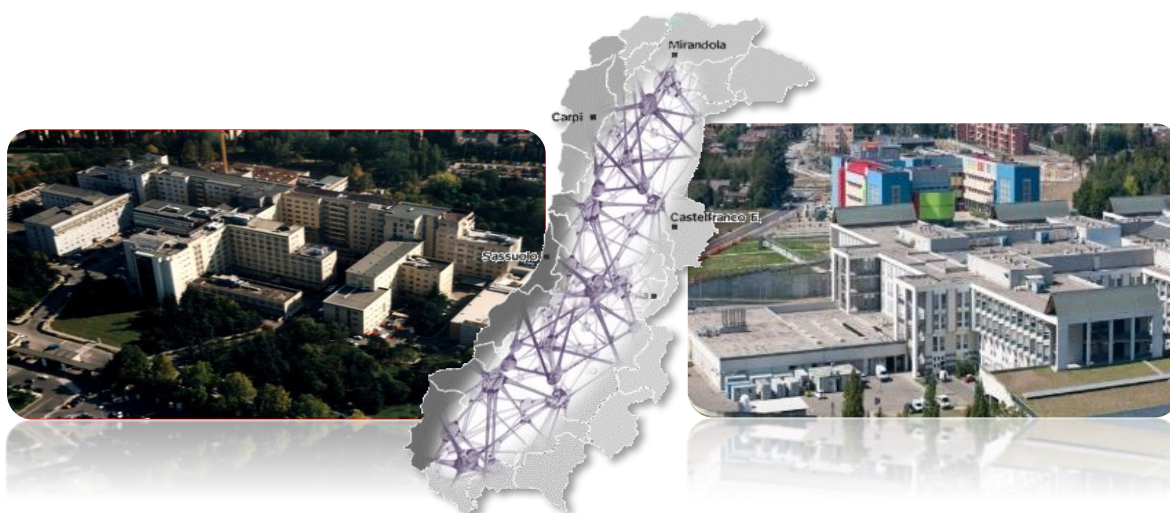


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

PIANO delle AZIONI 2019

LINEE GUIDA al BUDGET 2019



Approvato dal Collegio di Direzione il 7/3/2019

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Sommario

Premessa	3
1. Il contesto di riferimento.....	5
2. Il percorso di Budget	8
2.1. La scheda di budget	10
2.2. WebBudget: Il ciclo della performance	15
3. Obiettivi di attività	20
3.1 Concertazione prestazioni intermedie	20
3.2 Attività di degenza	20
3.3 Attività di specialistica ambulatoriale.....	21
3.4 Attività chirurgica.....	21
3.5 Appropriatezza	22
3.6 Efficienza di utilizzo dei posti letto	23
3.7 Tempi di attesa	24
3.8 Libera professione	25
4. Razionalizzazione dei consumi	26
4.1 Assistenza Farmaceutica	26
5. Governo Clinico	28
5.1 Percorsi.....	29
5.2 Rischio infettivo	30
5.3 Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.....	30
6. Qualità e accreditamento	31
6.1 Requisiti generali regionali di Accreditamento da DGR 1943/2017	31
6.2 Lo sviluppo del Sistema Qualità: umanizzazione delle cure e parere utenti.....	31
6.3 Gli obiettivi annuali in tema di Qualità ed Accreditamento.....	31
7. Obiettivi qualificanti	33
7.1 Progetti di Integrazione Policlinico-Ocsae	33
7.2 Obiettivi di Rete.....	34
7.3 Week Surgery e Piattaforme produttive	35
7.4 Prevenzione Corruzione e Trasparenza	35
8. Gestione delle Risorse.....	38
8.1 Capitale Umano.....	38
8.2 Investimenti in tecnologie biomediche.....	39
8.3 Investimenti nell'area ICT	40
8.4 Grandi investimenti edili e strutturali	41
9. Formazione e ricerca.....	44
10. Tabella di sintesi degli obiettivi 2019	46

Premessa

Il Piano delle Azioni è il documento programmatico con cui l'azienda identifica le linee strategiche annuali e costituisce il riferimento in base al quale verranno identificati, proposti e negoziati gli obiettivi di budget ed i correlati indicatori di monitoraggio con riferimento alle singole strutture organizzative aziendali. Uno strumento interno a supporto della strategia di programmazione per obiettivi e progetti, finalizzato a veicolare la matrice delle responsabilità in capo alle singole strutture aziendali partendo dalle linee guida aziendali e quelle regionali, laddove già esplicitate.

Il 2018 ha rappresentato un anno chiave per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, chiamata al difficile obiettivo di consolidamento del percorso di sperimentazione gestionale fra Policlinico di Modena ed Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara (OCB) avviato nel corso del 2017.

La pianificazione per obiettivi di budget annuali, in continuità con quanto recepito a livello strategico dal Piano delle Azioni, assume un ruolo fondamentale all'interno dei meccanismi di programmazione strategica dell'Azienda, volti ad assicurare i più efficaci livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria, coniugati con un'efficiente gestione delle risorse a disposizione.

L'impostazione è chiamata a ricoprire una rilevanza ancora maggiore nell'anno 2019, il primo a seguire la conclusione della fase di sperimentazione gestionale fra Policlinico e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense. Il periodo di gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri modenesi si è configurato come rilevante opportunità per ridisegnare le funzioni mediche e chirurgiche, focalizzando l'attenzione su due macro-obiettivi di fondo:

- mantenimento delle vocazioni differenziate e specifiche dei diversi nodi della rete assistenziale territoriale;
- consolidamento delle piattaforme dotate di personale, infrastrutture e tecnologie in grado di fornire servizi intermedi e di supporto.

Per il raggiungimento di questi obiettivi si è dato particolare risalto ad alcuni strumenti, volti a rafforzare l'impostazione della rete organizzativa e professionale, focalizzando l'attenzione più sui rapporti funzionali trasversali che su eventuali modifiche da apportare alla struttura verticale. Il principio guida risulta essere quello di focalizzare l'attenzione maggiormente sui percorsi di cura, sviluppati sia all'interno delle strutture ospedaliere che sul territorio.

Strumenti come i percorsi diagnostico terapeutici, i team professionali, le piattaforme operative, costituiscono le principali leve di un cambiamento che non vuole essere una "rivoluzione" del sistema esistente, quanto piuttosto un completamento necessario per dare continuità, qualità, efficacia ed efficienza all'offerta assistenziale già di alto livello erogata dalle singole strutture ed equipe professionali.

Il presente Piano delle Azioni viene elaborato dal Comitato di Budget, presieduto dal Direttore Sanitario e sottoposto ad approvazione in sede di Collegio di Direzione. Il suo scopo è comunicare a tutta l'organizzazione le linee guida, le misure, le azioni e gli obiettivi caratterizzanti la programmazione aziendale 2019, in termini di programmi di attività e di risorse necessarie. Specifiche che assumeranno una propria connotazione all'interno delle singole schede di budget delle unità operative aziendali.

Attraverso il budget si condividono principi, strategie, obiettivi e responsabilità, oltre a coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi. Il processo di budget, in un contesto di programmazione pluriennale, assume un peso e dimensione che lo correlano all'anno

di bilancio, costituendo il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno far convergere la maggiore parte dei programmi annuali delle attività.

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

- **obiettivi di sviluppo**, che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale;
- **obiettivi di miglioramento**, che riguardano indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi;
- **obiettivi di sostenibilità**, tesi prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, ad assicurare cioè la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la salute per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili.

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

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

Le schede di budget sono lo strumento attraverso il quale vengono esplicitati il livello di produzione atteso, gli obiettivi di Innovazione e Qualità, i consumi di farmaci e dispositivi medici, prestazioni intermedie negoziate, gli obiettivi di ricerca, all'interno di un contesto di investimenti. Ogni singolo elemento contribuisce allo sviluppo del bilancio preventivo.

Si propone di seguito una fotografia dei macrotemi aziendali sui quali si è deciso di declinare obiettivi di carattere strategico con riferimento alla duplice valenza aziendale e provinciale. Tali ambiti di attività sono stati individuati in linea con le specifiche regionali e con le evidenze scaturite dagli incontri di revisione di budget condotti con le unità operative nel corso dell'anno 2018.

1. Il contesto di riferimento

L'anno 2018 ha visto concludersi positivamente il periodo di sperimentazione gestionale fra Policlinico ed OC di Baggiovara, in netto anticipo con le tempistiche inizialmente previste dal percorso. Nel mese di settembre 2018 è stata rilasciata la versione finale del “Progetto Esecutivo della Sperimentazione Gestionale per la gestione unica tra l'AUSL di Modena – Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense e l'AOU di Modena”, di cui alla delibera n. 1004/2016, recepite anche all'interno del Piano della Performance dell'AOU di Modena per il triennio 2018-2020. La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria del 5 ottobre 2018 ha condiviso gli elementi chiave del percorso avviato ed espresso parere favorevole in merito ai risultati conseguiti nel biennio di sperimentazione.

Le evidenze di natura organizzativa, clinico-assistenziali e di carattere economico-finanziario espresse a sostegno e verifica degli obiettivi esplicitati nel Progetto Esecutivo hanno trovato strutturazione ed evidenza nella “Relazione conclusiva sui risultati della sperimentazione gestionale”, stilata dall'Organismo di Indirizzo e Verifica e sottoscritta a Bologna in data 19 novembre 2018.

Le intense tappe di fine 2018 hanno accompagnato l'iter finale di approvazione della Legge Regionale n. 24 del 27/12/2018, con la quale è stata ufficializzata la chiusura della sperimentazione gestionale, specificando che “[...] a decorrere dal 1° gennaio 2019 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena è costituita da un unico presidio e si articola nei due stabilimenti ospedalieri: il Policlinico di Modena e l'Ospedale Civile di Baggiovara [...]”.

Sotto il profilo dell'organizzazione interna, l'AOU di Modena ha recepito le prime disposizioni gestionali e dato corso ad un primo aggiornamento dell'assetto organizzativo dipartimentale con la delibera n. 1 del 7/1/2019.

Il processo di programmazione annuale per budget, a maggior ragione nel 2019, si inserisce nel più ampio disegno strategico delineato dal contesto di riferimento sopra richiamato e dalle linee guida evidenziate nel Piano della Performance aziendale, relativo al triennio 2018-2020 ed approvato lo scorso 26 settembre 2018 con delibera n. 164.

Le riorganizzazioni strategiche già avviate nel corso del 2017 e 2018 durante il periodo di sperimentazione gestionale, così come le attività ed i percorsi avviati in questa prima parte dell'anno 2019, si sono inseriti nell'ambito del quadro normativo delineato dalla sopra richiamata L.r. 24/2018 e degli obiettivi strategici contenuti nella DGR 919/2018, deliberata il 18/6/2018:

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

La Delibera 1004/2016 della Regione Emilia-Romagna, che ha gettato le basi per la gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri Policlinico di Modena e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara, ha reso imprescindibile la riorganizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, che ha preso operativamente forma dal gennaio 2018. Organizzazione cui verrà è stato informato anche il percorso di budget 2018, strutturato sulla base della nuova articolazione aziendale e che verrà tenuto a riferimento anche per il processo dell'anno 2019.

I processi di riorganizzazione in corso, determinati dalla necessità di rafforzare e di potenziare l'integrazione e la sinergia del funzionamento delle strutture, determinano necessariamente un coinvolgimento in tale dinamica di cambiamento della struttura organizzativa dipartimentale ora in essere; tale processo ha comportato l'adozione di un provvedimento provvisorio (disposizione gestionale) che sarà parte di un provvedimento complessivo al termine della sperimentazione con conseguente modifica all'Atto Aziendale, previsto entro l'anno 2019.

Nella proposta di articolazione dei Dipartimenti cui si uniforma il processo di budget, l'afferenza di Unità Operative che insistono sull'Ospedale Civile Estense a Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria o la modulazione di Dipartimenti di Medicine inter-stabilimento viene attuata ai fini di una semplificazione e miglioramento dei rapporti di interfaccia interni all'Azienda.

I cambiamenti proposti, legati a provvedimenti gestionali di carattere temporaneo che hanno validità pari alla durata della sperimentazione di gestione unica, non prevedono alcuna modificazione dell'articolazione dei Dipartimenti Interaziendali né in termini di composizione né in ordine di partecipazione del personale medico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (strutturato o in assegnazione temporanea) alle dinamiche degli stessi.

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

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

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

Il quadro degli obiettivi di carattere economico-finanziario della programmazione sanitaria regionale viene esplicitato nella DGR 919/2018, deliberata il 18/6/2018, che detta le "Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017".

Tra i punti si ricordano:

- ✓ Area di performance all'accesso
- ✓ Prevenzione e promozione della salute
- ✓ Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero
- ✓ Piattaforme logistiche ed informatiche più forti, attraverso lo sviluppo degli ICT
- ✓ Governo Clinico, Appropriatezza e gestione del rischio clinico

- ✓ Gestione del patrimonio e delle attrezzature
- ✓ Vincolo del pareggio di bilancio (Sostenibilità economica)
- ✓ Obiettivi di spesa farmaceutica
- ✓ Didattica, Ricerca ed Innovazione
- ✓ Qualità ed Accreditamento
- ✓ Investimenti

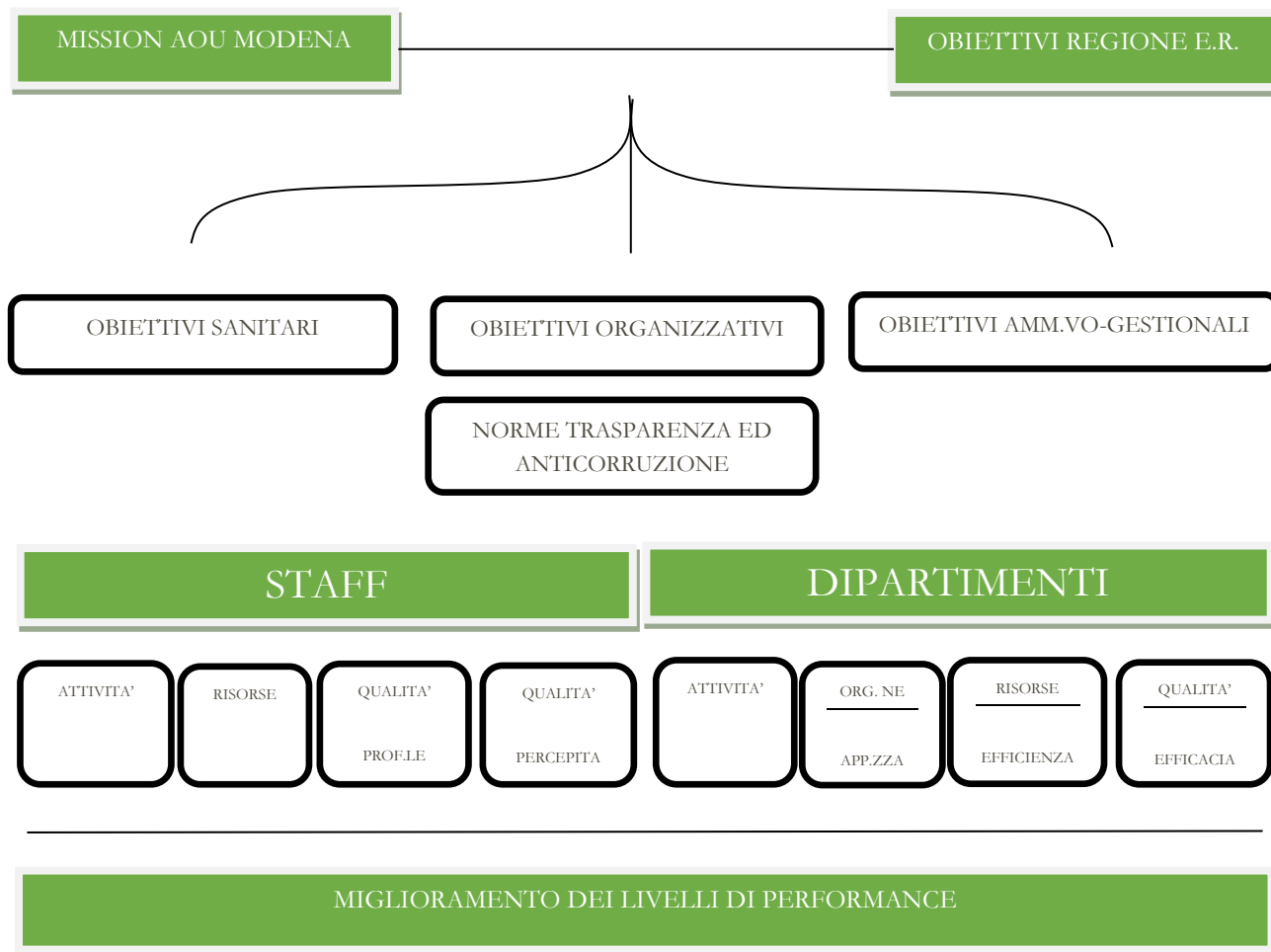
Specifica rilevanza assumono infine i confini normativi ed operativi tratteggiati dalle indicazioni regionali in materia di valutazione della performance, così come contenute nelle delibere OIV-SSR. Questo con riferimento specifico agli obiettivi aziendali derivanti dal monitoraggio degli indicatori regionali, in forte continuità con il monitoraggio sugli indicatori strategici di performance che il Sistema Informativo regionale mette a disposizione trimestralmente sulla piattaforma InSiDER.

Obiettivo, pertanto, del presente documento è fornire un insieme di linee guida che, condivise in sede di Collegio di Direzione, fornisca elementi per definire elementi utili al piano operativo delle azioni dei Direttori di Dipartimento, successivamente articolato in indicatori ed obiettivi nelle schede di budget.

2. Il percorso di Budget

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

Di seguito è riportata tale rappresentazione grafica dell'Albero della Performance dell'Azienda:



Il budget è lo strumento formale con cui si quantificano i programmi d'azione, se ne verifica la fattibilità economica, tecnica e finanziaria, si allocano le risorse coerentemente con gli obiettivi da perseguire. Il budget è un sistema gestionale che attiene al controllo direzionale e che si caratterizza per i seguenti fattori:

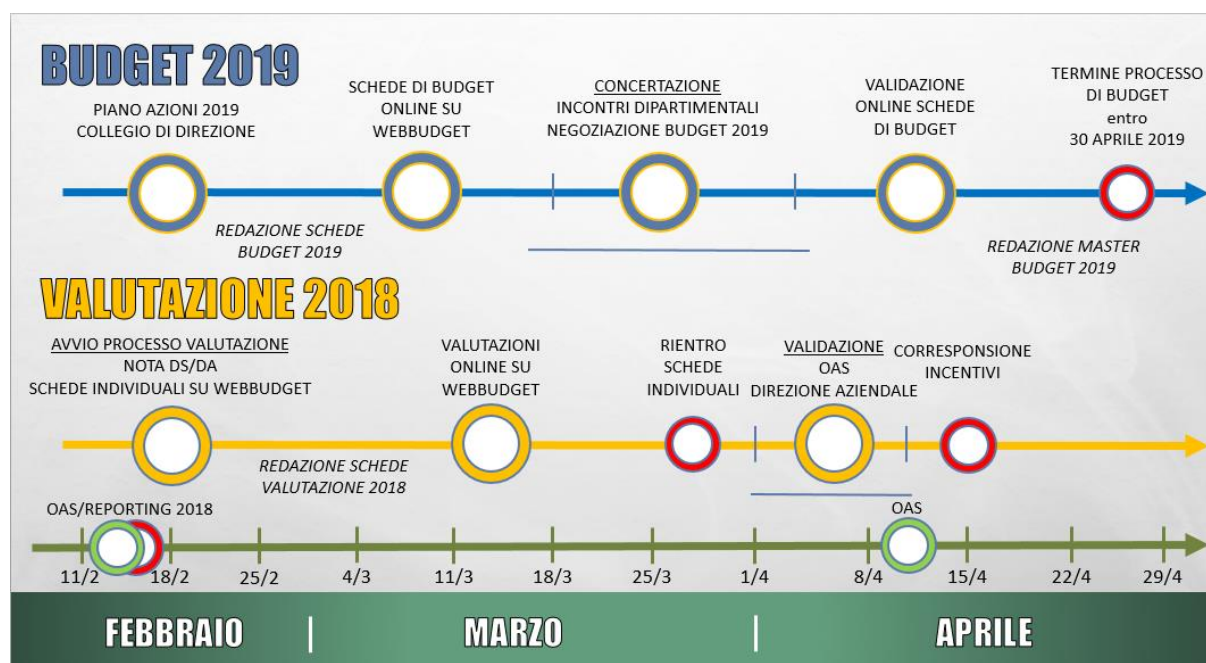
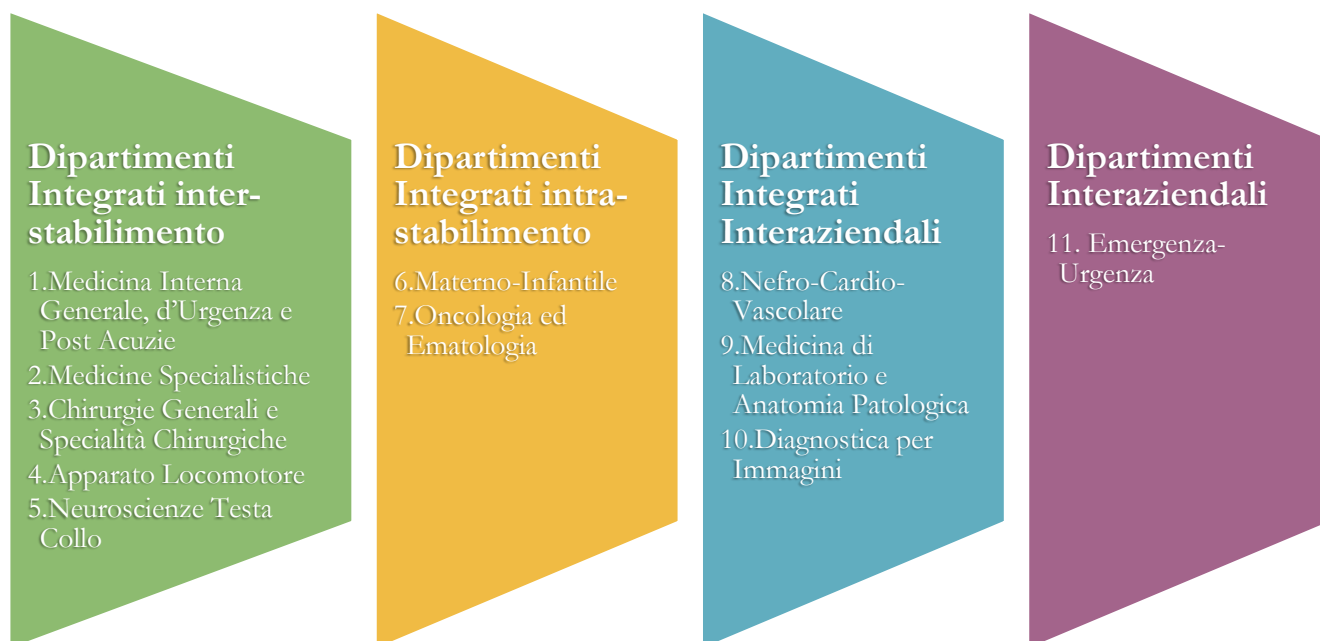
1. È globale, ovvero interessa l'Azienda nella sua visione olistica. Il processo di budget richiede il coordinamento e l'integrazione degli obiettivi perseguiti dai singoli centri di responsabilità in un'ottica unitaria della gestione aziendale;
2. Definisce obiettivi, espressi in termini di risultati da conseguire e di risorse correlate;
3. Presenta obiettivi riferiti ai CdR espressi in termini prevalentemente quantitativi ed in forma sintetica; misurabili al fine di consentire un utile parametro di riferimento per il controllo e per la valutazione; controllabili dai CdR cui sono assegnati; condivisi;
4. Ha una durata annuale e prevede processi di valutazione intermedia, per consentire un significativo confronto tra gli obiettivi di budget, i progressivi risultati conseguiti ed i relativi riflessi economici;

5. Prevede un sistema informativo a supporto dell'attività gestionale delle strutture aziendali e richiede un'analisi sistematica del contesto in cui esse operano, delle interdipendenze sia al loro interno, sia con le altre strutture. Per raggiungere tali scopi il budget sottende un processo previsionale, accurato e coordinato, che utilizza in modo organico tutti gli elementi conoscitivi aziendali.

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

- a. Condivisione delle linee guida al Collegio di Direzione (7 marzo)
- b. Comunicazione delle schede di budget e relativi obiettivi (entro 15 marzo)
- c. Concertazione (dal 18 marzo all'11 aprile)
- d. Consolidamento/approvazione schede (entro 30 aprile)

Articolazione organizzativa degli incontri di concertazione:



Gli incontri di negoziazione si svolgeranno con la Direzione di Dipartimento, con i Responsabili delle Strutture titolari di scheda budget (Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali), con i Coordinatori infermieristici ed i Servizi di Supporto aziendali. L'invito alla negoziazione verrà esteso selettivamente anche ai Responsabili delle Strutture Semplici ritenute dalla Direzione Sanitaria particolarmente strategiche in considerazione dei budget movimentati. Tale invito agli incontri verrà effettuato da parte del Responsabile di Struttura Complessa di afferenza.

A livello di struttura del processo, un importante investimento è stato effettuato nel corso dell'anno 2018 sul versante "culturale" in azienda, prevedendo momenti formali finalizzati alla diffusione e condivisione delle informazioni e delle strategie.

A tale scopo, due sono gli aspetti peculiari che hanno contraddistinto il percorso di budget 2018:

1. Revisione di Budget

Momento formale di incontro con i professionisti aziendali per verificare lo stato di avanzamento dei dati di attività, consumo e performance rispetto ai target stabiliti ad inizio anno in sede di negoziazione di budget.

Confermato anche per l'anno 2019.

2. CdG Academy

Percorso formativo finalizzato alla diffusione, comprensione ed utilizzo degli strumenti offerti dal Controllo di Gestione ai professionisti aziendali a supporto dei percorsi di programmazione e controllo.

2.1. La scheda di budget

Le schede di budget sono suddivise in quattro aree specifiche, che identificano:

- Sezione di appartenenza dell'obiettivo;
- Indicatore preposto per la misurazione della performance;
- Trend annuale di riferimento (assume il valore dell'ultimo biennio di riferimento in fase di definizione della scheda di budget, per poi riportare il valore dell'ultimo periodo di riferimento, a confronto con l'anno precedente, in fase di monitoraggio della performance);
- Target e note, che accoglie la definizione del livello atteso sull'anno per l'indicatore considerato e le eventuali controdeduzioni da parte dell'unità operativa.

Gli obiettivi riportati all'interno della scheda budget si suddividono in obiettivi di natura economica e progettuali. Ciascuna area assume una pesatura personalizzabile nella valutazione della performance di equipe, misurata a fine anno. Nella scheda budget della singola struttura, vengono monitorati in tempo reale gli andamenti degli obiettivi quantificabili economicamente. Vengono riportati il valore osservato, quello atteso e la serie storica di confronto.

Ogni scheda di budget presenta obiettivi riconducibili a quattro macro aree: la valorizzazione della degenza (indagata per provenienza provinciale e complessiva dei pazienti trattati); la valorizzazione della specialistica ambulatoriale (indagata per provenienza provinciale e complessiva dei pazienti trattati); l'incidenza del consumo di beni sanitari (valutata in termini di scostamento in valore assoluto rispetto al tetto contabilizzato nel bilancio economico preventivo o rispetto alla spesa storica, laddove il target non sia stato esplicitamente formulato); obiettivi progettuali attinenti la

sfera della qualità assistenziale, del governo clinico, del rischio clinico o di natura organizzativo-assistenziale.

	OBIETTIVO	INDICATORE	DESCRIZIONE
i	QUALITA' ECONOMICA RICAVI		
	ATTIVITA' DI DEGENZA OSPEDALIERA (DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL)	VALORE DIMESSI TOTALE	Ricavi complessivi per degenza ordinaria e day hospital, alle tariffe vigenti, per qualsiasi provenienza (intra ed extra Regione Emilia-Romagna)
		VALORE DIMESSI – RESIDENTI PROVINCIA DI MODENA	Ricavi complessivi per degenza ordinaria e day hospital erogati a favore dei residenti della Provincia di Modena, alle tariffe vigenti.
	ATTIVITA' AMBULATORIALE	VALORE AMBULATORIALE TOTALE	Ricavi complessivi per attività ambulatoriale effettuata agli esterni per i reparti, mentre complessiva per radiologia e laboratori, per qualsiasi provenienza (intra ed extra Regione Emilia-Romagna), alle tariffe previste dal nomenclatore vigente
		VALORE AMBULATORIALE – RESIDENTI PROVINCIA DI MODENA	Ricavi complessivi per attività ambulatoriale effettuata agli esterni per i reparti e complessiva per radiologia e laboratori, per i residenti nella Provincia di Modena, alle tariffe previste dal nomenclatore vigente
	QUALITA' COSTI		
	COSTI	INCIDENZA COSTI/RICAVI	Rapporto tra i costi (diretti e ribaltati) dei beni sanitari e service (es. sono esclusi gli ammortamenti) rispetto ai ricavi complessivi (degenza in ordinaria+ day hospital + ambulatoriale esterni per i reparti e complessiva per la radiologia e laboratorio).
	QUALITA' ASSISTENZIALE	Indicatori specifici derivati dal PNE e set di indicatori della Regione Emilia-Romagna	

Obiettivi di sviluppo

- Introduzione di **innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative**, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale

Obiettivi di miglioramento

- Indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi

Obiettivi di sostenibilità

- Tesi prioritariamente ad assicurare la **compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi** per la salute per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili

Definizione di PDTA e di Team professionali

- nell'ottica di favorire l'adozione di **interventi di provata efficacia**, raggiungere **standard qualitativi elevati**, **ridurre le variabilità non giustificate**, migliorare la **comunicazione** fra professionisti e con il paziente e fornire riferimenti per il monitoraggio della qualità delle cure (**clinical audit**)



Le schede di Budget



Strumento attraverso cui vengono esplicitati elementi che contribuiscono allo sviluppo del bilancio preventivo:

- Livello di produzione atteso
- Obiettivi di innovazione e qualità
- Consumi di farmaci e dispositivi medici
- Prestazioni intermedie negoziate
- Obiettivi di ricerca, all'interno di un contesto di investimenti.

MACROTEMI AZIENDALI
sui quali si è deciso di declinare obiettivi di carattere strategico con riferimento alla duplice valenza aziendale e provinciale



Tali ambiti di attività sono stati individuati in linea con le specifiche regionali e con le evidenze scaturite dagli incontri di revisione di budget condotti con le Unità Operative nel corso dell'anno 2016.

OBIETTIVI AZIENDALI SPECIFICI



Troveranno declinazione nelle *singole schede di budget dei servizi*.



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

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

- obiettivi di sviluppo, che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale;
- obiettivi di miglioramento, che riguardano indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi;
- obiettivi di sostenibilità, tesi prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, ad assicurare cioè la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la salute per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili.

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

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

Le **schede di budget** sono lo strumento attraverso il quale vengono esplicitati il livello di produzione atteso, gli obiettivi di Innovazione e Qualità, i consumi di farmaci e dispositivi medici, prestazioni intermedie negoziate, gli obiettivi di ricerca, all'interno di un contesto di investimenti. Ogni singolo elemento contribuisce allo sviluppo del bilancio preventivo.

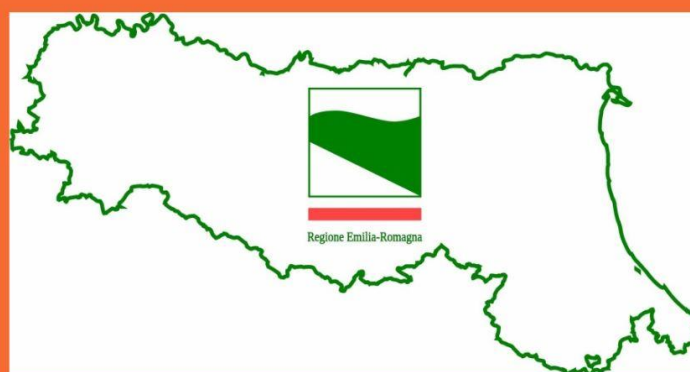
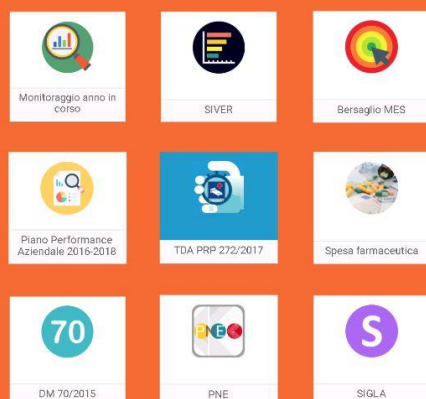
Per ogni unità operativa sono stati individuati macrotemi trasversali, che presentano al loro interno obiettivi ed indicatori.

ORIENTAMENTO DELLA PRODUZIONE

"Indicatori di governo della performance clinica su aree specifiche direttamente influenzabili dalla programmazione dei professionisti, con diretta ricaduta sulla valorizzazione economica della struttura"

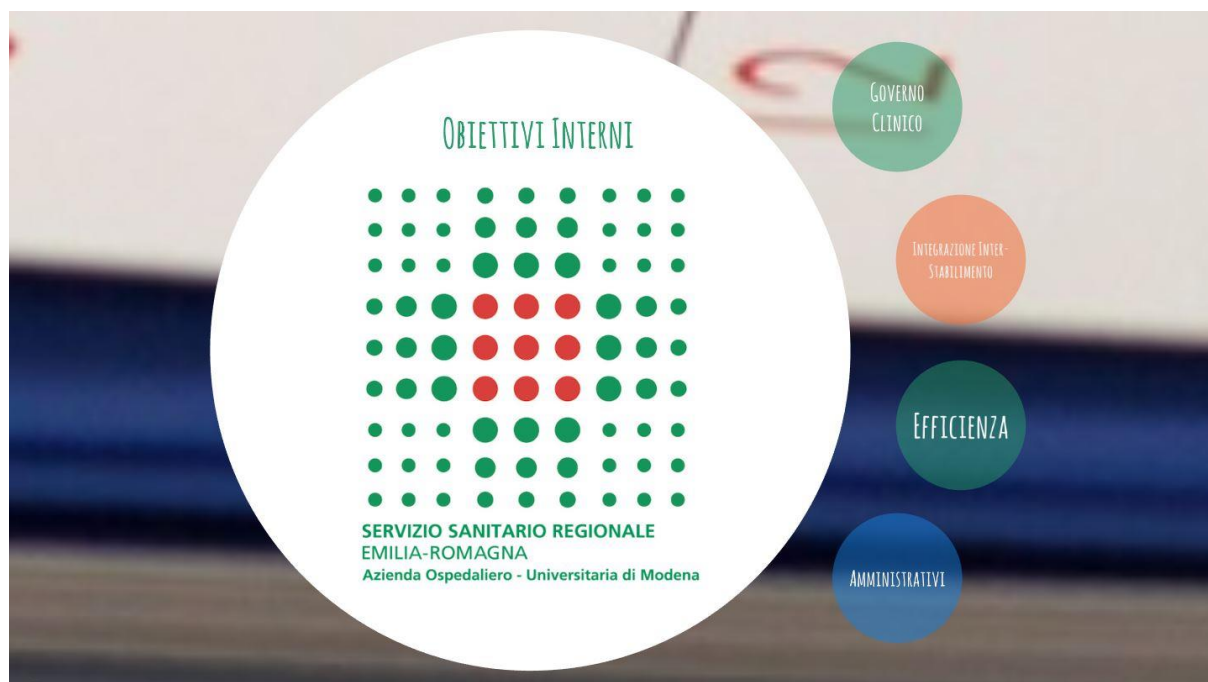


OBIETTIVI REGIONALI



OBIETTIVI COMMITTENZA

- Obiettivi Qualificanti
- Obiettivi di Rete
- Progetti concordati con Azienda USL



2.2. WebBudget: Il ciclo della performance

L'intero processo di budget verrà gestito anche nel 2019 interamente mediante l'applicativo WebBudget, sviluppato interamente dal Controllo di Gestione, che mette a disposizione online l'intera documentazione.

L'esperienza maturata negli ultimi due anni e l'integrazione con Baggiovara hanno reso necessario un *restyling* di WebBudget fra la fine del 2017 e l'inizio del 2018. L'intervento sull'applicativo ha interessato tanto l'aspetto stilistico (layout e comparto grafico per maggior semplicità di fruizione per l'utenza) quanto gli aspetti contenutistici e di processo che ne hanno migliorato l'utilizzo.

Con il rilascio effettuato nel mese di marzo 2018, WebBudget 2.0 si configura come strumento a 360 gradi per la gestione integrata del Ciclo della Performance. Non è più solo la fase di negoziazione degli obiettivi e contestuali indicatori a trovare rappresentazione nell'applicativo, quanto tutta la fase di monitoraggio dei trend in corso d'anno e la grande novità dell'interazione con i professionisti coinvolti nel processo, fino alla fase di valutazione della performance a consuntivo, considerata sia d'équipe che individuale.



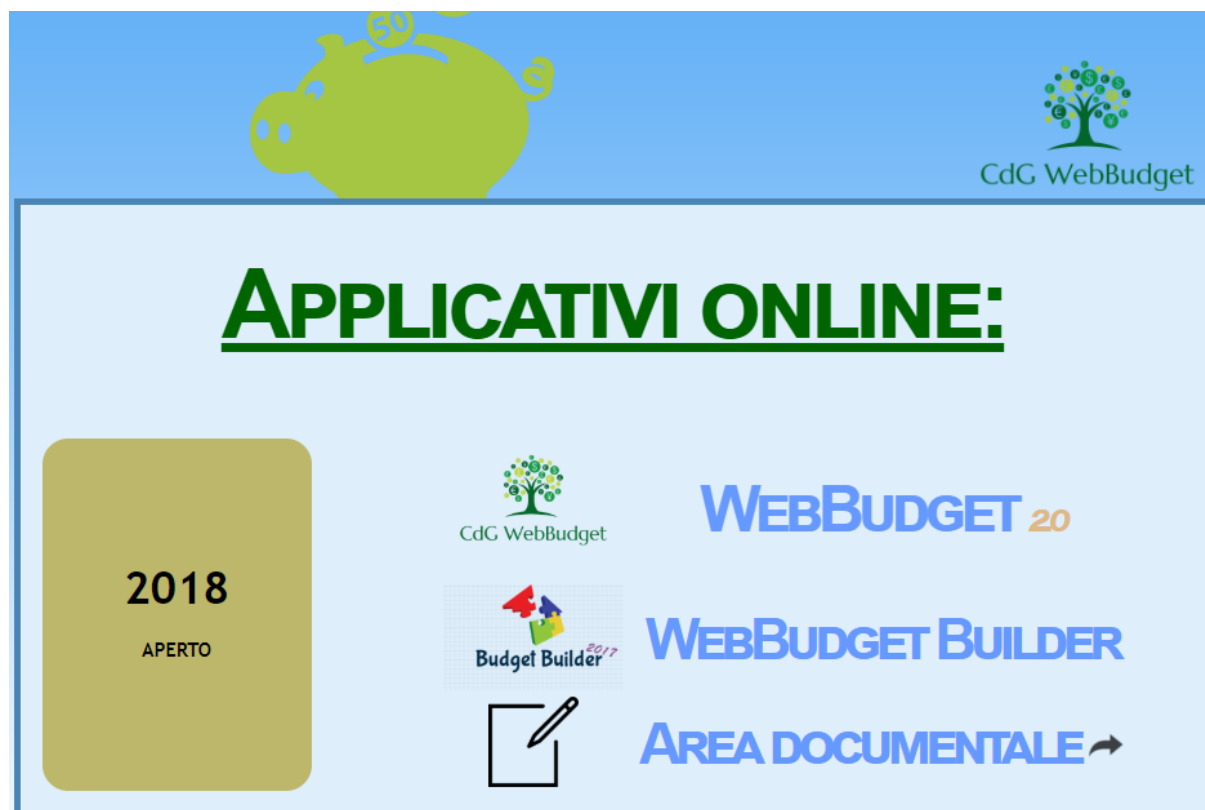
Applicativo Web realizzato in-house con tecnologia Server ASP.NET e Client Javascript, su back-end SQL-Server.
Costituito principalmente dai moduli:

- Gestione dei diritti utente diversificati (secondo il paradigma di ad-hoc Authorization/Authentication/Accounting);
- Logging in real-time delle operazioni e multicast-update dello stato dei client connessi
- OnLine Point-of-Presence degli utenti
- Validazione con password e firma digitale delle schede budget
- Storico (da backtracking del log) delle operazioni

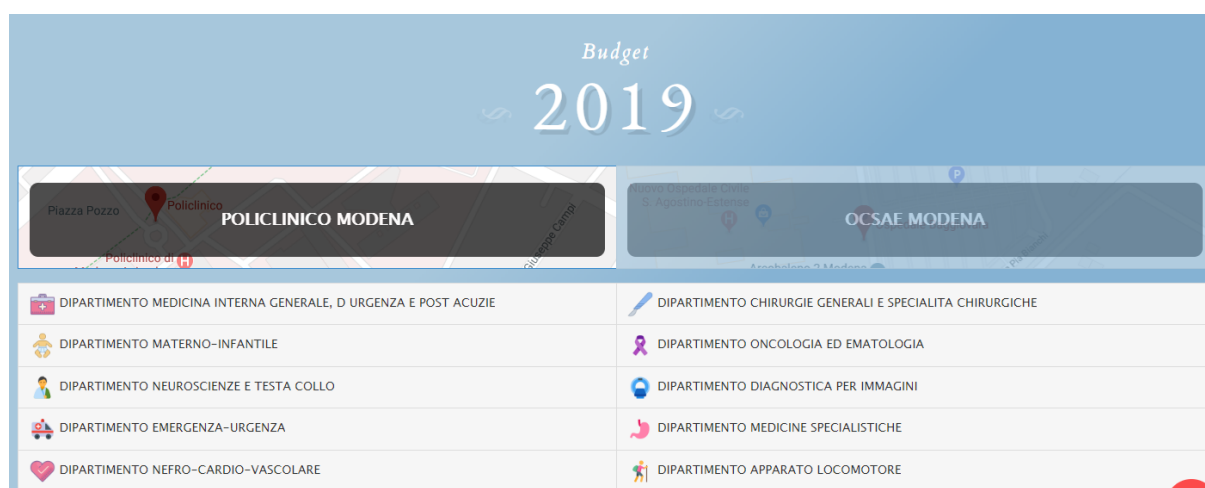
Le schede vengono compilate via web dalla Direzione Aziendale e dai singoli referenti di struttura, che negoziano l'articolazione dell'obiettivo, l'indicatore atto a monitorarlo e la tempistica di attuazione. WebBudget ha efficientato in maniera sensibile la gestione del processo di budget nel corso degli ultimi anni, in termini di:

- Facilità di accesso degli attori coinvolti, tramite la intuitiva interfaccia web raggiungibile dalla home page del CdG, sulla intranet aziendale;
- Condivisione degli obiettivi e dei relativi indicatori nella fase di definizione degli stessi e conseguente negoziazione;
- Monitoraggio in tempo reale degli andamenti aziendali in corso d'anno e a consuntivo, grazie all'allineamento mensile delle schede budget con i dati del sistema di reporting coordinato dal Controllo di Gestione.
- Validazione online della scheda budget tramite firma digitale, bypassando il processo di validazione della documentazione mediante stampa cartacea ed invio tramite mail.

L'accesso all'applicativo WebBudget avviene direttamente dalla suite del Controllo di Gestione, posizionata sulla intranet aziendale, previa abilitazione nominativa del profilo da parte del personale CdG.



La gestione dei diritti di accesso all'applicativo viene centralizzata presso il CdG e prevede, di default, l'abilitazione di tutti i componenti del Comitato di Budget e dei responsabili di struttura titolari di scheda di budget.

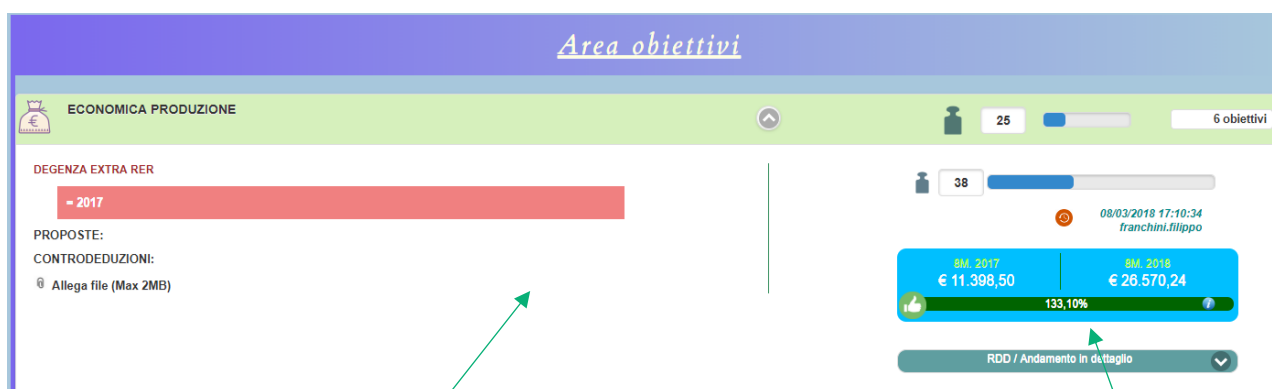


A loro si aggiungono i profili dei professionisti individuati dai responsabili per specifico coinvolgimento nel processo di budget.

La policy aziendale, definita in sede di Comitato di Budget, prevede un accesso trasversale alle informazioni ed agli obiettivi contenuti in WebBudget. Tutti i professionisti abilitati possono consultare (*in sola lettura, ndr*) tutte le schede di budget presenti all'interno dell'applicativo. Sarà facoltà di ogni singolo professionista modificare gli obiettivi o i target della sola struttura di appartenenza gerarchica. L'impostazione mira a privilegiare la trasparenza e trasversalità di accesso alle informazioni aziendali, in un'ottica di coinvolgimento attivo dei professionisti e condivisione degli obiettivi strategici di azienda.

Nel 2019 viene confermata la struttura del processo, sia per quel che riguarda la costruzione delle schede di budget e della relativa negoziazione nel corso degli incontri formali di inizio anno, quanto per l'importante momento di revisione di budget, da prevedere nei mesi estivi per ritrarre gli obiettivi aziendali sulla base degli andamenti registrati nei primi mesi dell'anno.

WebBudget consentirà in corso d'anno, in continuità con quanto già avvenuto nel corso del 2018, il monitoraggio degli indicatori:



Area “negoziiazione”

- Sintetizza Area indicatore, Indicatore e target.
- Consente l'elaborazione di proposte e controdeduzioni

Area “monitoraggio”

- Aggiornata mensilmente con i trend di attività vs target
- Consente di gestire il peso degli indicatori, all'interno dell'area di riferimento
- Attiva la gestione dell'RDD per commentare lo stato di avanzamento dei trend

Confermati anche per il 2019 tre aspetti specifici gestiti all'interno del processo di budget:

1. Monitoraggio target
2. Gestione online RDD
3. Valutazione individuale

Monitoraggio target

Ciascun obiettivo è valutato nel suo andamento sia rispetto all'anno precedente [valore anno corrente – valore anno precedente (valore assoluto e %)] che rispetto al target di riferimento,



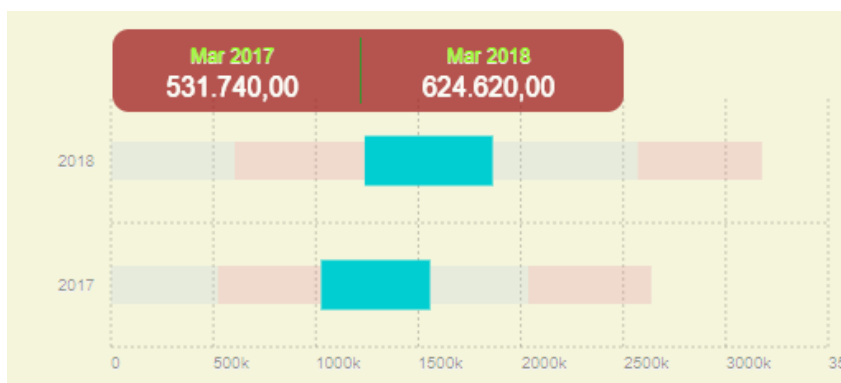
individuato (a livello economico) ad inizio anno, in linea con quanto riportato nel bilancio economico preventivo.

Gestione online RDD

Ogni mese, in concomitanza con l'aggiornamento dei dati di attività e consumo alimentati in maniera integrata dalla Contabilità Analitica aziendale, i professionisti possono gestire direttamente nell'interfaccia web dedicata il Riesame della Direzione (RDD), con riferimento ai singoli obiettivi di budget:



Il modulo di gestione dell'RDD consente ai professionisti di analizzare l'andamento mensile dell'indicatore selezionato, individuando in maniera intuitiva eventuali picchi di produzione (o consumo) inattesi.



Allo stesso tempo permette di interagire con la Direzione Aziendale, i Servizi di Supporto e le altre componenti cliniche interessate dall'analisi dell'indicatore in oggetto, riportando riflessioni e chiavi di lettura che aiutano a contestualizzare i risultati raggiunti (o disattesi).

Aggiungi RDD

RDD AL MESE 5 (, il 26/07/2018 08:51:00)

Considerazioni:

La spesa per i farmaci risulta in aumento in particolare per l'introduzione di molecole ad alto costo che lo scorso anno non erano disponibili. In particolare ci riferiamo a :

Daratumumab, Elotuzumab per il trattamento del mieloma multiplo, Obinutuzumab per la terapia della leucemia linfatica cronica. Per questi farmaci la spesa nei primi 5 mesi del 2017 è stata pari a zero

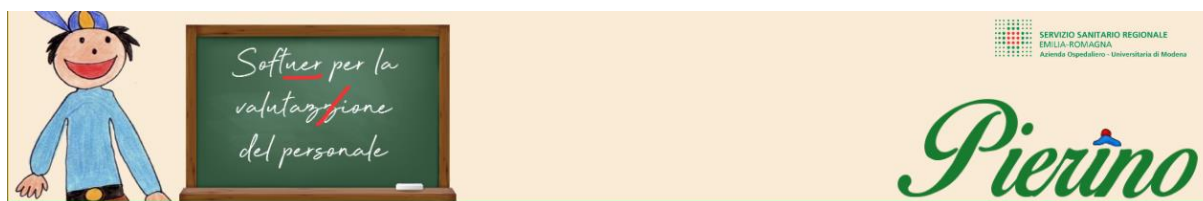
Carfilzomib per la terapia del mieloma multiplo. Il farmaco è stato introdotto ad inizio 2017 per cui la spesa nei prime mesi del 2017 è contenuta ed è via via incrementata nel corso dello stesso anno

Come è possibile notare dai dati riportati il mieloma multiplo è la condizione neoplastica cronica prevalente e ogni anno il numero di pazienti seguiti incrementa. Questo riflette la più lunga

La gestione online del Riesame della Direzione, direttamente visibile a livello aziendale, è valore aggiunto di immediata comprensione, per l'intero sistema azienda.

Valutazione individuale

L'innovazione dal più alto impatto organizzativo è tuttavia rappresentato dall'avvio del modulo integrato di Valutazione Individuale della Performance, già testato con successo nel corso del 2018. WebBudget 2.0 ospita, per la prima volta, una piattaforma online denominata "Pierino" che consente di gestire dall'inizio alla fine il percorso di valutazione individuale della dirigenza e, in fase di implementazione, del comparto.



Illustrato in fase di test nel corso del percorso di budget 2018, il modulo relativo alla valutazione individuale della performance 2017 ha restituito risultati oltre ogni aspettativa. Sono stati tanti i Direttori di Struttura che hanno utilizzato in maniera entusiasta l'interfaccia interamente online che gestisce il processo di valutazione, pervenendo alla compilazione, condivisione e validazione della scheda individuale dei propri collaboratori direttamente online, attraverso WebBudget.

Il percorso ha trovato una sua esplicitazione formale nel "Piano Aziendale di Avvicinamento allo standard previsto dalla Delibera 5/2017 OIV SSR", protocollato con nota interna n. 33428 in data 28/12/2018 ed ufficialmente adottato dalla AOU di Modena con delibera n. 3 del 14/1/2019.

3. Obiettivi di attività

Il contesto normativo ed organizzativo vigente, stabilisce che la valorizzazione dell'attività erogata dall'Azienda sia regolamentata dagli accordi di fornitura di valenza provinciale, con l'Azienda USL di Modena e di valenza regionale. La situazione relativa all'anno 2017 della realtà provinciale modenese, coinvolta dal progetto di sperimentazione gestionale fra i due stabilimenti ospedalieri, è connotata da forte specificità: il budget del contratto di fornitura provinciale è stato fissato in linea con quanto pattuito nel corso del 2016 per quell che concerne la realtà dello stabilimento Policlinico, mentre sul versante Ocsae viene pattuito un sostanziale allineamento rispetto alla situazione fotografata dalla chiusura contabile dell'anno 2016, cui affiancare un monitoraggio di quelli che vengono identificati quali "obiettivi qualificanti" del progetto (di durata pluriennale e di ricaduta tangibile sulla rete interospedaliera e provinciale).

Con riferimento all'attività del Policlinico, i valori di budget del contratto di fornitura regionale sono identificati da tetti provinciali e, analogamente a quanto già riportato per il budget della provincia di Modena, si conferma il mantenimento dell'attività. Tale obiettivo è da calare nel contesto di trasferimento dell'attività di day hospital in quella ambulatoriale e di differente offerta di posti letto. Tali considerazioni trovano ulteriore rafforzamento sul 2018, anno in cui troverà sostanziale attuazione operativa la sperimentazione gestionale fra Policlinico ed Ocsae. In attesa dell'ufficializzazione degli accordi di fornitura con l'Azienda USL territoriale per l'anno 2018, giova richiamare e puntualizzare gli aspetti strategici su cui anche nell'anno in corso sarà indispensabile concentrare lo sforzo pianificatorio e di monitoraggio.

3.1 Concertazione prestazioni intermedie

Si intende concertare un volume finito di prestazioni intermedie per reparto di degenza, in coerenza all'effettivo utilizzo di esami invasivi, di diagnostica radiologica di secondo livello e di esami di laboratorio, con l'obiettivo di mantenere le degenze dei reparti internistici in linea con la media regionale e promuovere l'appropriatezza complessiva dei percorsi di ricovero chirurgico e specialistico, oltre a perseguire un contenimento dei costi. Il servizio erogatore (Radiologia, Endoscopia, Cardiologia, Laboratorio) promuove il ricorso appropriato alle prestazioni intermedie secondo quanto previsto nei PDTA, ove definiti, anche tramite audit specifici su prestazioni particolarmente critiche e pesanti.

3.2 Attività di degenza

Anche per l'anno 2019 nell'ambito delle prestazioni assistenziali svolte in regime di degenza (ordinaria e day hospital/ day surgery), si mantengono come linee programmatiche alla base dell'organizzazione alcuni obiettivi a scorrimento da perseguire, in coerenza con le previsioni normative nazionali e regionali.

In particolare si vuole rammentare il vincolo del rispetto del numero di posti letto per densità di popolazione, così come individuato nel Decreto Ministeriale 70 del 2015 e ribadito in applicazione regionale dalla DGR 2040 del 2016. Per consentire il più efficiente utilizzo della dotazione di posti letto articolati fra le diverse Unità Operative si continuerà a garantire la gestione centralizzata e armonica ove sono presenti piattaforme multidisciplinari di degenza, in particolare in ambito chirurgico.

Le discipline chirurgiche dovranno prevedere il mantenimento di quanto previsto nella DGR 272/2017 riguardante il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni chirurgiche in regime di

ricovero, applicando omogenee modalità di inserimento in lista di attesa e monitorando le tempistiche per gli interventi di chirurgia oncologica e delle diverse patologie monitorate.

In ambito di intera azienda, si propone un'attenzione particolare per l'effettuazione di attività ad alta specializzazione, per perseguire un case mix coerente con la mission dell'AOU concentrando ove possibile gli sforzi per la presa in carico di casistica ad alta complessità, pur nel mantenimento ove necessario del ruolo imprescindibile di ospedale di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nel corso dell'anno sarà oggetto di osservazione oltre che il set standard di indicatori di attività (degenza media di Unità Operativa, tasso di occupazione dei posti letto, indice di turn over, etc) anche la durata complessiva del processo di ricovero per paziente, intesa come degenza media complessiva aziendale dell'episodio di cura.

Si conferma l'attenzione per il contenimento e la riduzione dove necessario dei volumi di casistica di ricovero a rischio di inappropriately, per tendere al raggiungimento delle previsioni contenute a livello di Programma di Miglioramento e Riquilibrificazione (art. 1, c. 385 e ss. della Legge 11 dicembre 2016 n. 232) e alle Linee di Programmazione e di Finanziamento della Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'Anno 2018 (DGR. 919/2018).

Nell'ottica del miglioramento dell'efficienza produttiva e della flessibilità nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento alle attività chirurgiche, si porrà l'attenzione ai tempi di utilizzo delle sale operatorie assegnate alle equipe, alla corretta pianificazione degli interventi, al monitoraggio delle non conformità di maggior impatto sul percorso chirurgico e sulla sicurezza del paziente (lateralità, consenso informato, etc.).

3.3 Attività di specialistica ambulatoriale

I volumi e la tipologia dell'attività specialistica erogata dovranno tenere in considerazione: l'accordo di fornitura, il trasferimento dei DH in ambulatoriale e le azioni per il contenimento dei tempi di attesa sui diversi fronti (con particolare attenzione all'area chirurgica), prevedendo azioni di eventuale riconversione di attività per percorsi specifici. Dovranno essere migliorate le modalità di gestione delle agende, in modo particolare per quelle prestazioni che concorrono alla garanzia del rispetto dei tempi oggetto di monitoraggio regionale, secondo le richieste della committenza; prevedendo l'apertura annuale del 70% dell'offerta prenotabile a CUP, con integrazioni trimestrali del restante 30%. Le agende dovranno essere aperte 48 settimane all'anno. Le attività di secondo livello per gli approfondimenti diagnostici e la gestione della cronicità dovranno essere prenotabili tramite CIP, con calendari di disponibilità dei posti trimestrali (nelle schede inseriremo i volumi settimanali CUP come richiesto da AUSL). Particolare attenzione verrà data ai percorsi di accesso con modalità 'Urgente B', secondo accordi con la committenza AUSL.

3.4 Attività chirurgica

Gli indicatori principali che guidano l'azienda nell'esprimere scelte organizzative sull'attività chirurgica sono:

- Rispetto dei tempi d'attesa secondo priorità assegnata per patologia previsti dalle normative nazionali e regionali (DGR 272/2017);
- Rispetto dei volumi e delle soglie di rischio di esito (DM70/2015 e DGR 2040/2015);
- Capacità organizzativa e di pianificazione delle sedute operatorie assegnate, monitorate tramite indicatori di utilizzo (chiusure anticipate/sforamenti già rilevato dal cruscotto);
- Indice di adesione alla lista presentata (ovvero pazienti in lista = pazienti operati);

- Partecipazione alla riunione settimanale di pianificazione dell'attività chirurgica per stabilimento;
- Presentazione negli incontri settimanali delle liste operatorie informatizzate e complete entro i tempi previsti, comprensive di ricoveri in regime ALP;
- Gestione multidisciplinare dei casi oncologici complessi da avviare ad intervento chirurgico, tramite effettuazione di incontri per valutazioni multidisciplinari (DGR 2040/2015; DGR 272/2017);
- Monitoraggio attività ed utilizzo sala ibrida

3.5 Appropriatezza

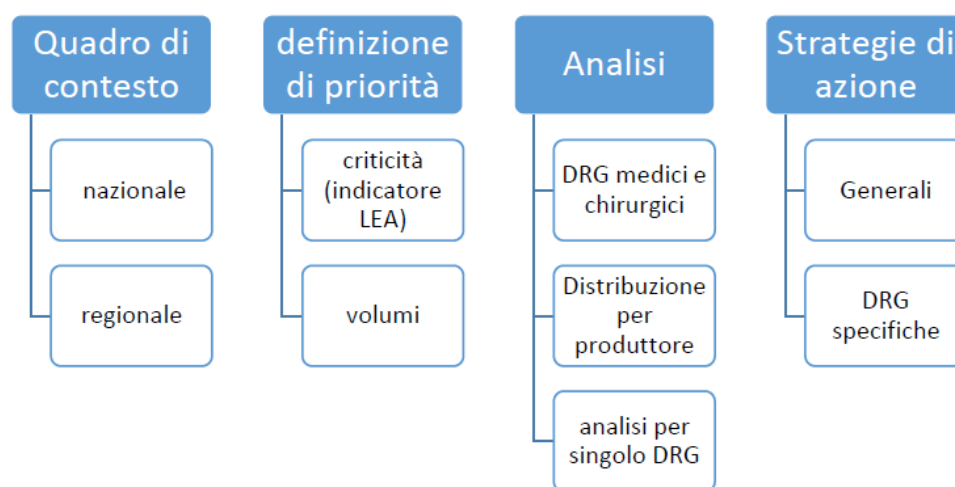
A fronte della valutazione LEA 2015 si intendono avviare azioni volte a ridurre la potenziale inappropriatezza in regime di ricovero ordinario nelle strutture della regione Emilia Romagna.

Si è deciso di definire le priorità di intervento raggruppando i 108 DRG previsti in 3 gruppi: alta, media e bassa priorità di intervento. I DRG sono stati classificati in relazione al livello di criticità (griglia LEA) ed ai volumi.

Successivamente, seguendo la progressione del livello di criticità, saranno condotti approfondimenti per ciascun DRG, fino all'identificazione delle strategie più appropriate di intervento.

Le azioni saranno commisurate alla tipologia di DRG (medico/chirurgico) alle caratteristiche del produttore prevalente (AUSL, AOSP, privato) nonché ad aspetti di carattere clinico-organizzativo che possono determinare comportamenti potenzialmente inappropriati.

La Regione Emilia-Romagna è stata valutata “adempiente con impegno” rispetto agli indicatori LEA per l'anno 2015 con una percentuale pari al 15% di DRG critici.



Per la definizione del livello di criticità di ognuno dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, sono calcolati per Regione:

- Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab): calcolato complessivamente per ricoveri ordinari e diurni per Regione di residenza.
- Percentuale di ricoveri ordinari: calcolato sul totale dei ricoveri dei soggetti residenti dimessi entro Regione. La percentuale di ricoveri ordinari per ciascun DRG a rischio inappropriatezza è stata calcolata considerando i ricoveri in DO > di 1 giorno.

Dal 2017, la Regione Emilia-Romagna ha avviato un programma specifico di monitoraggio della casistica potenzialmente inappropriata, anche con riferimento a categorie specifiche di DRG, considerati critici.

L'obiettivo è quello di Ridurre la quota di DRG in regime ordinario con trasferimento della casistica al regime diurno, nonché ridurre la quota di ospedalizzazione delle condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale.

Questi i 6 DRG su cui intervenire prioritariamente:

DRG	Tipo	Descrizione DRG
503	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
088	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
158	C	Interventi su ano e stoma senza CC
538	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
429	M	Disturbi organici e ritardo mentale
008	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC

L'AOU di Modena recepisce pertanto anche nel budget 2019, così come sperimentalmente effettuato nel 2018, uno specifico indicatore finalizzato al perseguimento di tale obiettivo. L'indicatore, costruito sulla base dei criteri regionali ufficiali di monitoraggio, verrà elaborato con cadenza trimestrale, in allineamento con le rilevazioni InSidER, al fine di sorvegliare il trend aziendale rispetto alla casistica critica individuata.

3.6 Efficienza di utilizzo dei posti letto

Le attività dell'ospedale sono sempre più interdipendenti con quelle del territorio. L'attività che si avvale di ricovero in degenza ordinaria ha come riferimento per il 2016 e gli anni successivi il documento "Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera" della Regione Emilia-Romagna, che prevede di portare la dotazione dei posti letto regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015: 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie tenuto conto del saldo di mobilità. Resta attuale l'indicazione istituzionale di mantenere o migliorare l'efficienza di utilizzo della risorsa posto letto, con particolare riferimento ai classici indicatori di flusso quali Durata Media di Degenza ed Occupazione Media Percentuale. In una logica di corretto utilizzo della risorsa "ospedale" potrà rivelarsi utile considerare la durata media di degenza non solo di reparto ma d'azienda, soprattutto verso i ricoveri con degenza protratta.

Relativamente al tema dei ricoveri in urgenza, per l'anno 2018 si conferma:

- il modello che prevede che le U.O di Medicina Interna e Specialistica Medica garantiscano un numero minimo giornaliero, standardizzato, di disponibilità di posti letto per le necessità di ricovero da parte del Pronto Soccorso allo scopo di favorire una puntuale presa in carico dei pazienti con l'assegnazione di un appropriato setting clinico e assistenziale (vedi indicazioni organizzative della Direzione). Tale modello che ha lo scopo di assicurare una appropriata collocazione logistica dei pazienti evitando l'utilizzo dei posti letto in "appoggio" presso reparti non di competenza, considera altresì che anche le Unità Operative Chirurgiche devono garantire una quotidiana disponibilità di posti letto per il Pronto Soccorso e che sia anche previsto un contributo del Dipartimento Oncologico."
- l'opzione di utilizzare una Sezione ad Attivazione Straordinaria per far fronte a picchi di accessi che vadano oltre la normale operatività.

Inoltre, per l'ambito chirurgico, si confermano i sistemi e modelli organizzativi già adottati quali:

- **la Day Surgery multidisciplinare** (aziendale) dove si effettuano interventi chirurgici o anche talune procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia generale, loco-regionale o locale;
- **la One Day Surgery** ricovero che prevede il pernottamento ospedaliero del Paziente nel giorno dell'intervento o procedura chirurgico e che consente atti chirurgici più complessi, che comunque necessitano di un controllo postoperatorio a breve. Patologie o procedure chirurgiche che possono nell'immediato decorso post-operatorio presentare complicanze cliniche;
- **la Week Surgery** per tutti quegli interventi di bassa o media complessità o per procedure diagnostico-terapeutiche che prevedano una degenza entro i 5 giorni. L'attività si svolge dal lunedì al sabato mattina e vede:
 - a. miglior comfort per i Pazienti;
 - b. facilitazione del recupero funzionale del Paziente operato;
 - c. maggior appropriatezza dei ricoveri;
 - d. contenimento dei tempi di permanenza in ospedale;
 - e. miglior rapporto risorse impiegate/efficacia delle prestazioni;
- **Centralizzazione del prericovero** un'unica area dedicata al percorso preoperatorio del Paziente dagli esami preoperatori di routine (esami ematochimici, ECG, Rx torace, altre consulenze se previste) alla visita anestesiológica. Ciò consente di eliminare la degenza preoperatoria e di effettuare il ricovero il giorno stesso dell'intervento.

3.7 Tempi di attesa

La Circolare 21 del 10 novembre 2015 'Politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche e la DGR 1056 del 27 luglio 2015 'Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie' dettano precisi indirizzi operativi alle Aziende Sanitarie in merito alla facilitazione al cittadino sui percorsi della specialistica ambulatoriale. La riorganizzazione complessiva dell'offerta su base provinciale non prevede solo un aumento di attività tramite l'efficientamento e l'aumento delle disponibilità di prestazioni a disposizione dell'utente (attuata con overbooking e recall di pazienti in attesa da più lungo periodo, apertura ambulatori e servizi al sabato e alla domenica), ma anche revisione dell'offerta interna che, per le Aziende sede di attività di secondo livello come la nostra, significa presa in carico clinica da parte dello specialista e prenotazione in carico alla struttura in caso di accertamenti diagnostici ulteriori alla visita, evitando al paziente di tornare a medico di medicina generale per le prescrizioni e al CUP per le prenotazioni. Ulteriori miglioramenti organizzativi richiesti dalle norme sopracitate fanno riferimento alla gestione di pazienti complessi tramite la strutturazione di percorsi di Day Service e al consolidamento di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica tramite gestione interna del followup.

La partecipazione al tavolo provinciale 'Task Force specialistica', coordinato dalla AUSL e che coinvolge rappresentanti organizzativi dei Distretti, delle Direzioni Ospedaliere, dei Medici di medicina generale, consente la individuazione di aree di miglioramento organizzativo che si attuano su 3 macroaree di offerta provinciale (Nord, Centro, Sud) con l'obiettivo di efficientare e rendere omogenei i percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche.

Parimenti sono attuate iniziative volte a migliorare l'appropriatezza clinica, con l'individuazione e la condivisione di scenari clinici che prevedono l'accesso a prestazioni 'Urgenti B'.

3.8 Libera professione

Nel corso del 2018 l'attività libero professionale intramuraria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena è stata interessata da una riorganizzazione che si è sviluppata su diversi fronti. E' stata completata l'integrazione delle procedure relative alla LP avviate con la sperimentazione gestionale fra Policlinico e Ospedale Civile di Baggiovara che ha consentito il definitivo superamento delle precedenti modalità AUSL in uso presso l'OCB e la conseguente completa gestione sui sistemi dell'AOU. Parallelamente è stata completata a livello aziendale l'informatizzazione di tutte le procedure, consentendo la completa tracciabilità di tutte le fasi dell'attività: dalla predisposizione delle agende/calendari, alla prenotazione, alla refertazione, al pagamento delle prestazioni erogate, al recupero del credito, fino alla liquidazione dei compensi ai professionisti. E' stato inoltre ampliato il sistema aziendale dei controlli che ha riguardato le varie tipologie di Alpi, compresa la così detta "allargata" e i professionisti che hanno optato per la libera professione extramoenia. E' stata inoltre data applicazione alla procedura amministrativo-contabile (SAAOPS02 del 12.9.2017) relativa alla certificabilità dei dati di bilancio (PAC).

La nuova organizzazione consentirà, anche nel 2019, di implementare le diverse procedure aziendali con l'obiettivo di garantire la conformità alle numerose disposizioni nazionali e regionali in materia, in particolare al nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 che, nei punti 5.1 e 5.2, introduce misure specifiche relative all'attività libero professionale intramuraria. Proseguirà inoltre l'applicazione delle misure previste nel Piano triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021.

In tema di monitoraggio, come previsto dalla legge 120/2007 e s.m.i. e dall'art. 2 c. 1 dell'Accordo Stato-Regioni del 18.11.2010, nell'ambito della programmazione annuale, saranno definiti per ciascuna Unità Operativa i volumi di attività istituzionale e quelli erogati in regime libero professionale. Il monitoraggio troverà applicazione concreta nel sistema "WebBudget" nel quale saranno inseriti, anche per il 2019, indicatori per ogni Unità Operativa che eroga prestazioni in LP, fissando il tetto del 50% per il rapporto volumi LP/SSN ambulatoriale e ricovero. Gli indicatori, grazie al sistema WebBudget, saranno soggetti a un monitoraggio periodico, consultabile in tempo reale.

Restano valide le disposizioni regionali contenute nella Delibera 1056 del 2015 che fornisce indicazioni in merito alla coerenza tra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia. Lo strumento attualmente utilizzato dalla Regione per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (prime visite ed indagini strumentali) sarà implementato con l'intento di monitorare i volumi produttivi aziendali delle stesse prestazioni in regime libera professione.

4. Razionalizzazione dei consumi

Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali sono quelli del pareggio di bilancio, attuando la normativa nazionale in materia sanitaria con specifico riferimento alle disposizioni definite nei termini di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, assicurando l'erogazione dei LEA.

L'Azienda sarà impegnata nel garantire gli obiettivi precedentemente richiamati ricercando e mettendo in campo tutte le misure ed azioni necessarie così da rendere compatibile il mantenimento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. In altri termini, il perseguimento dei più alti livelli di efficienza dovrà rappresentare un impegno strategico proattivo in tutti gli ambiti dell'organizzazione.

Compito dell'Azienda è la garanzia di approvvigionamento dei beni di consumo, come da indicazioni nazionali (es. spending review) e regionali (es. aderenza gare AVEN/IntercentER).

All'interno di questo quadro si colloca l'acquisizione e, successivamente la spesa dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi medici, il cui utilizzo è subordinato alla promozione e consolidamento dell'appropriatezza prescrittiva, alle raccomandazioni e alle linee guida da attuare tramite percorsi di standardizzazione, responsabilizzazione, monitoraggi e audit ad hoc.

In tale contesto, nelle singole schede di budget verranno adottati indicatori ed obiettivi anche sulla spesa indotta, ovvero prescritta dai professionisti dell'Azienda, ma la cui spesa ricade sul bilancio dell'azienda territoriale, assumendo, pertanto, una visione provinciale.

In ultimo, di concerto con il servizio di ingegneria clinica, in termini di ottimizzazione delle risorse umane e strumentali è attivabile un percorso di monitoraggio delle attività ambulatoriali correlate all'utilizzo di apparecchiature complesse e costose. Per alcuni codici, come ecografi ed altri particolari, individuare l'effettiva occupazione e sostituibilità dei dispositivi al fine di renderli maggiormente disponibili per gli utilizzi previsti.

Al fine di garantire il vincolo del pareggio di bilancio, per singolo dipartimento, note le specificità, verranno assegnati budget di valore assoluto della spesa sia per i beni ed i servizi tecnici, ponendoli anche in relazione all'attività erogata.

4.1 Assistenza Farmaceutica

Gli obiettivi in tema di assistenza farmaceutica si focalizzano sulla promozione dell'uso sicuro ed appropriato dei beni sanitari e sulla corretta allocazione delle risorse, ponendo particolare attenzione alle scelte in termini di rapporto costo-efficacia e costo-opportunità, in particolare

1. Razionalizzazione della spesa farmaceutica AO-U e AUSL per acquisto ospedaliero di farmaci, nel rispetto dei limiti di finanziamento previsti dalla RER e considerando anche budget specifici concordati per farmaci ad alto costo e innovativi erogati direttamente a carico AUSL.
2. Utilizzo dei farmaci che all'interno dello stesso gruppo presentino il miglior rapporto costo-opportunità.
3. Aumento della prescrizione di medicinali biosimilari in linea con gli obiettivi regionali e secondo quanto riportato nel documento prodotto sul tema dalla CRF (Commissione Regionale Farmaco).
4. Puntuale compilazione e gestione dei Registri di Monitoraggio AIFA e completamento, nei tempi stabiliti da AIFA, delle operazioni necessarie per potere ottenere i rimborsi dei farmaci, ove previsto.

5. Contenimento spesa farmaceutica convenzionata entro i limiti di finanziamento previsti dalla RER per il 2019; favorire il buon uso della risorsa farmaco in ambito territoriale tramite l'aumento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, l'adesione alle raccomandazioni relative ai gruppi di Farmaci per i quali sono stati fissati specifici obiettivi RER, con particolare riferimento a PPI, Statine, Antibiotici e Fluorichinoloni, Vitamina D, Farmaci antidiabetici).
6. Attivazione di specifici percorsi per la fornitura di Farmaci ai pazienti finalizzati a migliorare il servizio al paziente e a favorire l'economicità del sistema.
7. Azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico tramite l'utilizzo della prescrizione informatizzata in ambito di degenza, dimissione e da visita ambulatoriale, con il consolidamento e lo sviluppo degli applicativi a livello aziendale e provinciale, da integrare col il programma di gestione della Distribuzione Diretta.
8. Adozione di strumenti che consentano la realizzazione di audit per ambiti specifici (es. schede informatizzate di prescrizione elaborate sulla base delle raccomandazioni RER).
9. Razionalizzazione e contenimento della spesa per Dispositivi Medici in relazione alla riorganizzazione delle attività assistenziali individuata dalla Direzione Aziendale. Rispetto dei percorsi di Area Vasta ed aziendali inerenti la fornitura di Dispositivi Medici.

Verrà data continuità al lavoro di gruppi multidisciplinari a livello Provinciale per la condivisione di indirizzi prescrittivi, per attività di audit e monitoraggio per aree a rilevante impatto clinico ed economico, in particolare:

- oncologici ed ematologici
- biologici
- HIV
- Farmaci per HCV
- Farmaci per DMLE
- Farmaci per la sclerosi Multipla
- Farmaci cardiovascolari di rilevante impatto clinic ed economico
- Farmaci per malattie rare

Verrà effettuato il monitoraggio periodico dei consumi di farmaci e DM con analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo e al finanziamento regionale; tale reportistica e rendicontazione verrà presentata e fornita ai Direttori di Dipartimento, per la discussione all'interno dei periodici incontri di Dipartimento programmati.

Dall'analisi dei consumi quali e quantitativa si procederà alla verifica dell'adesione alle gare regionali e AVEN.

In considerazione dei meccanismi di rimborso dei farmaci da parte delle Aziende Sanitarie di residenza dei pazienti, verranno seguiti i percorsi per la corretta implementazione del Flusso FED.

5. Governo Clinico

Le linee organizzative aziendali si realizzano - nell'ambito di un sistema di governo clinico che sappia coniugare la funzione manageriale e professionale - coordinando i diversi ambiti di responsabilità e autonomia delle figure professionali coinvolte. Utilizzando questo sistema di governo come "cuore" dell'organizzazione, si intende perseguire obiettivi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di salvaguardia degli alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica con il contributo di tutte le competenze professionali.

Il governo clinico rappresenta una strategia gestionale fondamentale del sistema decisionale aziendale e richiede una innovazione dell'approccio ai bisogni dei pazienti da parte del corpo professionale che deve essere orientata a soddisfare le aspettative degli utenti tenendo conto del sistema organizzativo in cui sono inseriti e delle caratteristiche del processo assistenziale offerto. Il governo clinico ha come principali obiettivi l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, ma anche il raggiungimento del migliore equilibrio tra queste componenti e le risorse disponibili.

In un'ottica prospettica, il Governo Clinico deve tendere ad un innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni attraverso l'introduzione di azioni finalizzate alla prevenzione del rischio di malpractice ed all'aumento della trasparenza del sistema aziendale.

Gli strumenti impiegati sono i seguenti:

- *Pratica clinica basata sull'evidenza*: le linee-guida cliniche e clinico-organizzative rappresentano sia lo strumento di sintesi delle evidenze disponibili, di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, che lo strumento attraverso il quale si possono valutare i risultati e la qualità dell'assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da raggiungere o verso cui tendere.
- *Valutazione della performance clinica* (audit clinico): revisione sistematica della casistica clinica e di specifici casi clinici trattati a fronte di uno standard di indicatori condivisi, con funzione di ricercare le criticità dei comportamenti clinici o organizzativi con la finalità di attivare un processo di miglioramento continuo della performance dell'assistenza.
- *Sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità*: il Sistema Qualità rappresenta il livello metodologico di base aziendale e dipartimentale, per l'esercizio del governo clinico.
- *Responsabilità*: la conoscenza da parte degli operatori delle tecniche e degli strumenti del governo clinico è un elemento centrale per la partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico dell'organizzazione ed un fattore basilare per la valorizzazione del ruolo e della responsabilità.
- *Gestione del rischio clinico*: attuato attraverso l'applicazione di due approcci complementari: l'approccio preventivo orientato all'analisi di processo ed all'identificazione delle aree che richiedono interventi correttivi e/o di miglioramento, oltreché dal continuo monitoraggio della qualità e dell'adeguatezza del servizio erogato, e l'approccio reattivo, realizzato a partire dalla registrazione e l'analisi degli eventi avversi sia effettivi che potenziali, con la finalità di studiarne le cause e attivare percorsi di miglioramento che ne riducano la frequenza e la gravità.
- *Assessment delle tecnologie*: le tecnologie sanitarie sono analizzate attraverso un coinvolgimento ed un impegno multidisciplinare tenendo in considerazione gli aspetti medici, sociali,

economici ed etici conseguenti al loro utilizzo, con lo scopo di promuovere e sostenere il miglior valore in termini di salute.

A tal fine è stato individuato un gruppo coordinato dal Direttore Gestione Operativa, che vede presenti e integrate le competenze negli ambiti del Governo Clinico, che si occuperà di tracciare una strategia complessiva ed unitaria a supporto del Direttore Sanitario nella promozione di politiche di miglioramento della efficacia, appropriatezza di prestazioni e percorsi in ambito diagnostico, terapeutico e assistenziale, tramite il Coordinamento delle funzioni dei Servizi Qualità, Gestione del Rischio ed Appropriatezza.

In questa cornice particolare attenzione viene rivolta all'implementazione di modelli organizzativi innovativi, con l'obiettivo di coniugare efficienza ed efficacia delle cure, seguendo un filo conduttore che pone il paziente in una posizione di centralità:

- **I Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA):** come modello organizzativo di presa in carico del paziente ed erogazione dell'assistenza che con maggiore completezza ed immediatezza permette l'applicazione dei principi del Governo Clinico. Si sviluppa sul principio della presa in carico stabile del paziente - secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro di equipe – dettagliando i passaggi essenziali di cura dal momento della diagnosi e trattamento fino al follow up. L'obiettivo è di rispondere, con un approccio di integrazione multidisciplinare e interprofessionale, alle esigenze di specifiche categorie di pazienti, gestendone tutti gli aspetti: clinici, organizzativi, relazionali.
- **Le reti:** come modelli di assistenza/assetto multiorganizzativi in cui il coordinamento e l'integrazione - in relazione al bisogno di salute, alla complessità ed alla prossimità geografica - avviene a diversi livelli: aziendale, interaziendale, provinciale, di Area Vasta, Regionale. L'obiettivo è di affrontare problemi di salute che non possono essere affrontati, o non possono esserlo con facilità, dalle singole organizzazioni.
- **Le aree:** come approccio al paziente che vede la cura non più organizzata verticalmente sulle specialità cliniche e sulle peculiarità delle singole unità operative, ma che ruota attorno alla persona ed alle sue esigenze assistenziali, a cui rispondere attraverso processi di cura e di assistenza orizzontali, modulari e flessibili e strumenti clinico-organizzativi.

5.1 Percorsi

Come esplicitato nei documenti programmatici del 2018, prosegue nel corso del 2019 il lavoro di coordinamento per quanto concerne lo sviluppo, la sistematizzazione e l'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) individuati come strategici da parte del gruppo dedicato al governo clinico aziendale. Rimane valida la gestione della strategia di prioritarizzazione, che vuole perseguire partendo da un approccio bottom-up la revisione delle proposte scaturite dalla tecnostruttura clinica in integrazione con gli indirizzi derivanti dalle logiche direzionali aziendali e sovra-aziendali.

Si confermano gli obiettivi individuati nel 2018 con respiro almeno biennale, e si continua ad assicurare una collaborazione costante con i livelli provinciali per la realizzazione dei percorsi interaziendali, in particolare in quelle aree che ricomprendono l'articolata e multifattoriale presa in carico di pazienti fragili, complessi e multi-patologici.

Alcuni ambiti che sono stati oggetto di revisione logistico-organizzativa potranno vedere nel corso dell'anno un monitoraggio puntuale circa l'applicazione delle strategie individuate (es. percorsi di

centralizzazione di urgenze chirurgiche e diagnostiche; gestione a respiro provinciale della risorsa posto-letto intensivo e semi-intensivo), per consentire la valutazione di efficacia, efficienza e sicurezza di percorsi e processi che vedono i pazienti muoversi lungo le direttrici di modelli Hub and spoke per le patologie tempo-dipendenti o la casistica a più alta complessità, o di rete diffusa ed integrata per la gestione di casistica in base alla vocazione delle diverse strutture provinciali.

5.2 Rischio infettivo

In ottemperanza a quanto richiesto dalla DGR 318/2013 “Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all’assistenza e uso responsabile di antibiotici”, il Programma di controllo del rischio infettivo e Programma per l’uso responsabile degli antibiotici, di concerto con il Comitato Controllo Rischio Infettivo, forniscono obiettivi rispetto alle indicazioni/strategie regionali tenendo conto, per il livello aziendale, delle criticità o necessità di messa a regime o di sviluppo di particolari ambiti. Nello specifico si prevede di ampliare l’esperienza di stewardship antibiotica e antimicotica in altre unità operative di entrambi gli stabilimenti, di estendere ad ulteriori reparti il progetto igiene mani e il progetto finalizzato al controllo della diffusione di patogeni sentinella oltre al consolidamento delle attività svolte nell’anno precedente.

5.3 Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico

Oltre al mantenimento delle attività in essere in tema di gestione del rischio clinico e ferma restando l’adesione alle future indicazioni del livello regionale in tema di sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, anche alla luce delle risultanze della verifica ispettiva di accreditamento regionale e in previsione di una più ampia pianificazione delle attività per il prossimo triennio, nel corso del 2019 verrà posta particolare attenzione a:

- Implementazione e monitoraggio delle segnalazioni relative a eventi avversi, near miss, rischi e criticità mediante sensibilizzazione degli operatori all’utilizzo dei più idonei strumenti di segnalazione sviluppati a livello aziendale (Incident Reporting, Eventi sentinella, cadute, ecc.);
- implementazione delle linee di indirizzo regionali sia in tema di prevenzione delle lesioni da pressione che in tema di gestione delle vie aeree difficili mediante recepimento delle indicazioni e redazione di procedura aziendale, utilizzo di strumenti specifici a supporto degli interventi di prevenzione, adesione ad eventuali progetti regionali di implementazione;
- stesura e/o revisione di procedure aziendali mirate alla prevenzione di eventi avversi/eventi sentinella anche al fine di uniformarne i contenuti sui due stabilimenti (terapia farmacologica, tenuta della documentazione sanitaria, prevenzione della morte del neonato sano, ecc.);
- formazione degli operatori su tematiche connesse alla sicurezza delle cure (identificazione del paziente, gestione della terapia farmacologica, gestione degli episodi di allontanamento, dispositovigilanza, ecc.) e degli operatori (prevenzione degli episodi di violenza).

6. Qualità e accreditamento

6.1 Requisiti generali regionali di Accredimento da DGR 1943/2017

Il 13 e 4 Novembre 2018 presso l'AOU di Modena si è svolta la verifica ispettiva regionale per il rinnovo dell'Accreditamento Aziendale, alla luce dei nuovi requisiti da DGR1943/2017 *“Approvazione dei requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'Accreditamento delle strutture sanitarie”*. La verifica ha riguardato entrambi gli stabilimenti Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara.

L'esito della verifica è stato positivo, non ha evidenziato alcuna segnalazione di non conformità ed ha permesso di mettere in evidenza alcuni spunti di miglioramento che rappresentano per l'Azienda un'opportunità, che si inserisce all'interno dell'importante processo di sviluppo ed innovazione in atto, a conclusione del progetto sperimentale di unificazione tra Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara (avvenuto il 31/12/2018) con l'avvio della gestione unica.

In questa cornice l'impegno dell'azienda AOUMO è duplice:

- da un lato mantenere attivo il sistema di gestione per la qualità, come livello organizzativo di base aziendale e dipartimentale che rende possibile l'agire coordinato sia per l'esercizio del governo clinico che nell'ottica dell'accREDITamento regionale, favorendo il mantenimento dei requisiti generali e specifici di accREDITamento;
- dall'altro avvalersi degli spunti offerti dalla verifica ed avviare gli interventi e le opportune azioni di miglioramento, mettendo in campo tutte le azioni necessarie avvalendosi dell'impegno e del contributo dei Servizi e delle Direzioni coinvolte, oltre che di tutte le articolazioni organizzative interessate.

6.2 Lo sviluppo del Sistema Qualità: umanizzazione delle cure e parere utenti

Il nuovo modello di Accredimento regionale (DGR1943/2017) si fonda sullo sviluppo di un sistema di gestione per la qualità aziendale che promuova e favorisca la visione sistemica dei processi direzionali e delle attività, al cui interno particolare attenzione ed approfondimento viene rivolta ad alcuni temi specifici tra cui: sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, monitoraggio delle performance (a partire dagli indicatori appartenenti al profilo Siver e Piano delle Performance, da piattaforma regionale Insider), verifica periodica dei risultati (Riesame della Direzione ed audit Clinico), clinical competence, gestione del rischio ed umanizzazione.

Per quanto attiene quest'ultimo aspetto nel corso dell'anno 2019 verrà data piena adesione alle iniziative proposte a livello regionale, ed in particolare verrà consolidato il modello per lo svolgimento delle indagini di customer satisfaction rivolte all'area della degenza sia in ambito chirurgico che internistico. L'idea, inoltre, è quella di estendere la raccolta del parere degli utenti (pazienti e care-giver) anche all'ambito che attinente ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, attraverso la somministrazione di specifici questionari.

6.3 Gli obiettivi annuali in tema di Qualità ed Accredimento

Sarà pertanto centrale nel corso del 2019 il conseguimento di obiettivi orientati a sviluppo e rafforzamento del Sistema Qualità Aziendale in coerenza con il nuovo modello regionale di Accredimento, con particolare riferimento a:

- Sviluppo delle iniziative di miglioramento emerse da verifica regionale, con il coinvolgimento dei Servizi e delle Direzioni in staff ed in line interessati

- Monitoraggio dell'adesione ai requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale (requisiti generali da DGR 1430/2017 e specifici da DGR 327/2004 e succ.) attraverso lo svolgimento di verifiche in autovalutazione o sul campo
- Svolgimento di momenti periodici di verifica dei risultati relativi alla qualità dell'assistenza (Riesame della Direzione) anche tramite indicatori specifici a partire da quelli previsti nei profili regionali di riferimento Siver e Piano delle Performance (vedi piattaforma regionale Insider)
- Discussione dei casi clinici significativi attraverso lo svolgimento di SEA-Significant Event Audit e monitoraggio della qualità assistenziale e/o organizzativa dei PDTA attraverso svolgimento di attività di audit clinico
- Monitoraggio sulle azioni correttive derivanti da attività di audit clinico e SEA-Significant Event Audit o verifica ispettiva, al fine di favorire il loro completamento nei tempi prestabiliti
- Aggiornamento dello stato di addestramento degli operatori sulla base dei criteri di clinical competence approvati da ciascuna direzione
- Svolgimento di indagine di customer satisfaction nell'area della degenza sia in ambito chirurgico che internistico.
- Svolgimento di indagini di customer satisfaction su PDTA
- Aggiornamento delle procedure specifiche, secondo valutazione del bisogno a cura dell'unità operativa in causa.

7. Obiettivi qualificanti

Gli obiettivi qualitativi sono relativi alla componente assistenziale ed organizzativa.

L'acquisizione, nell'ambito della sperimentazione gestionale, della gestione dell'Ospedale Civile Estense di Baggiovara da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico ha di fatto dato inizio ad una fase operativa, finalizzata a realizzare gli obiettivi esplicitati nei documenti programmatici da questa previsti.

Gli ambiti di riferimento su cui attivare la progettualità che permetterà di finalizzare i target individuati sono diversi: si deve considerare infatti che la mission dell'azienda si connota per una duplice natura. Se da un lato si prefigge di perseguire la fondamentale funzione di nodo della rete ospedaliera provinciale, dall'altro al contempo deve necessariamente sviluppare il proprio ruolo di polo clinico, assistenziale, scientifico e formativo all'interno del contesto regionale e nazionale.

Le direttrici di azione più importanti risultano pertanto essere quelle relative al rafforzamento dell'integrazione clinica e organizzativa interna, all'attivazione di modelli organizzativi innovativi e infine alla concreta partecipazione alla costruzione dei network interaziendali, senza dimenticare l'aspetto di eccellenza e innovazione tecnica e tecnologica.

7.1 Progetti di Integrazione Policlinico-Ocsae

Per la declinazione pratica delle linee di indirizzo individuate per la sperimentazione gestionale, divengono essenziali alcune revisioni nella gestione di percorsi e attività, che permettano di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili nei due stabilimenti ospedalieri e favoriscano la sinergia fra i professionisti affini. L'articolazione integrata di percorsi assistenziali si riflette positivamente sul processo di crescita professionale del personale coinvolto, ed esita in una efficiente ed efficace erogazione di prestazioni assistenziali strutturate sulla base delle risorse e delle competenze specifiche presenti.

Team

La modalità di gestione integrata dell'assistenza con la partecipazione coordinata di professionisti appartenenti a equipe diverse rimane uno dei cardini dello sviluppo trasversale della presa in carico dei pazienti. Nel 2019 si procederà con la strutturazione della gestione dei Team formalizzati e avviati (emodinamica, radiologia interventistica, endoscopia digestive, team in ambito endocrino-metabolico per quanto riguarda l'area delle medicine; team proctologico e gestione integrata del percorso di trattamento delle ernie primitive monolaterali nelle chirurgie generali; definizione dei percorsi per la gestione della casistica ad alta complessità dell'arto superiore in sede del Dipartimento locomotore; team per la diagnostica emolinfopatologica a scavalco fra il dipartimento onco-ematologico e quello interaziendale dei laboratori). Potranno inoltre essere definiti altri gruppi inter-stabilimento ove tale modalità organizzativa risulti appropriata e funzionale al perseguimento della necessaria integrazione professionale e omogeneità di percorsi.

Aree

Per fornire una risposta modulata in base alle esigenze e alle dimensioni prevalenti dei **bisogni dei pazienti** si sono individuate quattro Aree Mediche (più una quinta Area costituita dal Pronto Soccorso, quindi dall'accesso che per la parte preponderante dei pazienti trattati dalle Medicine si fa carico di indirizzare e gestire il *patient flow* interno):

- AREA 1 – Area Pronto Soccorso, OBI e Medicina d'Urgenza

- AREA 2 – Area Medicina Interna e Area Critica
- AREA 3 – Area Medicina Interna Generale
- AREA 4 – Area Medicine Specialistiche
- AREA 5 – Area Medicine Post-Acuzie e riabilitativa

Le Aree sono state impostate prevalentemente in base ad un'omogeneità di carattere **organizzativo** e funzionale. La presentazione dei pazienti, inevitabilmente eterogenea dal punto di vista clinico, viene quindi ricondotta ad una visione in cui si accomunano diverse anime cliniche in base alle necessità organizzativo/assistenziali.

Sono stati individuati Responsabili di Area: facilitatori, con funzioni a progetto di carattere temporaneo, a cui vengono assegnati obiettivi specifici validati dal Collegio di Direzione nell'ambito dell'attuazione del progetto riorganizzativo. Lo scopo principale è ricoprire un ruolo nella diffusione degli strumenti di Area, nella facilitazione del loro utilizzo e nel monitoraggio circa la loro applicazione all'interno dell'Area.

Nel 2019 proseguirà il percorso avviato di perseguimento di obiettivi specifici grazie alla collaborazione puntuale dei responsabili di Area in sinergia con i Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa.

7.2 Obiettivi di Rete

Nel 2019 si proseguirà con i progetti iniziati in diversi settori cruciali per la garanzia di presa in carico integrata a livello provinciale. Si ricorda infatti che sono strategiche le collaborazioni fra gli specialisti dell'Azienda territoriale e Ospedaliera, nonché il costante raccordo con gli altri attori del contesto sanitario provinciale. È nella volontà condivisa di assicurare la presenza delle competenze necessarie per una presa in carico completa e tempestiva che affonda radici l'attuale organizzazione provinciale, che vede i professionisti dell'Azienda Ospedaliera agire secondo rapporti convenzionali in sedi erogative costituite da stabilimenti ospedalieri della provincia o da altri setting assistenziali, quali la Casa della Salute/ Ospedale di Comunità

Si vogliono ricordare le progettazioni in ambito di efficientamento nella gestione delle piattaforme provinciali radiologica e neuroradiologica, il coordinamento nell'utilizzo delle risorse in termini di posti letto per la gestione dei malati critici nella rete delle terapie intensive e semi-intensive provinciali, e la revisione attuata nella gestione dei percorsi di centralizzazione delle urgenze chirurgiche e radiologiche dall'Area sud della provincia agli hub.

Anche nel corso del 2019 si perseguirà lo sviluppo di sinergie provinciali nelle attività otorinolaringoiatriche, di chirurgia plastica, di endoscopia digestiva, broncoscopiche, nefrologiche, aritmologiche. Da strutturare ulteriormente sulla scia di progettazioni già avviate le reti reumatologica e dermatologica e la gestione multidisciplinare dei pazienti con complicanze legate al piede diabetico.

In ambito di percorsi integrati si prevede la partecipazione nella gestione delle principali cronicità (scompenso cardiaco, diabete con il raccordo ospedale-territorio secondo le modalità individuate, BPCO).

L'Azienda Ospedaliero Universitaria inoltre si caratterizza per il suo ruolo di centro hub nelle reti e percorsi assistenziali in ambito materno infantile (STEN, STAM, centralizzazione della presa in carico di casi di violenze sessuali, etc).

Altro ambito di interesse è il lavoro interaziendale coordinato per la gestione delle dimissioni protette di pazienti fragili, nonché per lo sviluppo di percorsi alternativi al ricovero in urgenza nell'assistenza a pazienti accolti presso le CRA della provincia.

Stante il citato ruolo di centro di riferimento anche di valenza sovra-provinciale, si conferma l'impegno per la definizione e lo sviluppo di reti di respiro regionale, quali il progetto in atto in ambito neurofisiologico in collaborazione con Reggio Emilia e il centro di eccellenza per il trattamento chirurgico dell'epilessia refrattaria, in cui l'AOU si pone come Hub regionale in collaborazione con l'IRCCS di neuroscienze di Bologna.

7.3 Week Surgery e Piattaforme produttive

Nel secondo semestre del 2017 è stata attivata, presso l'Ospedale Civile di Baggiovara, un'area di Week Surgery, ovvero letti chirurgici di degenza ordinaria attivi dal lunedì al venerdì, destinati al ricovero di pazienti operati. Tale area è presente al Policlinico di Modena dal 2016 ed è utilizzata da diverse Unità Operative di area chirurgica. La pianificazione della occupazione dei letti è coerente con le sedute operatorie attribuite e alla complessità della casistica, consentendo una flessibilità della assegnazione delle risorse. Tale modello organizzativo andrà ulteriormente sviluppato presso l'ospedale Civile con l'assegnazione dei letti alle specialità chirurgiche del Policlinico che operano a Baggiovara, con particolare riferimento alla tecnologia robotica.

In riferimento all'Ospedale Civile, un miglioramento di efficienza produttiva potrà verificarsi anche tramite l'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie, sia spostando attività dal Blocco Operatorio principale alla Day Surgery, sia prevedendo l'estensione della fascia oraria di apertura della stessa in coerenza ai progetti in via di sviluppo per il 2018.

Riveste particolare importanza la presenza alle riunioni settimanali di pianificazione (lunedì a Baggiovara, martedì al Policlinico) dei professionisti delle UUOO referenti per le liste di attesa, assieme ad anestesisti di sala e terapia intensiva, bed manager, per consentire un confronto strutturato delle problematiche ed una programmazione efficiente delle attività, compresa la gestione puntuale di eventuali criticità o urgenze emergenti.

In merito alla piattaforma ambulatoriale, come già nel 2017, continuerà nel 2018 la riorganizzazione delle attività sia in coerenza a quanto previsto dalla committenza, sia nell'ottica di miglioramento dei servizi ai cittadini e pazienti, prevedendo attivazioni di ambulatori di professionisti del Policlinico presso l'Ospedale di Baggiovara con l'obiettivo di garantire le consulenze ai ricoverati e Pronto Soccorso.

Ulteriore area di sviluppo innovativo ad alta valenza tecnologica è rappresentata dal Laboratorio di Genomica e Biologia Molecolare, che consentirà una migliore integrazione delle funzioni diagnostiche di diverse strutture del Policlinico (Anatomia Patologica, Ematologia, Oncologia, Terapie mirate in Onco-Ematologia e Osteo-oncologia), a supporto della attività assistenziale specifica.

7.4 Prevenzione Corruzione e Trasparenza

La Delibera OIV SSR n. 2/2015 "Linee guida ed indirizzi operativi per le Aziende ed OAS" (paragrafo 3.1 Piano della Performance e Budget) e la Delibera OIV SSR n. 4/2016 "Prevenzione Corruzione e Trasparenza: prime indicazioni ai sensi del D. Lgs. 97/2016 e del PNA 2016, agli OAS e ai RPCT aziendali" impongono la congruenza fra le misure di prevenzione della corruzione/trasparenza e gli obiettivi di budget.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha avviato nel 2017 un percorso interno, coordinato dall'OAS, finalizzato all'implementazione operativa di tale obiettivo regionale. In data 14 febbraio 2017 si è svolto l'incontro inaugurale del percorso "OIV-OAS: monitorare la performance delle Aziende Sanitarie in Emilia-Romagna". Tale iniziativa, per la quale è stato attivato un percorso regionale di Formazione sul Campo, ha beneficiato, in questa prima giornata collegiale, della presenza presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena dell'Organismo Indipendente di Valutazione regionale (OIV SSR).

Finalità del percorso sono state:

- Acquisire consapevolezza delle aree di performance su cui concentrare l'attenzione nell'esercizio delle attività aziendali
- Individuare modalità e tecniche idonee per monitorare e valutare la performance
- Definire un adeguato collegamento fra gli obiettivi strategici in capo all'azienda e gli obiettivi operativi riconducibili alle strutture aziendali
- Pervenire ad un'efficace integrazione fra la valutazione di performance organizzativa e quella individuale
- Identificare e monitorare le ricadute degli obiettivi di contrasto della corruzione e promozione della trasparenza, contenuti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC), sul Piano della Performance (PdP)

Alla luce di quanto concordato durante l'incontro inaugurale del percorso e sulla base delle valutazioni in itinere condotte nel corso dei conseguenti incontri OAS effettuati in corso d'anno, la sperimentazione ha avuto esito concreto su due distinti livelli:

1. Congruenza fra gli impegni definiti nel PTPC 2018-2020 e Piano della Performance 2016-2018 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Il PdP 2018-2020 prevede un esplicito riferimento alla tematica nell'ambito del paragrafo "4.2.4. Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza", inserita nella "Dimensione di Performance dei Processi Interni".

In tale contesto si richiama la presenza delle attività messe in atto dall'AOU di Modena.

La fase di monitoraggio, espletata in corso d'anno con ricorso al documento "Relazione sulla Performance" concentra il focus su indicatori specifici monitorati in corso d'anno.

2. Congruenza fra le misure di prevenzione delle corruzione/trasparenza ed obiettivi di budget

Il 2017 ha visto l'introduzione all'interno delle schede di budget, sia per quel che concerne l'area sanitaria che con riferimento all'area amministrativa, dell'area specifica "Trasparenza e Anticorruzione". In tale area trovano declinazioni gli indicatori individuati al fine di sensibilizzare operativamente i professionisti aziendali sui temi del "contrasto della corruzione e promozione della trasparenza", così come contenuti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC).

Nel corso del 2018 l'intenzione aziendale è quella di rafforzare ulteriormente il legame instaurato fra PdP, Budget e PTPC, prevedendo una sezione dedicata in ogni scheda di budget delle strutture coinvolte. In continuità con quanto stabilito nel Piano della Performance 2018-2020 (PdP), il processo di budget 2019 recepirà un set trasversale di indicatori previsti nel Piano Trasparenza e Prevenzione Corruzione (PTPC).

Per rendere chiara l'integrazione degli strumenti di programmazione e garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, nei Piani della performance è esplicitamente previsto il riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione del presente Piano. Ogni dirigente riceverà fra gli obiettivi anche quelli annuali relativi a quanto contenuto nel presente piano.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione prescrive a tutte le amministrazioni pubbliche la necessità di assicurare l'integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione. Il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione prevede l'inserimento nel Piano della performance delle misure poste in essere per l'attuazione della legge 190/2012 (legge anticorruzione) nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel Piano della Performance.

Tale coerenza è stata attuata attraverso l'introduzione nelle schede di budget di obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire per la prevenzione della corruzione e il rispetto della trasparenza.

Per rendere effettivo il collegamento tra i suddetti documenti, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione effettua la valutazione in merito al rispetto/conseguimento degli obiettivi stessi a partire dall'anno in corso, direttamente rendicontando gli stati di avanzamento nello strumento WebBudget mediante la compilazione degli esiti.

Tale valutazione avviene sulla base di linee guida indicate nel Piano della Performance 2018-2020.

8. Gestione delle Risorse

Come precedentemente riportato, la produzione caratteristica dell'Azienda può avvenire grazie al contributo simbiotico tra l'area sanitaria e quella amministrativa. Ne consegue che le prestazioni sanitarie possono essere erogate se vi sono risorse (es. capitale umano), vi è un luogo fisico e se la qualità dello stesso viene mantenuta e migliorata nel tempo. Nei paragrafi seguenti sono descritte le attività che, nell'anno 2019, verranno effettuate sul patrimonio immobiliare, sugli investimenti in tecnologie biomediche, nell'area delle tecnologie informatiche e sullo sviluppo del capitale umano.

8.1 Capitale Umano

La sperimentazione gestionale per la gestione unica tra la AUSL di Modena “Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense” di Baggiovara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena ha comportato lo sviluppo di nuovi assetti organizzativi con riferimento ai diversi ruoli di responsabilità preposti al governo del Personale.

L'integrazione tra i due ospedali cittadini ha comportato, inoltre, la necessità di procedere alla omogeneizzazione degli istituti normativi e contrattuali e delle relative procedure applicate al personale (es. malattie, permessi, congedi, etc.). E' stata, inoltre, predisposta la bozza di Regolamento sull'orario di lavoro per gli istituti che trovano una diversa regolamentazione nei rispettivi CIA delle due Aziende (criteri di riconoscimento dello straordinario, pronte disponibilità, recuperi orari). E' in atto, pertanto, un percorso di armonizzazione che garantisca il pieno allineamento degli istituti normativi e contrattuali tra AUSL e AOU attraverso un lavoro di uniformazione delle procedure e delle discipline, lavoro che è stato sviluppato in occasione dell'adozione del nuovo applicativo informatico unico regionale (GRU).

Si segnala, inoltre che l'art. 25 L.R. n. 24 del 27/12/20185, il cui disposto è stato recepito con delibera del Direttore Generale nr. 1/2019 ha disposto, tra l'altro quanto segue:

a) a decorrere dall' 1/1/20219 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena è costituita da un unico presidio e si articola nei due stabilimenti ospedalieri: il Policlinico di Modena e l'Ospedale Civile di Baggiovara;

b) il personale dell'Azienda USL di Modena, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, che alla data di cui al comma 1 è collocato in assegnazione temporanea presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, ai sensi dell'art. 22-ter, comma 3, della L.R. n. 43 del 26/11/2001, è trasferito all'Azienda Ospedaliero-Universitaria stessa ai sensi e secondo le procedure dell'art. 31 D.Lgs n. 165 del 30.03.2001. Il trasferimento decorre dal 01/01/2020, o altra diversa data, anche precedente, da stabilire con atto della Giunta regionale. Sino alla data del trasferimento il personale permane in posizione di assegnazione temporanea.

Secondo l'art. 31 del D.Lgs N. 165 del 2001 “fatte salve le disposizioni speciali, nel caso di trasferimento o conferimento di attività svolte da pubbliche amministrazioni, enti pubblici o loro aziende o strutture ad altri soggetti pubblici o privati, al personale che passa alle dipendenze di tali soggetti si applicano l'art. 2112 del codice civile e si osservano le procedure di informazione e consultazione di cui all'art. 47, commi da 1 a 4, della legge 29 dicembre 1990, n. 428”.

Pertanto l'AUSL (cedente) e l'AOU (cessionario) devono dare comunicazione per iscritto, almeno 25 giorni prima che sia perfezionato l'atto da cui deriva il trasferimento o che sia raggiunta un'intesa vincolante tra le parti, alle RSU, nonché ai sindacati di categoria che hanno stipulato il contratto collettivo applicato nelle imprese interessate al trasferimento. Su richiesta scritta delle rappresentanze sindacali di categoria comunicata entro sette giorni dal ricevimento della comunicazione ex art 47 L. 428/90, il cedente e il cessionario sono tenuti ad avviare, entro sette giorni dal ricevimento della predetta richiesta, un esame congiunto con i soggetti sindacali

richiedenti. La consultazione si intende esaurita qualora, decorsi 10 giorni dal suo inizio, non sia stato raggiunto un accordo.

Al fine di favorire la definizione delle diverse problematiche pendenti relative all'OCB, entro il 31/12/2019, le Aziende esplicheranno le modalità tramite le quali gestire le richieste di mobilità giacenti in entrata ed in uscita dall'OCB con riferimento alle strutture dell'AUSL, ivi comprese quelle che saranno presentate nel periodo di mantenimento del personale OCB nell'organico dell'AUSL di Modena.

8.2 Investimenti in tecnologie biomediche

Nel corso del 2018 sono state portate a compimento alcune importanti sostituzioni di tecnologie finalizzate ad ammodernare il parco tecnologico delle grandi diagnostiche avente una valenza anche provinciale:

- Aggiornamento RMN 1.5 del Policlinico;
- CT-PET del Policlinico e completamento della radio farmacia;
- Nuove RMN da 1.5T e 3.0T dell'OCB;
- TAC di Pronto Soccorso dell'OCB;
- Realizzazione della Sala Ibrida multidisciplinare all'OCB;

Il 2019 vede un forte investimento con rinnovi tecnologici per le grandi tecnologie della Radioterapia con l'installazione e messa in funzione:

- di un nuovo acceleratore lineare con gara IntercentER;
- aggiornamento tecnologico della Thomotherapy con rinnovo dei TPS (piani terapeutici)

Il 2019 vede la realizzazione o perfezionamento di progetti già iniziati nell'anno precedente in una logica di allineamento e uniformità tecnologica tra i due ospedali dell'azienda, è infatti prevista l'installazione presso i OCB e Policlinico del sistema di monitoraggio della TIPO, ammodernamento delle tecnologie dei comparti con introduzione di tecnologie innovative come il laser al tulio e progettazione di una moderna centrale di sterilizzazione presso OCB.

Saranno portati a compimento anche i programmi di rinnovo di alcune tecnologie di base di entrambi gli ospedali: ecografi, letti di degenza, etc e implementazione di altre atte a garantire a sicurezza degli operatori e la diminuzione dell'indice MAPO.

Nell'ambito dei software medicali sono previsti alcune importanti realizzazioni o perfezionamenti di progetti già iniziati in collaborazione con ICT.

Di seguito si elencano le principali voci:

- Installazione finale e perfezionamento del sistema Cardiovascular;
- Sistema unico provinciale per la diagnosi prenatale (view-point);
- Applicativo per la gestione delle terapie intensive;
- Unica banca dati aziendale dei tracciati elettrocardiografici;
- Ammodernamento del sistema di laboratorio con particolare attenzione alla gestione dei dati genetici;
- Adeguamento del sistema RIS-PACS alla registrazione della dose paziente;
- Progettazione di un nuovo sistema Anatomia Patologica completamente integrato con gli altri sistemi dipartimentali;
- Implementazione di endox (sistema imaging endoscopico) ed estensione alla broncoscopia.

Nel corso del 2019 inizieranno i lavori per permettere le installazioni delle nuove tecnologie di laboratorio derivate dalla aggiudicazione della gara provinciale espletata nel 2017.

Particolare attenzione sarà data alla gestione dei dati provenienti dalle tecnologie biomediche e alle modalità con le quali i dati sono elaborati e rappresentati al personale sanitario per finalità cliniche.

8.3 Investimenti nell'area ICT

Nel corso del 2018 sono stati portati a termine lo sviluppo e l'introduzione della nuova architettura informatica aziendale basata su Dorsale Interoperabile e i progetti del 2019 potranno finalmente giovare di una forte semplificazione nelle integrazioni con i diversi applicativi già presenti.

Alcuni obiettivi presenti nel 2018 sono slittati nel 2019 in quanto era necessario dotarsi prima della Dorsale Interoperabile e quindi nel 2019 verranno svolte le gare in collaborazione con il SUIC per:

- Cartella nefrologica e di dialisi;
- Ammodernamento sistema Anatomia Patologica e interfaccia con altri applicativi;

È stato completato l'aggiornamento del SW di PS presso OPM, in configurazione adeguata ad essere estesa a OCB. L'attivazione del nuovo SW presso OPM è prevista a marzo 2019 e presso OCB a maggio 2019.

Nel corso del 2019 verranno messe a punto due importanti gare, una per il SW di gestione del flusso pazienti in sala operatoria e negli ambulatori chirurgici ed a seguire la cartella clinica elettronica con sistema di prescrizione informatizzata.

Proseguiranno nel corso del 2019 le integrazioni degli applicativi attuali con la Dorsale Interoperabile, che comprende un nuovo archivio anagrafico e un nuovo repository. Dopo l'integrazione con uno dei due applicativi di refertazione ambulatoriale e la lettera di dimissione, entro giugno 2019 saranno integrati l'ADT di OPM, il RIS e il LIS per con gli esami radiologici e di laboratorio, nonché il SIO di OCB con tutta la documentazione clinica prodotta, oltre ad altri applicativi minori come volumi ma certamente non meno importanti dal punto di vista clinico.

Il nuovo SW del servizio Trasfusionale, finalmente reso disponibile dopo la conclusione dei diversi ricorsi, diventerà operativo nel corso del 2019, a seguito delle forti esigenze di adeguamento dovute alla vetustà del prodotto in uso.

Prosegue l'attenzione al miglioramento della qualità dei flussi prodotti dagli applicativi aziendali verso la regione, con particolare enfasi ai flussi ASA, già notevolmente migliorato come tempestività tra il 2017 e il 2018 ma non ancora nella media regionale, e al percorso DEMA tramite l'implementazione del progetto HUB, un repository di ambito amministrativo che darà supporto alle attività gestionali nel rispetto della normativa privacy.

Come negli anni precedenti verrà sostituita una quota parte dei PC più obsoleti, circa 300, ed allargata la copertura della rete Wi-Fi nei due ospedali aziendali. Prosegue la diffusione dei sistemi per la gestione informatizzata del percorso paziente ambulatoriale, con l'installazione di nuovi

sistemi per la gestione delle code di attesa in pieno rispetto delle norme privacy nelle nuove aree appena ristrutturate.

Un investimento infine rilevante sarà rappresentato dalla componente hardware del nuovo sistema TPS (Treatment Planning System) in dotazione al servizio di radioterapia, composto da numerosi server che verranno alloggiati nel data center e che permetteranno una notevole riduzione dei tempi di elaborazione dei piani di trattamento radioterapici.

8.4 Grandi investimenti edili e strutturali

Policlinico di Modena

Il processo di miglioramento sismico iniziato negli anni '90 ha visto una forte accelerazione in seguito agli eventi sismici del 2012 che hanno comportato l'erogazione di ingenti risorse pubbliche a favore del complesso ospedaliero Policlinico di Modena.

Sulla base dei progetti presentati e approvati dalla Regione, nei prossimi anni proseguiranno le opere volte al miglioramento sismico delle strutture ospedaliere e vedranno anche la realizzazione del nuovo edificio del Materno Infantile.

Di seguito si riporta l'elenco degli interventi già programmati e finanziati dal Programma Opere Pubbliche Piano Annuale 2013-2014 e vengono indicate le attività previste per l'anno 2019:

- Intervento n. 449 Corpo G (Appalto 5 Lotti funzionali - Lotto 1): Completamento delle opere e restituzione delle aree alle attività sanitarie (compresa la realizzazione al quinto piano del corpo G di “Laboratorio malattie rare” in collaborazione con UNIMORE e grazie ad un finanziamento della Cassa di Risparmio di Modena) entro primi mesi del 2019;
- Intervento n. 450 Corpo E (Appalto 5 Lotti funzionali - Lotto 2): Completamento delle opere e restituzione delle aree alle attività sanitarie entro il primo semestre del 2019;
- Intervento n. 451 Corpo C (Appalto 5 Lotti funzionali - Lotto 3): Completamento delle opere e restituzione delle aree alle attività sanitarie entro primi mesi del 2019;
- Intervento n. 453 Corpo H-D1 (Appalto 5 Lotti funzionali - Lotto 4): Completamento delle opere e restituzione delle aree alle attività sanitarie entro primi mesi del 2019;
- Intervento n. 455 Corpo D (Appalto 5 Lotti funzionali - Lotto 4): Completamento delle opere e restituzione delle aree alle attività sanitarie entro primi mesi del 2019;
- Intervento n. 454 Realizzazione di nuovo fabbricato atto ad ospitare le attività del Dipartimento Materno Infantile (per il quale sono previsti anche un ulteriore finanziamento regionale e lo stanziamento di fondi aziendali): Approvazione Progetto esecutivo a seguito della conferma dei finanziamenti regionali entro primi mesi del 2019 successiva indizione della gara d'appalto per i lavori entro il 2019;
- Intervento n. 12026 Completamento delle opere strutturali di miglioramento sismico 60% dei corpi C, D, E, G, H: predisposizione entro il 2019, di concerto con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, del progetto di coordinamento tra i cantieri da insediare e le attività sanitarie a cui garantire la continuità; successiva indizione della gara d'appalto per le opere strutturali (tempistica da definire in accordo con la Direzione Generale);
- Intervento n. 100 Circolo USL: a seguito della conferma della rimodulazione (incremento) del finanziamento dell'intervento, predisposizione di nuovo progetto per la demolizione e nuova costruzione dell'edificio e affidamento dei lavori entro il 2019.

Per quanto riguarda l'intervento di Manutenzione straordinaria di impianti elevatori, comprendente il rinforzo degli staffaggi delle guide contrappeso, si prevede l'ultimazione nei primi mesi del 2019.

Sono inoltre programmati i seguenti interventi:

- Nuova struttura integrata interaziendale di Senologia clinica e screening mammografico (Pneumologia Piano rialzato): affidamento dei lavori, compreso intervento antisismico puntuale su un corpo scale, entro il primo semestre 2019 e avvio degli stessi (durata presunta 12 mesi);
- Realizzazione di nuovo parcheggio a servizio del Pronto Soccorso e nuovo accesso pedonale con impianto elevatore (opera propedeutica ai lavori del nuovo Materno Infantile): completamento della progettazione esecutiva e affidamento dei lavori entro il primo semestre 2019;
- Adeguamento alla normativa antincendio (finanziamento regionale PI.02): nel corso dell'anno 2019 saranno avviati gli interventi, in parte affidati alle imprese di manutenzione e in parte affidate ad imprese esterne previo esperimento di gara d'appalto;
- Ristrutturazione di edificio per realizzazione terminale attrezzato per produzione pasti (Edificio J1 – ex officina): entro il 2019 si prevede il completamento dell'intervento;
- Intervento provvisorio di messa in sicurezza del Policlinico mediante realizzazione di blocco ascensori e servizio dei corpi D ed E previo esperimento iter d'assegnazione;
- Realizzazione di nuovi spogliatoi per il personale (Corpo C Piano seminterrato): conclusione dei lavori entro il 2019;
- Manutenzione straordinaria del piano secondo del Blocco operatorio: completamento nel mese di agosto 2019.

A quanto sopra si aggiunge:

- Sostituzione di un gruppo frigo per il periodo estivo, nella Centrale Frigo del Policlinico: si prevede il completamento dell'intervento entro il 2019;
- Sono previsti altri interventi manutentivi di adeguamento normativo, di decoro ed arredo urbano, volti al miglioramento della accoglienza agli utenti, di minore rilevanza economica ma di elevato impatto e utilità;
- Completamento di lavori complementari all'impianto di trigenerazione entrato in funzione il 19 dicembre 2016 con notevoli risultati in termini di risparmio energetico ed economico. – Ottimizzazione della centrale frigo, comprendente anche la sostituzione di un gruppo frigo per il periodo invernale e backup estivo.
- Prosecuzione delle opere accessorie per l'efficientamento del teleriscaldamento e teleraffrescamento.

Ospedale Civile di Baggiovara

Sono programmati i seguenti interventi:

- Durante il 2018 si è progettata e realizzata la Sala operatoria Ibrida; nei primi mesi del 2019 è previsto il completamento delle opere e l'attivazione della struttura;
- Potenziamento produzione di energia frigorifera per comparti operatori e R.M.N., mediante installazione di un nuovo gruppo frigo;
- Potenziamento e miglioramento dell'alimentazione elettrica dei gruppi frigo per comparti operatori e R.M.N.;
- Rifacimento impianto idrico distribuzione acqua calda sanitaria e acqua fredda sanitaria: nel 2019 prosegue l'intervento, da completarsi negli anni successivi;
- Installazione di nuovo Gruppo Frigorifero ad assorbimento e integrazione Torri Evaporative: l'intervento si completerà nel 2020;

Sono previsti altri interventi manutentivi di adeguamento normativo, di decoro ed arredo urbano, volti al miglioramento della accoglienza agli utenti, di minore rilevanza economica ma di elevato impatto e utilità.

9. Formazione e ricerca

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR), così come delineato dalla Legge Regionale 29/2004, riconosce come proprie funzioni fondamentali la formazione, la ricerca e l'innovazione ed ha previsto che ogni Azienda del SSR debba contemplare fra i suoi obiettivi principali l'integrazione di queste tre funzioni istituzionali.

La nostra Azienda da sempre è impegnata a promuovere la Ricerca e l'Innovazione quali attività ordinarie, sistematiche e continuative dell'AOU, sostenendo la formazione alla ricerca ed assicurando il collegamento con il Ministero, la Regione Emilia-Romagna (Assessorato alla Sanità e Agenzia sanitaria e sociale regionale), l'Università, le altre Aziende sanitarie e con il mondo produttivo.

La formazione, la ricerca e l'innovazione rappresentano in concreto un settore di sviluppo prioritario per l'Azienda, in quanto consentono l'acquisizione, la diffusione e l'utilizzo della conoscenza, prerogativa indispensabile per lo sviluppo organizzativo e di sistema.

Il piano delle azioni 2019 prevede la declinazione degli obiettivi strategici del **Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione** in obiettivi di sviluppo, di miglioramento e di sostenibilità.

In particolare:

Obiettivi di sviluppo	• Formazione a sostegno dell'integrazione fra i professionisti dei due stabilimenti ospedalieri (Policlinico e OCB) e alla gestione del cambiamento e della ridefinizione degli assetti organizzativi • Implementazione delle attività del Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione presso OCB • Sviluppo delle professionalità (Formazione di base, post base e specialistica): anagrafe dei Tutor e monitoraggio delle attività • Programmazione, rendicontazione e controllo delle attività di ricerca aziendali (Piano delle Attività di Ricerca e Innovazione-PARI) • Ricerca traslazionale in collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia • Trasparenza e pubblicazione delle Sperimentazioni cliniche • Sviluppo rete Unità Cliniche di Fase I • Sviluppo di progetti di ricerca di medicina preventiva e predittiva • Avvio repository delle pubblicazioni • Attivazione procedure di fundraising per le sperimentazioni accademiche
Obiettivi di miglioramento	• Collegamento fra valutazione delle competenze e sviluppo professionale-formativo • Formazione obbligatoria (tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) • Formazione alla Ricerca ("Piano di formazione alla Ricerca triennale")

	• Formazione di sistema orientata all'area tecnico amministrativa • Formazione a Distanza (FAD) • Formazione Guide di Tirocinio rivolta a tutte le professioni sanitarie • Omogeneizzazione delle procedure di selezione per l'identificazione dei docenti e tutor dei Corsi di Laurea • Promozione della ricerca no profit/accademica attraverso il Clinical Trial Quality Team (CTQT) • Formazione e Monitoraggio degli studi non commerciali per Dipartimento (CTQT) • Implementazione del supporto metodologico-statistico agli studi clinici • Gestione degli aspetti amministrativi ed operativi degli studi clinici (Segreteria Tecnico-Scientifica del CE-AVEN)
Obiettivi di sostenibilità	• Piano investimenti biennale del Servizio (attrezzature e risorse) • Rispetto tetto di spesa budget formazione, anche attraverso assegnazione e monitoraggio budget Strutture Complesse OCB • Gestione e monitoraggio del “finanziamento regionale” assegnato ai Corsi di Laurea triennali delle professioni sanitarie – competenza amministrativa AOU (ospedali Policlinico e OCB) • Gestione e monitoraggio dei “fondi finalizzati” per progetti di ricerca e innovazione • Gestione e monitoraggio del fondo economico del CE AVEN

10. Tabella di sintesi degli obiettivi 2019

