttura vengono poi attribuiti specifici obiettivi di carattere gestionale che permettono a fine anno di procedere alla valutazione individuale dei direttori di struttura.

La valutazione e la definizione del grado di performance

A fine anno, dopo la predisposizione di una reportistica e di una prima valutazione del Controllo di Gestione aziendale, il valutatore di prima istanza esplicita la valutazione effettuata anche tramite

un confronto diretto con il valutato. Il colloquio con quest'ultimo rappresenta una fase fondamentale del processo di valutazione della *performance*, in quanto il valutatore deve comunicare e motivare le valutazioni espresse, sottolineando gli aspetti positivi e negativi della *performance*, favorendo nel valutato l'autovalutazione critica delle proprie prestazioni, al fine di concordare opportune azioni di miglioramento e di sviluppo professionale.

Il processo si sviluppa a "cascata":

- la Direzione Generale valuta i Dipartimenti
- i Direttori di Dipartimento valutano le Unità operative afferenti al Dipartimento stesso.

In questa fase l'azienda si avvale anche del contributo dell'OAS (Organismo Aziendale di Supporto) in ordine alla verifica della metodologia applicata dai valutatori e della congruità delle misurazioni e valutazioni effettuate. A conclusione del processo vengono formalizzati i livelli di *performance* attraverso il grado percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati ad ogni struttura organizzativa aziendale. Si allega il report di sintesi relativo al livello di *performance* 2014 conseguito dalle varie strutture aziendali (Allegato A).

Nel 2014 tutte le Unità operative valutate hanno condiviso gli esiti di prima istanza, ad eccezione di Geriatria/Lungodegenza e Gastroenterologia, per le quali si è proceduto alla valutazione di seconda istanza attraverso un apposito collegio terzo.

Processo e strumenti di misurazione e rendicontazione della performance individuale

Dal 2013 ha preso avvio a livello sperimentale, tramite come già detto una nuova metodologia operativa, il processo di valutazione della *performance* di tutto il restante personale dirigente con incarico professionale. Il percorso avviato a livello aziendale, che entrerà a regime nel 2016, si è prefissato di dotare il *management* aziendale di uno strumento di valutazione che, coerentemente alle recenti disposizioni normative, ponga attenzione alla valorizzazione e allo sviluppo delle proprie risorse umane nella consapevolezza che questa gestione non può ridursi nella mera applicazione di atti amministrativi, ma implica una adeguata considerazione del professionista all'interno del proprio ambiente di lavoro.

La sfida cui si è posta l'AUSL di Imola è la creazione di un strumento di valutazione della *performance* e delle capacità individuali, non esclusivamente rivolto ai risultati legati alla produzione, ma capace di apprezzare i saperi e le conoscenze individuali ed entrare nello sviluppo delle qualità personali in termini di comportamenti organizzativi.

Più in generale, non si tratta solo di tecniche e strumenti di gestione, ma anche di investimenti emotivi, valori da trasmettere, scelte molteplici da valutare, rendere sostenibili e perseguire.

Il percorso avviato sul fronte della valutazione della *performance* del personale, oltre a creare strumenti di gestione, deve permettere di generare benessere organizzativo inteso come capacità

di ascolto, sviluppo delle relazioni, gestione positiva del cambiamento, crescita, coinvolgimento, riconoscimento del risultato secondo un nuovo concetto di *welfare* aziendale.

Ma ancor più si pone il problema di quali siano i valori professionali di riferimento a cui orientarsi per stabilire la bussola del proprio agire. In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione, basata su un *commitment* interno e sulla valorizzazione del lavoro individuale, può rappresentare un'alternativa rispetto all'introduzione di mere logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando un diverso senso e dignità al lavoro.

Il nuovo strumento aziendale di valutazione della *performance* individuale si articola su tre aree:

- **Area della *performance* organizzativa (risultati di budget)**
- **Area dei contributi individuali**
- **Area dei comportamenti organizzativi**

Ad ogni singolo obiettivo dell'Area viene attribuito un peso differenziato in relazione al diverso ruolo rivestito dal dirigente valutato.

L'**Area della *performance* organizzativa** (sulla base di quanto negoziato in sede di budget) riguarda la *performance* relativa all'ambito organizzativo di appartenenza (*outcome, output*, aspetti qualitativi, ecc.) e ricomprende la valutazione in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'atto della negoziazione del budget. L'appartenenza ad una Unità operativa comporta, infatti, la corresponsabilità di tutti i professionisti ai risultati annuali raggiunti dalla struttura; il processo di budget in una struttura sanitaria ha anche la finalità di favorire il gioco di squadra ed il senso di appartenenza all'interno delle diverse *équipe*, prevenendo in parte il possibile rischio che i professionisti operino in modo tendenzialmente autonomo. In relazione al livello di responsabilità e all'incarico professionale rivestito da ogni dirigente viene definito il peso da attribuire a tale componente all'interno della valutazione individuale.

L'**Area dei contributi individuali** focalizza la valutazione sul singolo dirigente mediante elementi che valorizzano le specificità delle attività svolte da ciascuno ed i risultati direttamente conseguiti. A tal fine gli obiettivi assegnati devono permettere di apprezzare:

- il contributo individuale apportato dal singolo dirigente in relazione ai risultati di *performance* conseguiti dalla Unità operativa. A "cascata" ad ogni dirigente vengono attribuiti obiettivi strettamente collegati a quelli definiti annualmente in sede di budget.
- Specifici obiettivi individuali definiti e preliminarmente assegnati dal dirigente sovraordinato riguardanti: obiettivi istituzionali riferibili ad azioni relative al ciclo annuale che riguardano il miglioramento del funzionamento delle attività istituzionali; obiettivi a valenza strategica (anche con contenuti professionali) con riferimento pluriennale, per i quali è comunque necessario identificare scadenze annuali di attuazione.

L'**Area dei comportamenti organizzativi** si riferisce alla valutazione delle competenze professionali e manageriali espresse da ogni dirigente, in coerenza con gli obiettivi istituzionali e

con il profilo professionale assegnato. I comportamenti organizzativi del personale dirigente sono declinati ed articolati in due macroaree: *management* e competenze professionali.

Assegnazione degli obiettivi

L'assegnazione degli obiettivi annuali avviene attraverso una "procedura a cascata" a seguito della negoziazione del budget. Chiusa la negoziazione di budget, che stabilisce gli obiettivi organizzativi assegnati all'unità operativa, vengono assegnati gli obiettivi individuali ai Direttori di struttura e poi ai singoli componenti l'equipe. Il processo di assegnazione degli obiettivi individuali si concretizza con la definizione della "*scheda di valutazione individuale*" contenente gli elementi prima indicati e comunicata formalmente dal valutatore al valutato. La scheda viene compilata dal valutatore dopo aver registrato e raccolto, in contraddittorio, la condivisione del valutato.

Il percorso di assegnazione degli obiettivi e la conseguente valutazione tiene, pertanto, conto dei seguenti aspetti:

- collegamento tra *performance* organizzativa e *performance* individuale, a partire dai ruoli di direzione e di responsabilità rivestiti;
- valutazione del contributo individuale alla *performance* organizzativa;
- definizione di obiettivi individuali in termini di risultati e comportamenti attesi;
- individuazione di obiettivi rilevanti collegati a progetti prioritari dell'azienda, con specifico riferimento al periodo di valutazione annuale, anche nel caso di progetti a valenza pluriennale;
- competenze professionali e manageriali.

Il ciclo di valutazione annuale della performance

In tema di ciclo della *Performance*, l'impianto posto in essere dall'AUSL di Imola, seppur non ancora a pieno regime, soddisfa i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia.

A conferma di ciò, si segnala quanto rappresentato dall'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) all'Organismo di valutazione unico regionale (OIV) a conclusione del percorso di valutazione di budget di cui al verbale del 24/06/2015.

L'intero processo di valutazione della *Performance* richiede un forte impegno e coinvolgimento della dirigenza e di tutto il personale. Per questo l'AUSL di Imola intende investire nell'attività formativa sia a livello d'aula (lezioni frontali con esperti esterni) che sul campo con *tutor* interni dell'azienda. Bisogna, infatti, tenere conto che l'introduzione di strumenti di valutazione della *performance* e di apprezzamento del merito, molto spesso, impatta su realtà che richiedono anche una crescita culturale.

La struttura di supporto al ciclo della performance

In tale ambito va segnalato il lavoro svolto a supporto del ciclo di gestione della *performance* da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione che, oltre a sovrintendere tutto il processo di budget e il

conseguente monitoraggio, svolge un importante ruolo di coordinamento su tutto il ciclo di gestione della performance.

Da ultimo va poi segnalata la costituzione, con deliberazione n. 153 del 23.10.2014, dell'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) che, secondo quanto disposto dalla DGR 334/2014, oltre ad esercitare un ruolo di interfaccia verso l'OIV unico regionale, svolge una funzione di verifica in ordine alla validità e congruità del sistema di misurazione e valutazione della *performance* aziendale nel suo complesso. Organismo, quest'ultimo che, in base alla legislazione vigente, svolge un ruolo di impulso e verifica anche per quanto riguarda gli adempimenti in materia di trasparenza ed integrità, nonché di promozione della legalità e di prevenzione di fenomeni corruttivi in capo all'azienda (L. 190 del 06.12.2012; D.lgs. 33 del 14.3.2013).

Il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità definisce le misure, i modi e le iniziative volte all'attuazione degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. Le norme prevedono, tra l'altro, che gli obiettivi indicati nel Programma siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'amministrazione, definita nel Piano della *Performance*, in modo da garantire la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della *performance* e con l'obiettivo che tali strumenti non si traducano in meri adempimenti burocratici, ma che da essi si possa cogliere un'opportunità di miglioramento dell'organizzazione, oltre che rafforzare, arricchire e valorizzare i sistemi già operativi.

Allegato A

ANNO 2014	DIRIGENTI (Medici Veterinari e SPTA)			COMPARTO
	mantenimento	miglioramento	performance organizzativa équipe	performance organizzativa équipe
SCHEDA RIEPILOGATIVA GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA				
Le strutture aziendali sono organizzate secondo l'assetto vigente nell'anno 2014				
DIREZIONE TECNICA FARMACIA				
FARMACIA OSPEDALIERA	100%	100%	100%	100%
TUTTO IL PERSONALE DEL COMPARTO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA				
UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	100%	95%	99%	100%
PROGRAMMA INTERDIPARTIMENTALE MEDICINA LEGALE	100%	100%	100%	100%
UOC IGIENE VETERINARIA	100%	95%	99%	100%
UOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMB.DI LAVORO	100%	95%	99%	100%
TUTTO IL PERSONALE DEL COMPARTO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE				
UOC PSICHIATRIA ADULTI - TERRITORIO	100%	100%	100%	100%
UOC PSICHIATRIA ADULTI - SPDC E RTI	100%	100%	100%	100%
UOC NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	100%	100%	100%	100%
UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE	100%	100%	100%	100%
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO				
C.D.R.COSTI COM.DIREZIONE MEDICA DI P.O.	100%	89%	97%	100%
TUTTO IL PERSONALE DEL COMPARTO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE				
UOC GENETICA MEDICA	100%	100%	100%	100%
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA	94%	90%	93%	100%
UOC PEDIATRIA E NIDO	99%	100%	99%	100%
TUTTO IL PERSONALE DEL COMPARTO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO SERVIZI INTERMEDI				
SSD CENTRALE STERILIZZAZIONE				100%
SSD CENTRO RACCOLTA SANGUE E IMMUNOEMATOLOGIA	100%	100%	100%	100%
UOC RADIOLOGIA	100%	94%	98%	100%
UOC LABORATORIO ANALISI	100%	100%	100%	100%
UOC ANATOMIA PATOLOGICA	100%	90%	97%	100%
TUTTO IL PERSONALE DEL COMPARTO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO CHIRURGICO				
PROGRAMMA INTERDIPARTIMENTALE BLOCCO OPERATORIO				100%
SSI CHIRURGIA GENERALE - EX UOC CHIRURGIA GENERALE - UOC DAY SURGERY CSPT (Équipe professional)	80%	94%	84%	100%
SSID POLO DAY SURGERY CSPT	100%	100%	100%	100%
SSD CHIRURGIA GENERALE SPECIALISTICA BREAST UNIT	75%	100%	83%	100%
UOC OCULISTICA	100%	89%	97%	100%
UOC OTORINO	93%	99%	95%	100%
UOC ORTOPEDIA	90%	98%	92%	100%
UOC UROLOGIA	89%	87%	88%	100%
TUTTO IL PERSONALE DEL COMPARTO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE				
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100%	83%	95%	100%
SSD SEMI INTENSIVA (solo ai fini della valutazione fine incarico Dott.ssa Vespignani)	100%	100%	100%	100%
UOC CARDIOLOGIA	95%	93%	94%	100%
UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	100%	100%	100%	100%

ANNO 2014	DIRIGENTI (Medici Veterinari e SPTA)			COMPARTO
	mantenimento	miglioramento	performance organizzativa équipe	performance organizzativa équipe
SCHEDA RIEPILOGATIVA GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA				
Le strutture aziendali sono organizzate secondo l'assetto vigente nell'anno 2014				
TUTTO IL PERSONALE DEL COMPARTO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO MEDICO				
COSTI COMUNI DIP.AREA MEDICA (Psicologhe)	100%	100%	100%	100%
UOC NEFROLOGIA E DIALISI	96%	97%	96%	100%
UOC MEDICINA 1 - IMOLA	91%	92%	91%	100%
UOC GASTROENTEROLOGIA	100%	70%	91%	100%
UOC GERIATRIA - LUNGODEGENZA	87%	96%	90%	100%
SSD DAY SERVICE DIPARTIMENTO MEDICO	100%	100%	100%	100%
SSD AREA MEDICA BASSA INTENSITA'	100%	95%	98%	100%
SSD NEUROLOGIA	92%	100%	95%	100%
UOC MEDICINA 2	93%	84%	90%	100%
UOC ONCOLOGIA E HOSPICE	96%	100%	97%	100%
DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA				
DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA (STAFF)				100%
DIREZIONE GENERALE				
PIANIFICAZIONE STRATEGICA, PROGRAM.E CONTR.DIREZIONALE	100%	96%	99%	100%
GOVERNO CLINICO	100%	100%	100%	100%
FORMAZIONE	100%	100%	100%	100%
INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	100%	100%	100%	100%
COSTI COMUNI DIREZIONE GENERALE (Segreterie)	100%	100%	100%	100%
DISTRETTO				
TUTTO IL PERSONALE DEL COMPARTO AFFERENTE AL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE				
UO CURE PRIMARIE (compreso programma specialistica amb)	100%	91%	97%	100%
SSD CONSULTORIO FAMILIARE	100%	100%	100%	100%
SSD ASSISTENZA TERRITORIALE ANZIANI	100%	85%	96%	100%
C.D.R. CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI	100%	100%	100%	100%
PROGRAMMA PEDIATRIA DI COMUNITA'	76%	100%	83%	100%
UOC MEDICINA RIABILITATIVA	100%	100%	100%	100%
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO				
C.D.R. COSTI COMUNI DIPARTIMENTO AMM.VO TECNICO	100%	100%	100%	100%
UOC RISORSE UMANE	100%	100%	100%	100%
UOC SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	100%	100%	100%	100%
UOC CONTABILITA' E FINANZA	100%	100%	100%	100%
UOC PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE	100%	100%	100%	100%
UOC INGEGNERIA CLINICA	100%	100%	100%	100%
UOC TECNOLOGIE INFOR.E DI RETE	100%	98%	99%	100%
UOC ECONOMATO PROVVEDITORATO	100%	100%	100%	100%
UOC AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI OSP. E TERRITORIALE	100%	100%	100%	100%