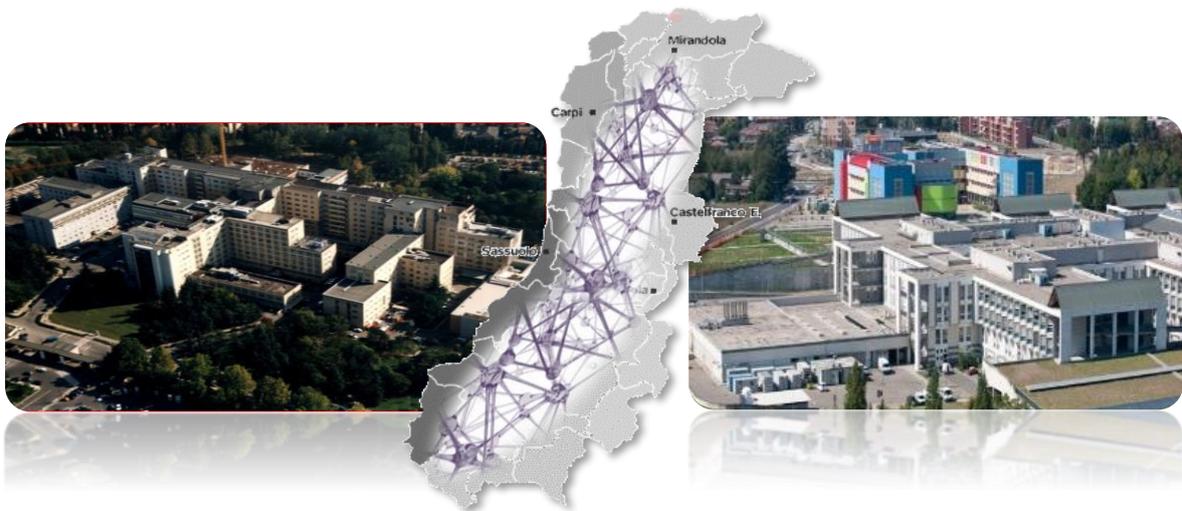


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

PIANO della PERFORMANCE “PdP” 2021-2023

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena



Luglio 2021

www.aou.mo.it

Sommario

1. Executive summary	4
2. Presentazione e contenuti	6
2.1. Premessa.....	6
2.2. Terminologia del piano	9
3. Identità dell’Azienda	11
3.1. Chi siamo.....	14
3.1.1. <i>Gli impegni principali.....</i>	<i>15</i>
3.1.2. <i>Albero della performance</i>	<i>15</i>
3.2. Come operiamo	17
3.3. Contesto di riferimento.....	20
3.3.1. <i>La struttura dell’offerta.....</i>	<i>21</i>
3.4. I dati di attività’	22
3.5. I dati economici.....	24
3.5.1. <i>Assistenza farmaceutica</i>	<i>25</i>
3.5.2. <i>Piano investimenti attuato</i>	<i>29</i>
3.6. Il Personale	41
4. Impegni strategici e dimensioni della performance.....	42
4.1. Dimensione di performance dell’utente	47
4.1.1. <i>Area di performance dell’accesso e della domanda</i>	<i>47</i>
4.1.2. <i>Area di performance dell’integrazione.....</i>	<i>52</i>
4.1.3. <i>Area di performance degli esiti.....</i>	<i>55</i>
4.2. Dimensione di performance dei processi interni	57
4.2.1. <i>Area di performance della produzione.....</i>	<i>57</i>
4.2.2. <i>Area di performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</i>	<i>62</i>
4.2.3. <i>Area di performance dell’organizzazione.....</i>	<i>64</i>
4.2.4. <i>Area di performance dell’anticorruzione e della trasparenza.....</i>	<i>65</i>
4.3. Dimensione di performance della ricerca, dell’innovazione e dello sviluppo	67
4.3.1. <i>Area di performance della ricerca e della didattica e Area di performance dello sviluppo organizzativo.....</i>	<i>67</i>
4.4. Dimensione di performance della sostenibilità.....	74
4.4.1. <i>Area di performance economico-finanziaria.....</i>	<i>74</i>
4.4.2. <i>Area di performance degli investimenti</i>	<i>75</i>

5. Misurazione e valutazione della performance.....	78
5.1. Il percorso di budget.....	79
5.1.1. La scheda di budget	79
5.2. Sistema di valutazione della performance	84
5.2.1. La valutazione della performance organizzativa: “webbudget”	87
5.2.2. La valutazione della performance individuale: “pierino”	90
5.2.3. la sperimentazione: “bees”	92
5.3. Contesto di monitoraggio aziendale e regionale	95
5.4. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.....	96
5.5. Definizione del Piano Operativo Aziendale e Budget (annuale).....	100
5.6. Verifica periodica dei risultati	104
5.7. Sistema di misurazione delle Performance e Lavoro Agile.....	106
6. Indicatori di performance	110
6.1. Collegamento con Obiettivi di Mandato dei Direttori Generali	114
6.2. Indicatori PDP 2021-2023: sintesi della performance 2020.....	116
7. Collegamento con altri piani	121
7.1. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)	121
7.1.1. Modalità attuative	124
7.1.2. Indagine questionaria	127
7.2. Piano degli Investimenti.....	129
7.3. Piano Triennale Fabbisogno del Personale	130
7.4. Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza.....	131
7.5. Piano Triennale delle Azioni Positive.....	132
Credits.....	133

NOTA METODOLOGICA

Il documento è stato redatto in linea con quanto previsto dall'indice definito nella delibera 3/2016 dell'OIV Regionale, al paragrafo 4.1 ed aggiornato ai sensi della nota OIV SSR del 14/5/2018 e DGR 819 del 31/5/2021. La stesura è stata coordinata dal Controllo di Gestione, in collaborazione con i servizi aziendali referenti su ciascuna area di attività ed integrato con i documenti collegati, richiamati nel capitolo 7 (Piano degli Investimenti, Piano Organizzativo Lavoro Agile [POLA], Piano Triennale Fabbisogni del Personale e Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza [PTPCT]).



1. Executive summary

Il presente Piano della Performance 2021-2023 è articolato in linea con la struttura prevista per le Aziende Sanitarie dell’Emilia-Romagna dalla DGR 819 del 31/5/2021, recante “Linee Guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR”.

In *Premessa* (capitolo 2), si richiama il senso del PdP quale strumento di pianificazione strategica e di dialogo con l’ambiente in cui operano l’azienda ed i suoi portatori di interesse, con contestuale richiamo al sistema della performance presente nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Il capitolo 3 del documento, *Identità dell’Azienda*, rappresenta la “carta d’identità” della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, sintetizzando le informazioni relative a *chi siamo* (paragrafo 3.1), *come operiamo* (par. 3.2), *contesto di riferimento* (par. 3.3), *dati di attività* (par. 3.4), *dati economici* (par. 3.5) e *personale* (par. 3.6.).

Il cuore del documento è costituito dal capitolo 4, *Impegni strategici e dimensioni della performance*, nel quale viene esplicitato il piano strategico di impegni ed azioni che la Direzione intende perseguire nel triennio di riferimento del PdP, in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti, evidenziando gli aspetti ritenuti più rilevanti, secondo l’articolazione in capitoli per Dimensioni/Aree della performance definita a livello regionale.

Particolarmente rilevante è il contenuto del capitolo 5, che approfondisce la *Misurazione e valutazione della performance*, descrivendo il sistema in atto presso l’AOU di Modena, con particolare riferimento alla performance organizzativa e individuale.

Nel capitolo 6 vengono riepilogati gli *Indicatori di Performance* definiti come evoluzione per il triennio 2021-2023, riepilogando contestualmente i risultati sintetici conseguiti dalla AOU di Modena, in rapporto all’andamento regionale.

Il documento si chiude con il capitolo 7, che rimanda al *Collegamento con altri piani*, nel quale vengono richiamati i documenti programmatici già adottati in azienda ed i riferimenti amministrativi correlati.

Gli obiettivi strategici in capo all’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, formulati sulla base del Programma di Mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna, sono uniformati alle Linee di Programmazione Sanitaria regionali individuati nelle DGR 977 e 2339/2019, successivamente integrate con la DGR 1806/2020, con focalizzazione sugli obiettivi di gestione dell’Emergenza da Covid-19.

Attraverso il Piano della Performance, l’Azienda individua e condivide le linee strategiche e gli obiettivi nella loro articolazione complessiva, e si prefigge un grado di performance complessiva che intende conseguire.

Il PdP si conferma strumento di forte orientamento per la guida dell’azienda con due principali direttrici:

- un uso *interno*, per fornire una cornice di riferimento strategica per l’azione gestionale e per la programmazione annuale (che si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati);
- un uso *esterno*, al fine di rappresentare ai diversi portatori di interesse le priorità strategiche e la conseguente assunzione di responsabilità esecutiva e di rendicontazione nei loro confronti.

2. Presentazione e contenuti

2.1. PREMESSA

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

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

Il Piano della Performance (PdP) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna costituisce un importante strumento programmatico (DGR 81/2018), ha una prospettiva triennale «fissa» (senza scorrimento) e viene aggiornato a fronte di significative modifiche organizzative interne alle aziende. La Legge Regionale 9 del 16 luglio 2018 “*Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata*” lo ufficializza quale strumento di programmazione per le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, declinandone i contorni nell’art. 5 del Capo II “Il sistema della programmazione e di budget”. Il PdP contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione della performance aziendale, rendicontata annualmente mediante la Relazione della performance.

Il livello regionale, con la DGR 819 del 31/5/2021, ne connota operativamente le specificità, qualificando il Piano della Performance quale strumento aziendale con il quale si formalizza la programmazione triennale di ogni azienda sanitaria, con riferimento all’ambito della performance aziendale. In questo ambito assumono un’importanza fondamentale gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali e le linee di programmazione via via adottate dalla Regione o a livello locale, oltre che le piattaforme informatiche regionali/nazionali di rilevazione e rendicontazione di attività e dei risultati. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente pluriennale ed esterna, tesa a definire le linee strategiche, le azioni e gli andamenti attesi di medio-lungo periodo e a rendicontarne i risultati; rappresenta inoltre la cornice di riferimento per lo sviluppo degli strumenti interni all’Azienda di pianificazione e controllo (e in particolare il budget annuale).

Con l’adozione del Piano triennale e delle Relazioni annuali, l’Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte, con l’obiettivo di migliorare l’erogazione dei servizi e l’organizzazione.

Attraverso il Piano delle Performance l’Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale: in tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale e le priorità politiche in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento.

Il Piano della Performance è quindi un documento:

- fortemente correlato con gli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alle Direzioni Generali, che traducono a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite;
- con validità triennale e stabile, non a scorrimento (a meno che non si verificano significativi cambiamenti organizzativi o di contesto): non appare infatti necessario né utile un aggiornamento annuale di un documento che deve fissare linee strategiche in applicazione di obiettivi di mandato fissi e pluriennali, in un contesto nel quale il sistema di budget rappresenta lo strumento strutturato per la definizione e il controllo degli obiettivi annuali;
- rivolto prevalentemente verso l’esterno, al fine di rappresentare i principali obiettivi strategici e le modalità di loro monitoraggio e rendicontazione, ma anche verso l’interno dell’Azienda, per fornire una cornice di riferimento strategica per l’azione gestionale e per la programmazione annuale (che, come detto, si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati);
- che si integra con gli altri strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda, fornendo una visione di sintesi integrata; nel caso in cui sia opportuno o necessario rinviare ad altri documenti, è necessario riportarne nel Piano i contenuti essenziali, al fine di garantire una piena leggibilità e comprensibilità del documento;
- con una struttura e contenuti omogenei tra le Aziende, secondo quanto indicato nelle presenti Linee guida, con la possibilità di indicare aspetti di specifico interesse locale ma all’interno di un quadro complessivo coerente e sistemico.

Il PdP è strutturato secondo l’albero della performance definito a livello regionale. L’articolazione in base alle dimensioni/aree della performance fisse e di indicatori minimi presenti nel pannello regionale di rendicontazione InSiDER garantisce coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni ed omogeneità di applicazione a livello regionale, migliorando l’accountability e la trasparenza dell’intero SSN.

A seguito delle modifiche apportate all’art. 14 comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, dall’art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. “decreto rilancio”), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, il Piano della Performance contiene, a partire dall’annualità 2021, obiettivi che - oltre a discendere dagli obiettivi strategici e di cambiamento - sono coerenti con le misure e gli obiettivi previsti

nel Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2021/2023 che l’AOU di Modena procederà ad adottare entro il termine ultimo fissato al 31/07/2021.

Il presente Piano delle Performance 2021-2023 è in linea con le indicazioni contenute nelle delibere OIV SSR 1/2014, 3/2016 e nella nota OIV SSR 14/5/2018, nonché con l’evoluzione contenuta nelle linee di programmazione regionali degli ultimi anni con le “Linee Guida per lo Sviluppo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nelle Aziende e negli Enti del SSR” DGR 819 del 31/05/2021. Ai fini della stesura del presente PdP, è stato organizzato dalla Regione Emilia Romagna in data 27/05/2021, un Webinar per approfondire le principali differenze rispetto al Piano del precedente triennio che ha determinato in data 03/06/2021 l’avvio del Gruppo di Lavoro interno per l’aggiornamento del PdP 2021-2023.

Il nuovo PdP, aggiornamento della precedente stesura 2018-2020, abbraccerà quindi il triennio 2021-2023, ponendosi in una situazione di allineamento fra la scadenza del documento e la naturale scadenza dell’incarico della maggior parte delle attuali Direzioni aziendali.

Il PdP della AOU di Modena, infine, coerentemente con il disposto del Decreto Legislativo n. 150/2009, della Legge n. 190/2012 in tema di anticorruzione e del Decreto Legislativo n. 33/2013 in materia di trasparenza, tiene conto delle indicazioni operative fornite dall’Autorità Nazionale Anticorruzione che sottolineano la necessità di integrare il ciclo di gestione della performance con gli strumenti, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l’attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità. In tale ottica di integrazione e coerenza, il presente Piano della Performance contiene anche gli obiettivi e le attività riguardanti la prevenzione della corruzione, la trasparenza, l’integrità e l’etica.

2.2. TERMINOLOGIA DEL PIANO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pola (Piano Organizzativo Lavoro Agile): individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Smart working: l'esecuzione flessibile dell'attività lavorativa articolata per un minimo di giorni lavorativi all'interno della sede di lavoro e gli altri giorni all'esterno dei locali aziendali, in luoghi individuati dal/dalla dipendente, avvalendosi di strumentazione informatica idonea a consentire lo svolgimento della prestazione e l'interazione con il/la responsabile, colleghi e utenti sia interni che esterni, nel rispetto della normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, di privacy e di sicurezza dei dati. Ciò entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

3. Identità dell’Azienda

La mission dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena si integra nell’ambito del sistema di welfare della Regione Emilia-Romagna e in coerenza con gli indirizzi del Piano socio-sanitario regionale. Essa concorre alla realizzazione degli obiettivi del Servizio Sanitario regionale, garantendo, in integrazione con l’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia ed in coordinamento e piena collaborazione con l’Azienda USL di Modena e con le Istituzioni ed Associazioni del territorio, la promozione, la tutela ed il miglioramento delle condizioni di salute, quale diritto fondamentale dell’individuo, costituzionalmente sancito, ed interesse per la collettività.

L’Azienda si connota per la sua duplice natura in termini di mission da una parte come nodo della rete provinciale (funzioni di Ospedale di prossimità e funzioni di Hub), dall’altra come polo assistenziale, formativo e di ricerca scientifica a livello regionale e nazionale.

La vision dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, nel rispetto dei principi di universalità, eguaglianza, equità di accesso, appropriatezza ed evidenza dell’efficacia, si concretizza nell’intento di divenire un luogo dove l’esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretta sinergia con lo sviluppo della integrazione sovraziendale, della cultura scientifica e dell’innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento; un luogo dove l’applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche e il loro dinamico e rapido sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.

L’Azienda intende valorizzare il proprio capitale umano sviluppando motivazione e senso di appartenenza negli operatori, promuovendo e valorizzando le relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa e coinvolgendo le diverse espressioni professionali nei processi decisionali, nell’ottica di un miglioramento continuo dell’organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

L’Azienda adotta l’organizzazione dipartimentale come modello ordinario di organizzazione di gestione operativa. Il Dipartimento rappresenta la struttura fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali ed è costituito da strutture organizzative che per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

Il Dipartimento garantisce:

- la collaborazione con la Direzione per definire le strategie di sviluppo professionale;
- l’esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca nei dipartimenti ad attività integrata;
- il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento dei servizi.

L’assetto dipartimentale deve opportunamente inserirsi all’interno di una matrice che veda:

- ✓ verticalmente: la partecipazione attiva delle unità operative alla funzione di gestione delle risorse, al fine del raggiungimento degli obiettivi di budget con particolare riferimento a produzione, contenimento dei costi, sviluppo professionale nell’ambito delle varie discipline e sviluppo delle attività didattico formative e di ricerca;
- ✓ orizzontalmente: la presenza di funzioni di processo che si sviluppano con la modalità di percorsi di cura, con la finalità di esercitare tutte le funzioni previste dal governo clinico (efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, appropriatezza), tipicamente assegnate al Collegio di Direzione.

La nascita di aree comuni e la centralizzazione di asset di risorse, con il fine di ricercare una maggiore efficienza di utilizzo delle stesse ed una ottimizzazione della produzione, crea infine una terza dimensione organizzativa, all’interno della quale l’assegnazione delle risorse si esplica secondo entrambe le direttrici della matrice (verticali: unità operative; orizzontali: percorsi e team).

L’organizzazione per aree si basa sulle caratteristiche dei pazienti che accedono all’Azienda, con l’intento di individuare comuni esigenze e fornire una adeguata risposta.

A partire da tre prevalenti tipologie di pazienti (paziente monopatologico specialistico, paziente polipatologico con patologia a prevalente pertinenza di singola specialità, paziente polipatologico con problemi correlati alla cronicità) ed in base alla connotazione clinico-organizzativa (paziente programmato e paziente urgente) possono essere individuate diverse aree, strutturate in modo tale da rendere più facilmente disponibili le risorse, fruibili gli strumenti ed applicabili i percorsi organizzativi che possono essere più utili per la migliore gestione.

L’Azienda Ospedaliera ha nel corso del precedente triennio approfondito l’organizzazione descritta tramite l’individuazione di alcuni Responsabili di area, con la funzione di armonizzare le attività trasversali ed orizzontali nelle aree particolarmente complesse. Si tratta di Direttori di Struttura Complessa che supportano i Direttori di Dipartimento e di Struttura nel rendere operativi gli strumenti individuati per le aree specifiche.

L’organizzazione prevista nell’atto aziendale ad oggi vigente è basata su 12 dipartimenti, di cui:



L’Azienda Ospedaliero-Universitaria è articolata su due stabilimenti: Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara. Attualmente l’Azienda dispone di 1.061 posti letto ordinari, 39 posti letto in day hospital e 8 posti letto in day surgery, per un totale di 1.108 posti letto.

Il Policlinico di Modena, con i suoi 621 posti letto (come da ultima rilevazione effettuata nel flusso HSP al 1/6/2018: 589 ordinari e 32 day hospital), si sviluppa su di una superficie di 160.000 mq, oltre a 211.884 mq di area verde (anche con spazi ludici per i bambini). L’Ospedale Civile di Baggiovara presenta una dotazione di 487 posti letto (472 ordinari, 7 day hospital ed 8 day surgery).

Il Dipartimento ad attività integrata garantisce:

- la collaborazione con la Direzione per definire le strategie di sviluppo professionale
- l’esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca con lo scopo di sviluppare la globalità degli interventi e la continuità assistenziale;
- il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento dei servizi.

3.1. CHI SIAMO

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena è un ospedale di insegnamento e sede della facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, con la finalità di:

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

L’Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico di Modena ha come principale bacino di utenza la provincia di Modena. All’ 1.1.2020 la popolazione provinciale modenese ammontava a 708.199 residenti.

Il sistema Ospedaliero dell’Azienda USL di Modena riunisce quattro Ospedali presenti sul territorio provinciale che fanno capo al Presidio ospedaliero provinciale: Carpi (hub di Area Nord), Mirandola, Pavullo nel Frignano, Vignola; della rete provinciale fa parte anche l’Ospedale di Sassuolo, che recentemente è stato inserito nella gestione AUSL con cessione delle quote economiche del privato (hub di Area Sud).

La nuova Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena è nata il primo gennaio 2019, dopo una sperimentazione avviata nel 2017, dalla unificazione dei due principali stabilimenti ospedalieri provinciali: Ospedale Civile di Baggiovara e dal Policlinico di Modena, che insistono entrambi sull’area metropolitana di Modena e sono hub provinciale, oltre che strutture ospedaliere di riferimento per i distretti dell’Area Centro. La rete ospedaliera è poi completata dai quattro Ospedali privati accreditati, Villa Pineta di Gaiato al sud e Casa di Cura Fogliani, Villa Igea, Villa Rosa ed Hesperia Hospital al centro.

Della rete sanitaria provinciale AUSL fanno parte anche due Ospedali di Comunità (Castelfranco Emilia e Fanano) e undici Case della Salute.

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

Con riferimento alla rete ospedaliera provinciale, la Giunta Regionale, con i provvedimenti n. 2092/2015 e n. 1004/2016, ha autorizzato l’avvio della gestione sperimentale unica Policlinico-Baggiovara, al fine di realizzare una migliore governance del sistema, attraverso un modello produttivo fortemente integrato, con processi di concentrazione e semplificazione gestionale. Dopo aver posto le basi normative e contrattuali per l’attuazione del progetto, con l’esercizio 2017 la sperimentazione è stata implementata.

3.1.1. GLI IMPEGNI PRINCIPALI

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

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

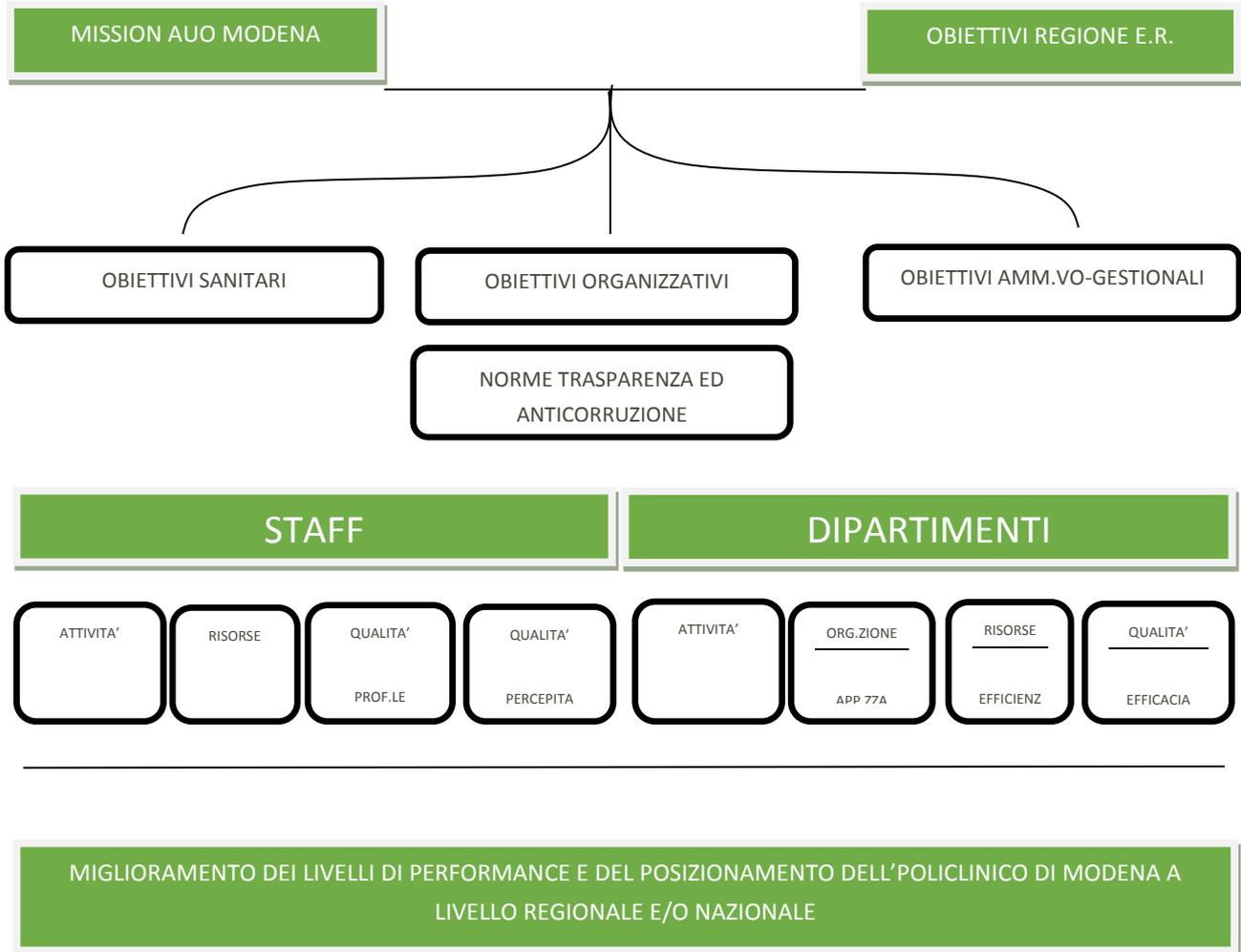
3.1.2. ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

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

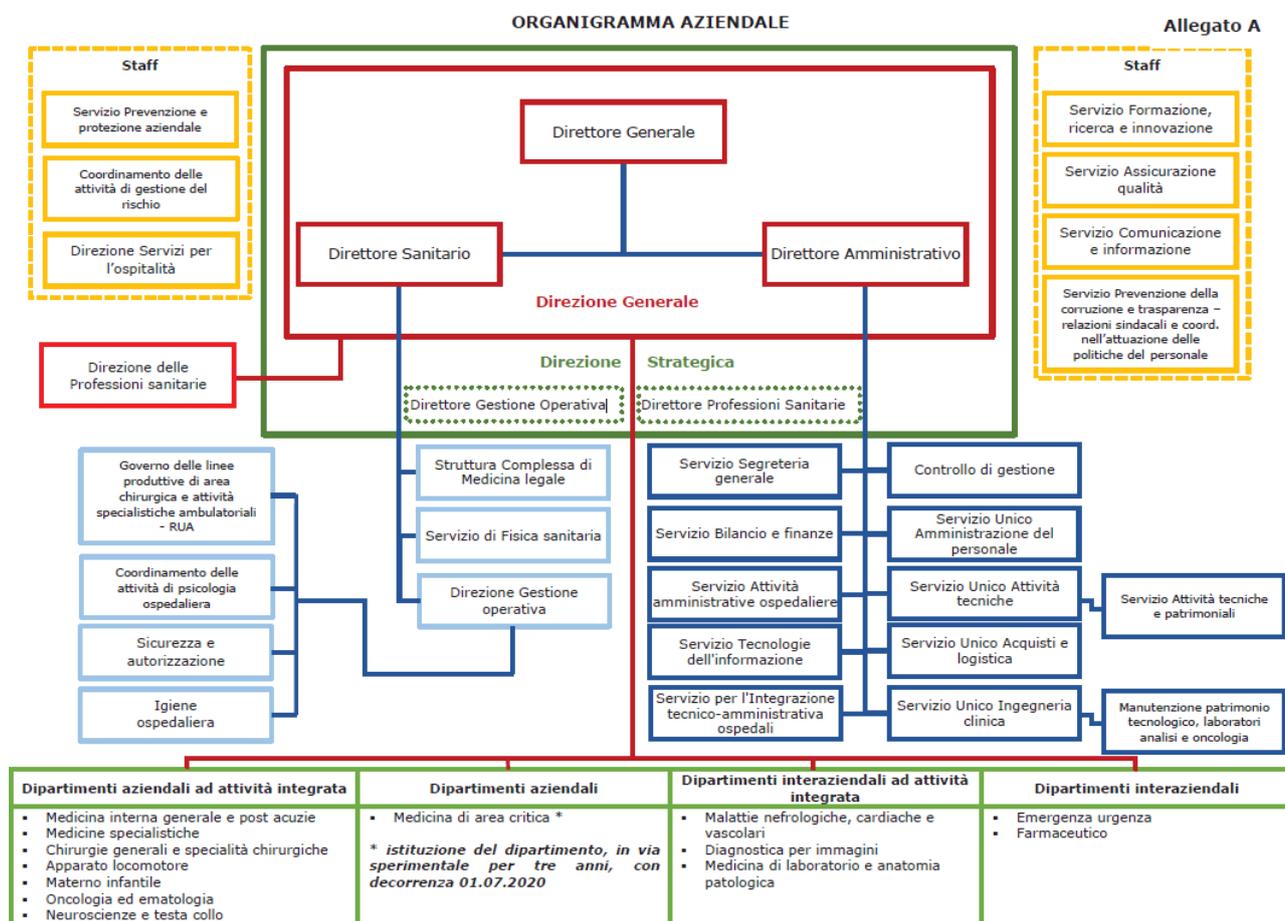
Gli obiettivi annuali, declinati sulla base degli indirizzi strategici aziendali, nonché dei documenti di programmazione nazionali e regionali, costituiscono la base di partenza per l’elaborazione dell’albero della performance, in cui è rappresentata graficamente la loro successiva attribuzione ai vari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

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



3.2. COME OPERIAMO

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena garantisce lo svolgimento dei propri compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa, come a seguito riportata, in linea con quanto previsto nell’atto aziendale ad oggi vigente:



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

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

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

L'organizzazione interna si articola in:

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

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

Sono organi dell'Azienda:

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

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

NB) In attesa dell'elaborazione del nuovo Atto Aziendale della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, di prossima adozione, si rimanda al vigente Atto Aziendale del Policlinico, adottato in data 30/11/2015 con delibera 215, per le descrizioni dei Dipartimenti e per approfondimenti di dettaglio sulla struttura organizzativa sopra riassunta.

La Delibera 1004/2016 della Regione Emilia-Romagna, che prevede 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.

I processi di riorganizzazione in corso anche durante gli anni di valenza del presente piano, correlati alla 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. Per tali motivi con decorrenza dal 31 gennaio 2018 si è adottata un provvedimento provvisorio (disposizione gestionale) che sarà parte di un provvedimento complessivo con conseguente modifica all'Atto Aziendale.

E' stata condivisa una proposta di articolazione dei Dipartimenti, che va ad accogliere gli spunti derivati dal processo di confronto attuato grazie alla metodologia dei Focus Group, nella quale 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.

3.3. CONTESTO DI RIFERIMENTO

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

L'Azienda Ospedaliera di Modena ha acquistato una propria soggettività giuridica con autonomia imprenditoriale con Decreto del Presidente di Giunta Regionale n. 564 del 23 giugno 1994, ed è divenuta Azienda Ospedaliero-Universitaria con la Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004, che l'ha individuata quale azienda di riferimento per l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'art. 25 della Legge Regionale n. 24 del 27.12.2018 recante “Disposizioni collegate alla legge regionale di stabilità per il 2019” ha disposto, con decorrenza 1° gennaio 2019, una nuova articolazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, costituita da un unico presidio, organizzato nei due stabilimenti ospedalieri: Policlinico di Modena e Ospedale Civile di Baggiovara, a seguito della conclusione del periodo di sperimentazione gestionale autorizzato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1004/2016.

L'Azienda è disciplinata dai seguenti atti:

- deliberazione della Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto la disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- deliberazione della Giunta regionale n. 86 del 30 gennaio 2006 ad oggetto “Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale”;
- deliberazione della Giunta regionale n. 1207 del 29 luglio 2016 ad oggetto “Approvazione schema nuovo Protocollo di Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29” e successiva deliberazione di rettifica.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, in quanto Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n.29/2004:

- ✓ garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università;

- ✓ opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell’Università, nonché nell’ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Il documento di programmazione “Piano della Performance 2021-2023” è redatto in coerenza con le indicazioni di programmazione nazionali, regionali e territoriali.

3.3.1. LA STRUTTURA DELL’OFFERTA

L’organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa della AOU di Modena, che assicura l’esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

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

Le funzioni tipiche dipartimentali sono riassumibili in:

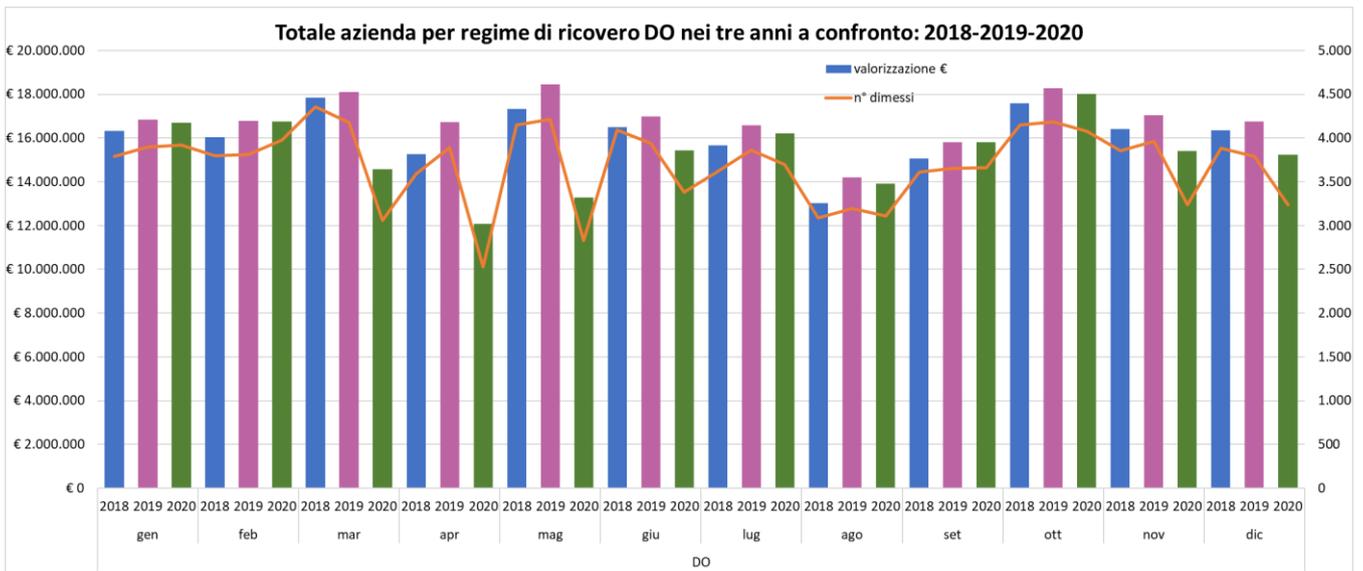
- gestione dei percorsi professionali;
- gestione delle attività diagnostico-terapeutiche assistenziali;
- integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca
- gestione delle risorse e dei fattori produttivi intermedi a queste collegati;
- verifica, valutazione e monitoraggio dei risultati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

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

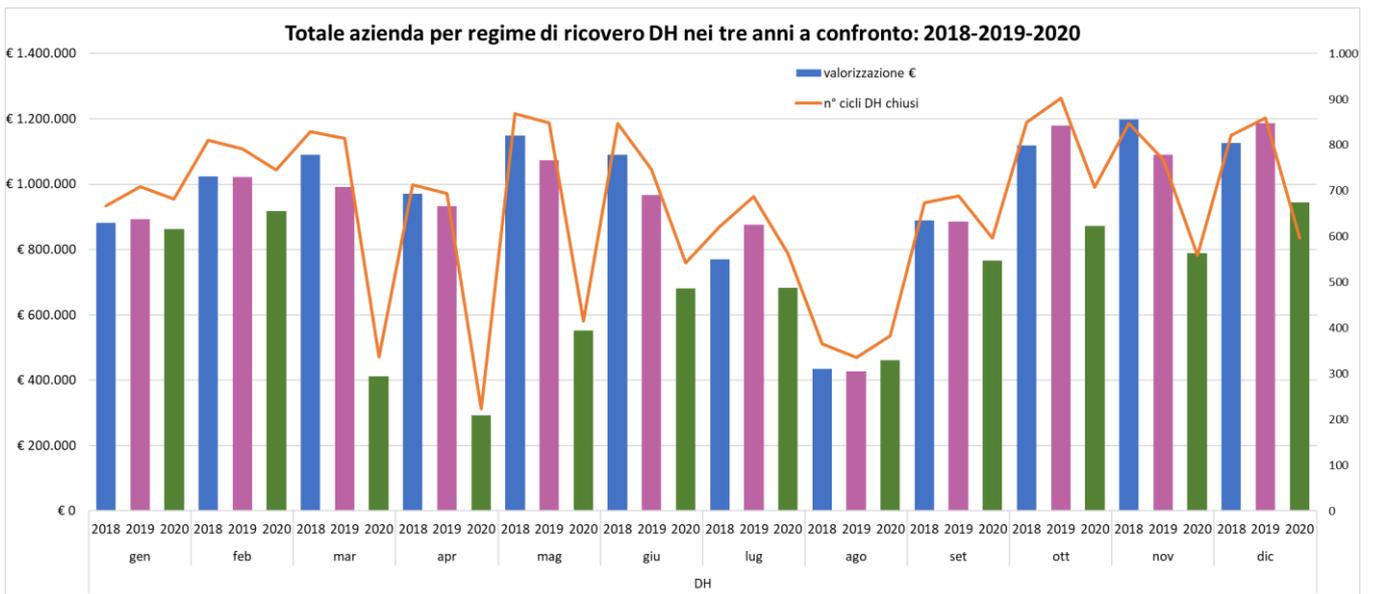
3.4. I DATI DI ATTIVITA'

Di seguito una rappresentazione per sintesi dei volumi di produzione delle principali attività aziendali degli ultimi anni precedenti al triennio di vigenza del Pdp.

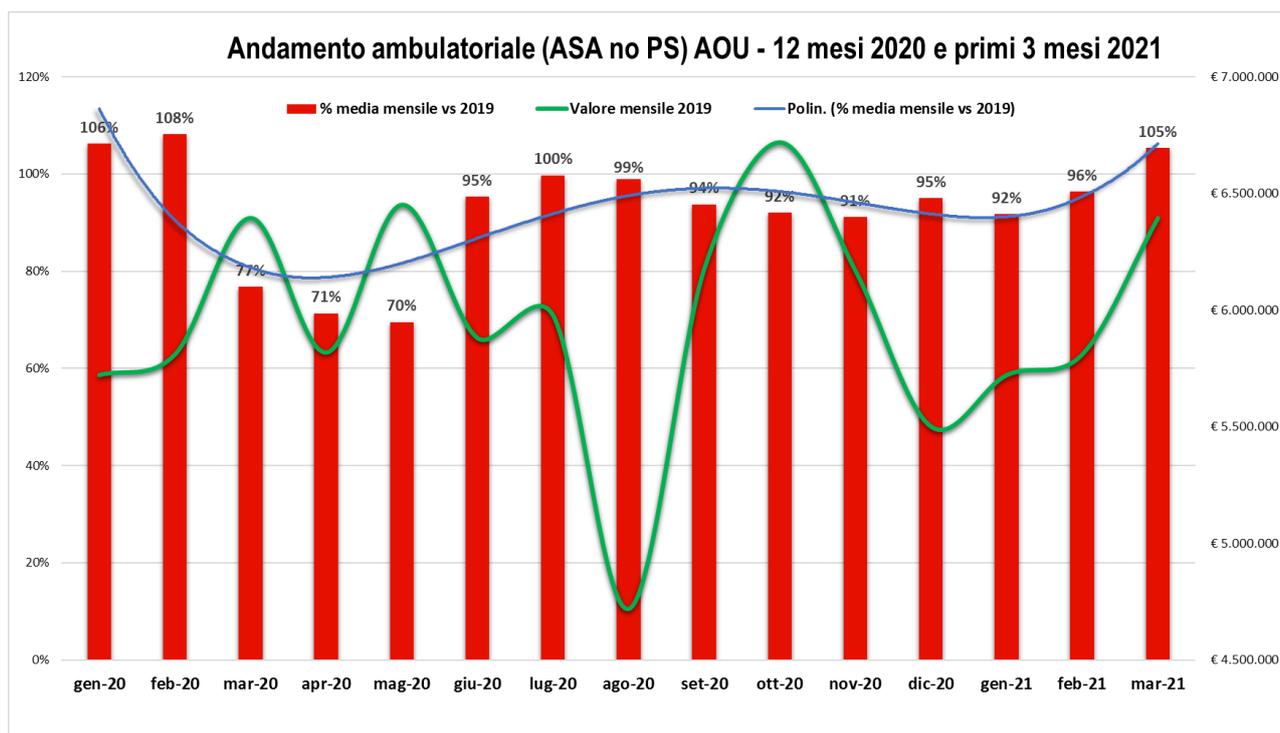
Attività di ricovero DO 2018-2019-2020:



Attività di ricovero DH 2018-2019-2020:



Attività specialistica per esterni 2020:



Attività trapiantologica 2019-2020:

DRG	Provenienza	Anno 2019	Anno 2020	delta importo	Anno 2019	Anno 2020	delta casi
302-Trapianto renale	MO	€ 683.143	€ 516.021	- 167.121	20	16	- 4
	RER-MO	€ 102.471	€ 136.629	+ 34.157	3	4	+ 1
	FUORI-RER	€ 577.235	€ 390.320	- 186.915	15	11	- 4
	Totale	€ 1.362.849	€ 1.042.970	- 319.879	38	31	- 7
439-Trapianti di pelle per traumatismo	MO	€ 75.189	€ 86.540	+ 11.351	22	15	- 7
	RER-MO	€ 45.940	€ 49.025	+ 3.085	17	15	- 2
	FUORI-RER	€ 84.046	€ 19.336	- 64.710	4	4	+ 0
	Totale	€ 205.175	€ 154.901	- 50.274	43	34	- 9
480-Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	MO	€ 902.312	€ 1.307.668	+ 405.356	12	20	+ 8
	RER-MO	€ 1.806.761	€ 1.699.338	- 107.423	28	26	- 2
	FUORI-RER	€ 1.892.942	€ 1.742.860	- 150.082	26	26	+ 0
	Totale	€ 4.602.016	€ 4.749.867	+ 147.851	66	72	+ 6
481-Trapianto di midollo osseo	MO	€ 3.157.959	€ 2.314.600	- 843.359	51	36	- 15
	RER-MO	€ 246.401	€ 254.029	+ 7.629	4	4	+ 0
	FUORI-RER	€ 132.977	€ 402.481	+ 269.504	3	6	+ 3
	Totale	€ 3.537.338	€ 2.971.111	- 566.227	58	46	- 12
Totale complessivo		€ 9.707.376	€ 8.918.848	- 788.528	205	183	- 22

3.5. I DATI ECONOMICI

Si riepiloga la rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale del triennio 2018-2020.

CONTO ECONOMICO	2020	2019	2018
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
Contributi in conto esercizio	129.485.263,00	65.113.815,00	60.775.613,00
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.634.969,00	-6.987.902,00	-1.627.382,00
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.214.356,00	1.643.634,00	9.039.359,00
Proventi e ricavi di esercizio	324.519.341,00	329.236.457,00	325.916.773,00
Rimborsi	10.284.321,00	16.849.075,00	10.140.136,00
Compartecipazione alla spesa sanitaria	3.095.815,00	5.315.445,00	5.769.202,00
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	15.286.820,00	17.602.978,00	12.355.455,00
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00
Altri ricavi e proventi	1.751.398,00	2.274.935,00	1.863.558,00
TOTALE A)	480.002.345,00	431.048.436,00	424.232.713,00
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
Acquisto beni di consumo	126.079.792,00	98.960.632,00	101.644.896,00
Acquisto di servizi sanitari	42.294.825,00	83.710.330,00	85.785.674,00
Acquisto di servizi non sanitari	54.475.822,00	64.040.264,00	62.477.722,00
Manutenzione e riparazione	17.982.247,00	18.710.375,00	19.037.268,00
Godimento beni di terzi	6.548.894,00	6.677.015,00	5.573.593,00
Costo del personale dipendente	195.046.069,00	122.761.108,00	115.516.898,00
Ammortamenti e svalutazioni	21.546.239,00	19.155.500,00	18.286.218,00
Variazione delle rimanenze di beni di consumo	-12.213.032,00	-88.140,00	-788.142,00
Accantonamenti	7.430.233,00	6.521.155,00	9.497.839,00

Oneri diversi di gestione	9.323.664,00	9.063.519,00	1.729.777,00
TOTALE COSTI DI PRODUZIONE	468.514.752,00	429.511.758,00	418.761.744,00
Proventi e oneri finanziari	258.975,00	397.620,00	549.254,00
Rivalutazioni e svalutazioni	0,00	0,00	-27.550,00
Proventi e oneri straordinari	-2.951.905,00	-8.238.353,00	-3.380.041,00
Imposte e tasse	14.079.193,00	9.361.016,00	8.255.279,00
RISULTATO DI ESERCIZIO	101.330,00	16.396,00	18.926,00

3.5.1. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Uno dei compiti principali del Servizio di Farmacia Interna è garantire l'approvvigionamento dei beni di consumo, secondo regole e parametri indicati a livello Nazionale e Regionale aderendo alle gare di AVEN/IntercentER).

Le acquisizioni riguardano i prodotti farmaceutici e i 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, si adottano 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.

Gli obiettivi in tema di assistenza farmaceutica, per il triennio 2018-2020, si sono focalizzati sulla promozione dell'uso sicuro ed appropriato dei beni sanitari e sulla corretta allocazione delle risorse. Questi obiettivi saranno riproposti anche nel triennio 2021-2023 e verrà posta particolare attenzione alle scelte in termini di rapporto costo-efficacia e costo-opportunità con particolare riferimento a:

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. 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. Azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico tramite l'utilizzo della prescrizione informatizzata in ambito di degenza, dimissione e da visita ambulatoriale.
7. 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 alla fornitura di Dispositivi Medici
8. 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 clinico ed economico
 - ✓ Farmaci per malattie rare
9. 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.
10. Dall'analisi dei consumi quali e quantitativa si procederà alla verifica dell'adesione alle gare regionali e AVEN.
11. 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.

Nel 2020 gli acquisti per beni sanitari sono stati fortemente influenzati dalla pandemia da Covid19.

Spesa farmaci 2020

Il finanziamento complessivo per INNOVATIVI è stato di 9.348.559 € ed è così suddiviso:

- INNOVATIVI AIFA - GRUPPO A: 4.975.733 €; La spesa è stata di circa 5.147.235 € con una differenza rispetto al fondo di circa + 171.500 €;
- INNOVATIVI AIFA NON ONCOLOGICI: 391.423 €; la spesa è stata di 375.639 € in linea con il fondo assegnato.
- INNOVATIVI GRUPPO B: 3.981.402 €; la spesa lorda è stata di 4.185.401 € con una differenza di + 204.000 € rispetto al fondo regionale. Occorre considerare che il dato di spesa comprende quella so-

stenuta per pazienti extra-RER per cui la spesa al netto della mobilità dovrebbe essere di circa 3.900.000€ rientrando nel fondo. La spesa per farmaci ed emoderivati con AIC (esclusi i fondi A/innovativi non oncologici e l'ossigeno) è stata di 40.853.249 € verso un obiettivo della RER pari a 39.957.708 €. Pertanto, la spesa 2020 è stata superiore all'obiettivo RER di + 895.541 €. La spesa complessiva per farmaci ed emoderivati (con AIC) compreso ossigeno, fondi e Covid si attesta per-cio' in circa 46.509.606 €. Va tenuto conto però che la spesa per farmaci ed emoderivati utilizzati per pazienti affetti da CO-VID-19 si è attestata a 2.723.835 € di cui circa 809.000 € per OCB e 1.914.835 € per Policlinico. Inoltre, è previsto un rimborso per farmaci soggetti al 5% AIFA che si è attestato per l'anno circa 550.684 € e che riguarda in particolare alcune molecole come givosiran e oncologici ev per indicazioni non ancora disponibili in Italia.

Dispositivi Medici 2020

La spesa per dispositivi medici a 12 mesi è stata di 49.763.190€ comprensiva della spesa x Covid19. + 4.538.421€ rispetto al 2019. **Spesa per Covid:** 4.300.000€.

Analizzando il dettaglio di questa spesa si evince che in massima parte è dovuta a dispositivi di DPI **(+4.200.000€)** oltre che a dispositivi utilizzati per l'apparato respiratorio.

Per contro la spesa complessiva risente del calo delle attività chirurgiche causa Covid:

- 475.000€ circa per dispositivi impiantabili attivi come pacemaker e defibrillatori
- 1.930.000€ circa per dispositivi protesici
- 280.000€ circa per dispositivi di sutura
- 86.000€ circa per dispositivi oftalmici
- 110.000€ circa per: materiale di medicazione, materiale di sterilizzazione, DM per utilizzati in NCH/Neurologia ecc...

Per il 2021 la spesa per beni sanitari sarà ancora estremamente influenzata dal COVID19 ma è molto difficile capire come si evolverà la pandemia durante l'anno.

Farmaci ed emoderivati

si prevede una spesa complessiva di circa **48.500.000€** di cui:

- farmaci; 42.000.000€
- sangue ed emoderivati; 6.500.000€ (con e senza AIC)
- ipotesi di suddivisione della spesa farmaci ed emoderivati:
 - Innovativi oncologici: 5.600.000€ (dato RER non ancora confermato)
 - Innovativi non oncologici: 480.000€ (dato RER non ancora confermato)
 - sangue ed emoderivati; 6.500.000€ (dato RER non ancora confermato)
 - farmaci Covid: 3.000.000€
 - farmaci altri: 32.920.000€

Dispositivi medici

La previsione di spesa dei DM deriva da alcune considerazioni:

- spesa primi 4 mesi (già stata per cui reale): 22.613.000€
- luglio e agosto (come 2020): 7.120.000€
- settembre-dicembre (come ultimi 4 mesi del 2019 ad attività piena senza Covid); 17.862.000€

Spesa complessiva prevista: **47.600.000€** circa.

Il Dipartimento Farmaceutico ha garantito la fornitura puntuale delle terapie farmacologiche ai pazienti nei Punti di Distribuzione diretta, attivando modalità semplificate per l'invio informatico della prescrizione, la preparazione di pacchetti terapia, la consegna programmata degli stessi in punti dedicati o la consegna a domicilio dei pazienti (in collaborazione con le associazioni di volontariato). Si è puntato sul passaggio da un'attività impostata nella modalità di “accesso libero” ad una attività basata sulla programmazione e prenotazione delle terapie in remoto da parte del paziente.

Le nuove modalità organizzative sono state progressivamente strutturate, accompagnandone l'implementazione con una efficace campagna informativa per far conoscere ai pazienti le potenzialità e vantaggi dei servizi disponibili.

Si è inoltre provveduto a garantire la fornitura ai reparti di farmaci, dispositivi medici e dispositivi di protezione necessari per il Covid-19 e ad attivare un servizio di consegna diretta ai reparti delle terapie in dimissione per i pazienti.

Gli interventi messi in campo per favorire l'adesione alle raccomandazioni regionali in tema di appropriatezza prescrittiva sono stati articolati come di seguito esposto:

Azioni di informazione e sensibilizzazione rivolte agli Specialisti prescrittori in merito all'utilizzo dei farmaci biosimilari e/o dei farmaci col miglior rapporto costo opportunità. In particolare si segnala che sono stati raggiunti tutti gli obiettivi (in termini di % di utilizzo) previsti dalla Regione per Modena relativamente ai biosimilari in ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico, ai biosimilari di rituximab e trastuzumab in ambito onco-ematologico e reumatologico), agli altri biologici (enoxaparina, epoietina, follitropina, ormone somatotropo, insulina glargine) e ai generici per le terapie HIV. Il risparmio complessivo 2020 ottenuto per adesione all'utilizzo dei biosimilari è stato di circa 1.183.752 €, anche a fronte di un aumento, rispetto all'anno precedente, in termini di utilizzo di alcune molecole (adalimumab, insulina glargine...).

Coordinamento della Commissione Farmaco di area vasta, per il tempestivo recepimento e applicazione nelle singole realtà delle decisioni della Commissione Farmaco Regionale e delle raccomandazioni dei gruppi di lavoro tecnici attivati, compreso il GREFO per l'ambito oncoematologico.

Coordinamento del Nucleo Operativo Provinciale per il monitoraggio e valutazione delle richieste per terapie personalizzate, off label e/o per casistiche particolari. Raggiunto l'obiettivo RER relativo alla registrazione delle stesse (100%) nel DATA BASE delle eccezioni prescrittive, secondo le modalità stabilite dalla RER. Nell'anno 2020 il numero di richieste sottoposte al NOP per la valutazione sono state 239; per tali richieste sono state predisposte le relative istruttorie ed approfondimenti di letteratura.

Costante monitoraggio dell'impiego dei farmaci ad alto costo da parte del Dipartimento farmaceutico, con elaborazione periodica dei dati di consumo e spesa, in collaborazione con il Controllo di Gestione e rendicontazione degli stessi alla Direzione e in tutti gli incontri di Budget (compresi i budget delle UU.OO. AOU); Azioni e procedure per garantire l'invio delle richieste di rimborso per i farmaci oncologici (in relazione agli accordi negoziali AIFA) e collaborazione costante con il Bilancio per il calcolo degli stessi e per ottenere il relativo

rimborso dall’Azienda USL di Reggio Emilia; il rimborso per i farmaci oncologici richiesti calcolato per il 2020 è stato di 656.000 €.

Valutazione, controllo e produzione centralizzata delle terapie oncologiche endovena; l’attivazione del drug day per alcune molecole ad alto costo ha permesso il recupero completo delle quantità residue con un risparmio di circa 210.000 € (nivolumab, Myocet, pembrolizumab, panitumumab, cetuximab, cabazitaxel, abraxane, eribulina, durvalumab, aflibercept).

3.5.2. PIANO INVESTIMENTI ATTUATO

Il piano degli investimenti elaborato per l’anno 2020 si articolava in molteplici interventi.

L’emergenza sanitaria iniziata a febbraio-marzo ha in buona parte modificato le linee di azione e le priorità degli interventi, reindirizzandoli e concentrandoli verso le aree e le necessità emergenti per fronteggiare la pandemia. Di queste ultime, la principale è stata rappresentata dal rafforzamento delle terapie intensive, avvenuto tramite la realizzazione di due nuove strutture prefabbricate da 48 posti letto complessivi, dotate di adeguate tecnologie sanitarie, informatiche e di arredi.

Di seguito, si presenta una tabella riassuntiva degli investimenti effettuati nell’anno e delle loro fonti di finanziamento:

FONTE DI FINANZIAMENTO	INVESTIMENTI 2020				
	Lavori	Tecnologie biomediche	Tecnologie ICT	Arredi, automezzi, beni economici	Totale
CONTRIBUTI C/CAPITALE	1.885.246,71		19.208,53		1.904.455,24
ALTRI FINANZIAMENTI	1.075.085,15	159.175,05	22.100,28	94.285,92	1.350.646,40
DONAZIONI COVID		2.150.097,82	130.151,75	30.679,25	2.310.928,82
DONAZIONI NO COVID		149.950,64	3.964,75	10.762,28	164.677,67
HUB TERAPIA INTENSIVA	4.945.592,11	3.766.253,25	1.901,00	134.143,44	8.847.889,80
ALTRI INTERVENTI DL 34/2020		43.593,25			43.593,25
FESR		3.161.884,22	178.140,29		3.340.024,51
ALTRI INVESTIMENTI COVID	271.155,00	2.180.645,76	10.980,00	196.164,66	2.658.945,42
INVESTIMENTI INDIFFERIBILI E URGENTI DGR 588/20221	1.370.923,90	1.640.663,30	626.847,25	9.338,86	3.647.773,31
TOTALE	9.548.002,87	13.252.263,29	993.293,85	475.374,41	24.268.934,42

3.5.2.1. Lavori e Opere

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

- prosecuzione degli Interventi legati alla ricostruzione post - sisma
- avvio, completamento e prosecuzione di interventi già finanziati
- avvio, completamento e prosecuzione degli interventi legati all'emergenza COVID 19

Sono stati eseguiti e/o portati avanti molteplici interventi di ristrutturazione, come meglio precisato nell'elenco degli interventi sotto riportato, perseguendo l'obiettivo di messa in sicurezza, adeguamento funzionale e normativo delle strutture ospedaliere.

In particolare, per quanto riguarda l'emergenza COVID 19, oltre ad altri interventi in corso di esecuzione, sono stati eseguiti due HUB di Terapia Intensiva da 38 posti letto complessivi, di cui un HUB da 30 Posti Letto presso il Policlinico ed un HUB da 18 Posti Letto presso l'Ospedale Civile Baggiovara,

Tali interventi hanno consentito di liberare gli spazi all'interno dei comparti operatori e delle Terapie intensive ordinarie dei due Ospedali, temporaneamente adibiti a terapia intensiva COVID, all'interno dei due ospedali, raggiungendo l'obiettivo di riprendere le attività ordinarie all'interno dell'ospedale.

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

Scheda 1, Scheda 2 e Scheda 2bis 1 P. Inv. 2021-23, interventi in corso di realizzazione e interventi finanziati in corso di progettazione o finanziati con fondi Sisma OOPP, LR16 - 2012 in corso di progettazione e/o esecuzione:

Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
Scheda 1	Interventi di manutenzione straordinaria - Intervento S13 -	520.000,00	Lavori terminati, contabilità in corso. Programma finanziamenti in conto capitale ex art 36 L.R.38 2002 Sub-intervento 101: Servizi complementari alle manutenzioni edili Sub-intervento 102: Manutenzione straordinaria impianti non ci sono interventi strutturali.
Scheda 1	Ristrutturazione spazi per senologia clinica e screening mammografico - Intervento APb10	1.500.000,00	Fondi ex. Art 20, 2 stralcio IV fase, Addendum, APb10-+ Contributi AUSL (200) e AOSP (300) ERRATA INDICAZIONE DEL

			FABBISOGNO nella prima versione (NO MIGL. SISMICO)
Scheda 1	Interventi per adeguamento normativa antincendio corpi di fabbrica vari del policlinico e corpi di fabbrica del poliambulatorio (DM 19/3/2015) - Intervento P.I.2 -	1.835.000,00	L'importo indicato è la somma dei due dati inseriti nello SharePoint PI (€ 1.535 per interventi su Policlinico + € 300 per interventi su Poliambulatorio). Vista la dismissione del Poliambulatorio la cifra dedicata viene utilizzata per ulteriori interventi sul Policlinico
Scheda 1	interventi di ammodernamento tecnologico impiantistico - Intervento APb11 -	500.000,00	Ammodernamento tecnologico ed impiantistico strutture sanitarie ed amministrative Sub-intervento A: Sostituzione gruppo frigorifero GF03 Sub-intervento B: Manutenzione impianti elevatori (rinforzo staffaggi guide)
Scheda 2	Policlinico - Corpo E - Piano rialzato - Centro per la cura della Epidermolisi Bollosa e ambulatori di diagnostica patologie oncologiche	1.200.000,00	E' stata sottoscritta la convenzione con il soggetto donatore.
Scheda 1	Policlinico - Edificio J1 (ex officina) - Ristrutturazione di edificio per realizzazione terminale attrezzato per produzione pasti	1.200.000,00	Esecuzione di opere (compresa la progettazione esecutiva) - secondo stralcio - di cui all'art.1 del contratto per la fornitura in Global Service di servizi alberghieri e di supporto e per la realizzazione di edifici funzionali all'espletamento dei servizi stessi
Scheda 1	OCB - Intervento di efficientamento della centrale frigorifera	1.620.000,00	Interventi di efficientamento energetico bando POR FESR 2019 Atti Amministrativi Giunta Regionale det. Dirigente SB Num. 23783 del 31/12/2019 per 447.144€ DGR 1746 del 11/10/2019 per 672.000€ + 500.856 € con risorse aziendali
Scheda 1	Policlinico di Modena. Realizzazione del nuovo fabbricato Materno-Infantile	8.832.326,60	Costo complessivo intervento: € 28.372.405,70 (Copertura finanziaria: Int. 454 Piano OO.PP. € 10.700.000,00 + PB3 €8.882.326,60 + S15

			€6.191.545,63 + Fondi aziendali € 2.598.533,47)
Scheda 1	Policlinico di Modena. Realizzazione del nuovo fabbricato Materno- Infantile	8.790.079,10	Costo complessivo intervento: € 28.372.405,70 (Copertura finanziaria: Int. 454 Piano OO.PP. € 10.700.000,00 + PB3 €8.882.326,60 + S15 €6.191.545,63 + Fondi aziendali € 2.598.533,47), (richiesti 2.500.000 come fondo per rilancio investimenti 2020) Inserito finanziamento sisma da 10.700.000 prima in riga separata. Il finanziamento aziendale è posto in colonna Al in quanto non deriva da mutuo, alineazioni, conto esercizio o manutenzioni cicliche ma da rimborso assicurativo
Scheda 2-bis	Edificio del Policlinico di Modena - Blocco Materno- Infantile 454	-	Intervento inglobato nell'intervento riga 16 come da nota RER riga 16
Scheda 2-bis	Policlinico - Intervento riparazioni danni sisma con rafforzamento locale di edificio adibito a Circolo USL - 100	350.000,00	Piano OO.PP. per €350.000 - In corso revisione dell'intervento: è stata proposta demolizione dell'edificio lesionato dal sisma e nuova costruzione PREVISTO ABBATTIMENTO E RICOSTRUZIONE, NON MIGLIORAMENTO SISMICO SU ESISTENTE
Scheda 2-bis	Policlinico - Intervento provvisorio di messa in sicurezza del policlinico mediante realizzazione di blocco ascensori a servizio del corpo D e E	1.008.000,00	Intervento post sisma con finanziamento EUSF
Scheda 2-bis	Edificio del Policlinico di Modena - Corpi CDEGH - Miglioramento sismico 60% (Intervento n. 12026 Piano OO.PP.)	14.036.000,00	ex interventi Piano OO.PP. 12026 e 12027, unificati nell'unico 12026 come da Ord. 25/10/2018 (Solo interventi strutturali)

Scheda 2	Policlinico - Corpi CDEGH - Opere edili ed impiantistiche per riportare alla piena funzionalità sanitaria le parti dei fabbricati interessati dagli interventi strutturali di miglioramento sismico 60% (intervento n. 12026 Piano OO.PP.)	22.500.000,00	Riferimento DGR 2356 del 22/11/19 - in attesa dell'accordo di programma. Considerato costo parametrico medio per lavori di finitura di €/mq 1.363,68 spese tecniche escluse. Costo complessivo stimato IVA compresa € 22.500.740,00 ripristini edili ed impiantistici per riportare a piena funzionalità i reparti interessati dagli interventi strutturali interv. 12026. (Superficie di circa Mq. 16.500.) IL MIGLIORAMENTO SISMICO CITATO E' QUELLO GIA' PREVISTO CON ALTRO INTERVENTO. QUESTO INTERVENTO SI RIFERISCE ALLE CONSEQUENTI OPERE DI COMPLETAMENTO
Scheda 2	Policlinico - Rifacimento facciate corpi di fabbrica policlinico a fini di sicurezza e contenimento energetico	9.000.000,00	Riferimento DGR 2356 del 22/11/19. In attesa dell'accordo di programma.
Scheda 1	Realizzazione prefabbricato per 18 ppII TI Ospedale Civile di Baggiovara	4.634.292,00	Lavori terminati, collaudi in corso. Interventi di realizzazione di posti letto per Terapia Intensiva a seguito dell'emergenza COVID 19. Il costo complessivo è comprensivo di € 549.000,00 per attrezzature fornite dal Commissario Straordinario.
Scheda 1	Realizzazione prefabbricato per 30 ppII TI Policlinico di Modena	8.284.288,00	Lavori terminati, collaudi in corso. Interventi di realizzazione di posti letto per Terapia Intensiva a seguito dell'emergenza COVID 19. Il costo complessivo è comprensivo di € 610.000,00 per attrezzature fornite dal Commissario Straordinario.
Scheda 2	Intervento PS generale ePS accettazione pediatrica Policlinico di Modena	1.175.000,00	DGR869 17-7-2020 - riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 - riassetto interno del Pronto Soccorso

Scheda 2	Riassetto interno area P.S. Ospedale Baggiovara	1.030.000,00	DGR869 17-7-2020 - riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 - riassetto interno del Pronto Soccorso
Scheda 2	15 ppII Terapia Semintensiva Policlinico di Modena	572.000,00	DGR869 17-7-2020 - riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 - conversione terapia sub intensiva in TI
Scheda 2	Adeguamento sistema di monitoraggio Ospedale Civile di Baggiovara. 8 ppII TSI	61.000,00	DGR869 17-7-2020 - riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 - conversione terapia sub intensiva in TI
Scheda_3	Policlinico di Modena - Poliambulatorio. Rimozione materiali contenenti amianto	2.338.874,26	Rimozione dell'amianto tramite il bando Regionale FSC 2014-2020, costo complessivo di QE pari a €2.338.874,26

Gli interventi edili in c/esercizio riguardano lavori di manutenzione straordinaria agli impianti elettrici e meccanici, manutenzioni edili complementari a lavori impiantistici, sostituzione e/o aggiornamento di macchine, component e apparecchiature obsolete o a fine vita, lavori di asfaltatura e viabilità, al fine di garantire la piena efficienza e funzionalità delle aree esterne, delle strutture e degli impianti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

Principali interventi edili e impiantistici in c/esercizio - Scheda 3 P. Inv. 2021-23:

Scheda_3	Policlinico - Sostituzione UPS quota 2021	196.000,00	Sostituzione UPS ex Rianimazione, TIPO, NBT2, Neonatologia P7, Sale parto P6
Scheda_3	Policlinico - Rifacimento M.T. Cabine 1 e 4, potenziamento Cabina n. 3	1.800.000,00	Costo comprensivo di gruppo elettrogeno
Scheda_3	OCB -Rifacimento reti idriche stralcio 2021	400.000,00	Finanziamento quota 2021 ipotizzato con bilancio aziendale
Scheda_3	Policlinico e OCB - Manutenzione straordinaria impianti elettrici e meccanici	1.100.000,00	Finanziamento quota 2021 ipotizzato con bilancio aziendale Quota OCB € 350.000
Scheda_3	Policlinico e OCB - Servizi complementari manutenzioni edili	950.000,00	Finanziamento quota 2021 ipotizzato con bilancio aziendale Lavori extracanonale edile, manutenzione straordinaria edile, interventi a valenza patrimoniale (compresi tinteggi P6 degenze ostetricia

			e Bagni Subint. Nefrologia). Quota OCB € 300.000
Scheda_3	OCB - Sostituzione- integrazione di 2 Gruppi elettrogeni	1.400.000,00	In seguito agli ampliamenti dell'OCB si rende necessario aumentare la potenza elettrica delle fonti di emergenza. Finanziamento con fondi mutuo.
Scheda_3	Policlinico - Policlinico - Interventi necessari per adeguare e potenziare gli impianti in relazione agli sviluppi edilizi e per la risoluzione di problematiche connesse a vetustà impianti ed emergenze - Rifacimento M.T. Cabina 2	1.000.000,00	Finanziamento quota 2021 ipotizzato con bilancio aziendale. Rifacimento Cabina MT 1 per fine vita apparecchiature.

3.5.2.2. Tecnologie Biomediche

Il piano investimenti 2020/2022 era stato definito tenendo conto delle esigenze di rinnovo delle tecnologie esistenti e dei programmi finanziati o da risorse regionali o da fondi ex art.20. Si era tenuto conto delle diverse esigenze di rinnovo del parco tecnologico provinciale sia per le attrezzature con un ciclo di vita maggiore di 8-9 anni, sia per le tecnologie necessarie alla rimodulazione della attività sanitarie e all'adeguamento a nuovi processi di cura o a metodiche di intervento in grado di garantire un atto medico più efficace ed efficiente. L'emergenza pandemica ha rimodulato le priorità, evidenziando l'immediata necessità di potenziare le tecnologie delle unità operative di Malattie Infettive, Subintensive Respiratorie, Terapie Intensive, Pronto Soccorso e dei reparti con pazienti COVID.

In particolare, utilizzando i finanziamenti specifici per l'emergenza sanitaria, si sono potenziati in urgenza le seguenti tecnologie:

- sistemi di ventilazione (respiratori per TI e NIV compresi di ventilazione ad alto flusso)
- centrali di monitoraggio e monitor per parametri fisiologici
- sistemi telemetrici
- sistemi di pompe infusione
- saturimetri per ospedali
- diagnostica radiologica e ecografica
- ecografi portatili
- termoscaner
- sistemi e strumenti per telemedicina.

I reparti di Pediatria, soprattutto la Terapia Intensiva Neonatale, sono stati potenziati e rinnovati con tecnologie che consentano anche la gestione dei nati da madre affetta da Covid-19 con percorsi separati, sempre al fine di evitare situazioni di contagio.

Sempre a seguito della pandemia, è stato fortemente potenziato tecnologicamente il Laboratorio di Biologia Molecolare e Virologia, unico per l'intera provincia nella processazione massiva dei tamponi molecolari, che ha incrementato esponenzialmente la sua attività e, ad oggi, risulta ancora in crescita. Si è passati da una erogazione nel 2019 di 60.000 prestazioni a 370.000 nel 2020 e a 250.000 prestazioni nel primo quadrimestre 2021.

Sotto lo stretto governo del Laboratorio di Biologia Molecolare e Virologia, in una logica di PoCT (Point of Care Testing), è stato realizzato un progetto di collazione in tutti i laboratori della provincia di strumentazione integrata ed automatizzata per esecuzione in urgenza dei tamponi richiesti dagli ospedali della provincia. Tale innovativo progetto ha anche richiesto massime modifiche al sistema informativo di Laboratorio per reingegnerizzare e ottimizzare i flussi di dati e integrazioni sia all'interno del Laboratorio stesso, sia del laboratorio con la rete di Point of Care e con i punti di prelievo, oltre a fornire tutte le informazioni in tempo reale alla Regione e alla Sanità Pubblica.

E' stato potenziato il sistema di "alert" con invio automatico ai servizi di Igiene Ospedaliera, Sorveglianza Sanitaria e Sanità Pubblica per la segnalazione dei nuovi pazienti positivi dell'intera provincia di Modena.

Inoltre, si sono potenziate diverse attrezzature di base (elettrocardiografi, ecografi, endoscopia, aspirafumi) per poter gestire in sicurezza i doppi percorsi dei pazienti e sono state messe in uso le attrezzature fornite dalla Protezione Civile e dal Commissario Straordinario.

Sempre nell'ambito del COVID sono state allestite, con tecnologie di ultima generazione, le due nuove strutture di Terapia Intensiva, sopra citate. Sono stati impiegati sistemi di monitoraggio e infusionali con trasmissione di segnali verso centrali di cabine di regia non solo in loco, ma anche in altre aree ospedaliere, al fine di consentire il governo delle attività. Le terapie intensive sono state anche dotate di box di contenimento collocati sempre dentro gli spazi suddetti al fine di gestire anche aree filtro di sospetti. Oltre alle altre tecnologie necessarie, si evidenzia anche la presenza di emogasanalizzatori e tromboelastogrammi.

Sempre finalizzati al contenimento del COVID-19, sono iniziati i lavori compresi di tecnologie di potenziamento dei PS di Baggiovara e Policlinico e adeguamenti delle terapie subintensive sempre di Baggiovara e Policlinico. Anche le tecnologie di questi interventi rientrano nel finanziamento definito dall'art 2 del DL 34/2020.

L'emergenza pandemica ha quindi pesantemente condizionato il piano investimenti del 2020 che ha visto per questo motivo acquistate circa 11,3 milioni di euro di tecnologie, variamente finanziate (donazioni, Fesr, fondi struttura commissariale, DL 34/2020...).

Interventi ex DGR 588/2021 “Sostegno ai piani di investimento 2020-2022 delle aziende sanitarie regionali a seguito dell'emergenza epidemiologica covid-19”.

Parallelamente sono stati effettuati e contabilizzati altri acquisti, in parte scivolati dall'anno precedente per slittamento dei tempi di consegna, in parte dovuti a motivazioni di urgenza, indifferibilità e necessità di sostituzione per fuori uso di attrezzature esistenti:

NB) Per I dati di dettaglio si rimanda alla Relazione sulla Gestione 2020, allegata al Bilancio di Esercizio.

Particolare attenzione, infine, è stata posta alla gestione dei dati provenienti dalle tecnologie biomediche ed alle modalità con le quali sono elaborati e rappresentati al personale sanitario per finalità cliniche e gestionali (robustezza e qualità del dato). In particolare, per tutti i dati clinici provenienti dalla diagnostica COVID è stato realizzato un pannello di monitoraggio in tempo reale dei dati di laboratorio, arrivando dalla produzione per singola macchina al complessivo per ora, giorno e mese. Allo stesso tempo anche per la produzione radiologica è stato realizzato un cruscotto gestionale.

3.5.2.3. Tecnologie Informatiche

2018

Gli investimenti hardware in conto capitale effettuati nel corso del 2018 hanno utilizzato il finanziamento previsti dall'intervento APb12 e hanno riguardato principalmente la sostituzione di PC e accessori delle postazioni di lavoro (85% del finanziamento disponibile nell'anno) e il rimanente 15% è stato utilizzato per attrezzature accessorie finalizzate al progetto di accoglienza ambulatoriale, attrezzature per la formazione e attrezzature per la gestione degli accessi alle aree riservate

Gli investimenti software in conto capitale hanno visto la prevalenza (90%) di acquisto di licenze i cui finanziamenti sono derivati da progetti di ricerca mentre il restante 10% è stato utilizzato prevalentemente per l'acquisto di licenze associate al progetto di accoglienza ambulatoriale.

Anche nel corso del 2018 si è fatto ricorso al noleggio e ai servizi come forma di acquisizione di tecnologia hardware (in particolare centrali telefoniche) o software (licenze Office ad esempio) integrata coi servizi di manutenzione e assistenza.

2019

Gli investimenti intervenuti nel corso del 2019 hanno visto una prevalenza della quota hardware sulla quota software, in quanto i finanziamenti nazionali per l'acquisto della nuova cartella clinica informatizzata non sono stati resi disponibili in corso d'anno.

Gli investimenti in ambito hardware sono stati legati a:

- rinnovo di apparecchiature base da ufficio ormai obsolete (PC Desktop, PC Laptop, Monitor, stampanti etichette e braccialetti, stampanti avanzate);

- integrazione della dotazione di lettori di badge con funzione di apriporta per i nuovi reparti attivati al policlinico.
- sostituzione o potenziamento di apparati di rete (switch, converter, antenne wifi) legati sempre all’attivazione delle nuove aree sanitarie, che hanno costituito la quota più significativa.

Tra gli acquisti significativi dal punto di vista tecnologico, seppur a basso impatto economico, vi sono alcuni display di grandi dimensioni (da 60 a 80 pollici) che sostituiscono i videoproiettori nelle sale riunioni di piccole e medie dimensioni per i costi irrisori di manutenzione rispetto ai videoproiettori.

Sul fronte software gli investimenti più significativi hanno riguardato:

- i sistemi di controllo del traffico di rete, al fine di prevenire e mitigare gli attacchi informatici,
- l’installazione del nuovo SW di Pronto soccorso, unico per i due stabilimenti aziendali
- l’aggiornamento del software di gestione documentale.

Occorre segnalare che acquisizioni hardware e software che negli anni passati sono avvenute sotto forma di investimenti, nel corso del 2019 hanno visto affermarsi nelle convenzioni delle centrali di acquisto modalità nuove, basate su noleggi a lungo termine per l’hardware e per il software su SAAS (Software As A Service).

Il motivo risiede nel fatto che la quota dei servizi associati all’acquisizione di alcuni beni (helpdesk, manutenzioni preventive, correttive, evolutive, ecc.) raggiunge nell’arco di 5 anni livelli economici che possono anche superare il valore del bene iniziale.

2020

Gli investimenti intervenuti nel corso del 2020 sono stati associati in parte alla programmazione pluriennale e in parte all’emergenza Covid-19.

Per quanto riguarda i primi, si tratta di interventi scivolati dall’anno precedente per slittamento dei tempi di consegna oppure dovuti a motivazioni di urgenza, indifferibilità e necessità di sostituzione per fuori uso di apparecchi esistenti:

Denominazione	Importo	Motivazione
Sistema di calcolo ad alte prestazioni per il servizio di Radioterapia	427.195,43	L’investimento era stato programmato nel 2019, ma la preparazione della gara ha richiesto alcuni mesi in più che hanno fatto slittare la consegna nel 2020.
Totem e visori per gestione aree ambulatoriali	42.022,90	Acquisti a completamento del sistema di gestione dei percorsi di accesso alle aree ambulatoriali.
PC e accessori	55.840,36	Acquisti legati in parte a sostituzioni di PC ed accessori posti in fuori uso e in parte allo

Denominazione	Importo	Motivazione
		svolgimento dello smart working e delle attività in teleconferenza.
Licenze SW applicativi BI e Data Center	96.884,16	Acquisti relativi a licenze SW di sistemi informatici di base, non applicativi, per completare progetti avviati nel 2019, in particolare per il consolidamento del Datawarehouse aziendale.
Sistema controllo accessi OCB	4.904,40	Acquisti complementari a quelli effettuati per il Policlinico, necessari per dare omogeneità al sistema di controllo accessi aziendale.

Per quanto riguarda gli investimenti strettamente derivanti dall'emergenza sanitaria, si è trattato in particolare di integrare la dotazione di lettori di badge con funzione di apriporta, per la gestione sicura dei varchi tra aree Covid ed aree no Covid, e di sostituire o potenziare gli apparati di rete (switch, converter, antenne wifi) necessari per l'attivazione delle nuove aree sanitarie, oltrechè dei due nuovi prefabbricati di terapia intensiva. Sono stati inoltre acquistati dispositivi specifici per permettere la comunicazione ai pazienti in isolamento.

Occorre segnalare che acquisizioni hardware e software che negli anni passati sono avvenute sotto forma di investimenti, nel corso del 2020 hanno visto affermarsi nelle convenzioni delle centrali di acquisto modalità nuove, basate su noleggi a lungo termine per l'hardware e per il software su SAAS (Software As A Service).

Anche nel 2020, infine, l'Azienda ha investito nell'evoluzione dei programmi SW regionali GRU e GAAC.

Nel corso dell'ultimo anno vi è stata una prevalenza della quota hardware sulla quota software, in quanto i finanziamenti nazionali per l'acquisto della nuova cartella clinica informatizzata non sono stati resi disponibili in corso d'anno.

Gli investimenti in ambito hardware sono stati legati a:

- Nuovo sistema di calcolo basato su GPU-Computer per l'elaborazione dei piani di trattamento radioterapici, completo di licenze SW Citrix
- rinnovo di apparecchiature base da ufficio ormai obsolete (PC Desktop, PC Laptop, Monitor, stampanti etichette e braccialetti, stampanti avanzate) con l'introduzione di sistemi di videoconferenza resisi necessari per evitare le riunioni in presenza. La maggior parte dei PC portatili sono stati utilizzati per dare supporto al ricorso allo smartworking ai dipendenti sprovvisti di PC proprio.
- monitor di grandi dimensioni (65"-75") in sostituzione dei videoproiettori in sale riunioni di dimensioni medio piccole.

- integrazione della dotazione di lettori di badge con funzione di apriporta, finalizzati in particolar modo alla gestione sicura dei varchi tra aree Covid ed aree no Covid
- sostituzione o potenziamento di apparati di rete (switch, converter, antenne wifi) legati sempre all’attivazione delle nuove aree sanitarie, che hanno costituito la quota più significativa.

Sul fronte software gli investimenti più significativi hanno riguardato:

- Licenze SW database Oracle per i SW aziendali
- Licenze SW MS BizTalk per lo sviluppo della Dorsale Interoperabile aziendale
- Licenze Office per PC multiutente
- Licenze SW per sistema di accoglienza di Pronto Soccorso sia per Ospedale Policlinico che per Ospedale Civile
- Licenze SW di moduli di integrazione tra Dorsale Interoperabile e applicativi dipartimentali finalizzati anche alla realizzazione del flusso informativo verso il FSE secondo nuovi standard CDA2.

Occorre segnalare che acquisizioni hardware e software che negli anni passati sono avvenute sotto forma di investimenti, nel corso del 2020 hanno visto affermarsi nelle convenzioni delle centrali di acquisto modalità nuove, basate su noleggi a lungo termine per l’hardware e per il software su SAAS (Software As A Service).

Anche nel 2020 l’azienda ha investito nell’evoluzione dei programmi SW regionali GRU e GAAC.

3.5.2.4. Arredi

Oltre alla predisposizione dei due HUB di Terapia Intensiva, l’investimento maggiore (196 mila euro) ha riguardato l’allestimento degli spazi per accogliere i pazienti Covid e i nuovi assunti; per il resto, si è trattato di sostituzioni urgenti e indifferibili di arredi danneggiati o usurati.

Queste due ultime voci sono state entrambe finanziate con DGR 588/2021 “Sostegno ai piani di investimento 2020-2022 delle aziende sanitarie regionali a seguito dell'emergenza epidemiologica covid-19”.

NB) Per i dati di dettaglio si rimanda alla Relazione sulla Gestione 2020, allegata al Bilancio di Esercizio.

3.6. IL PERSONALE

Di seguito si riporta la rappresentazione analitica del personale operante presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena. In particolare le tabelle seguenti forniscono un quadro dell'organico al 31.12.2019 e 31.12.2020 comprendente sia il personale ospedaliero che quello universitario, suddiviso per ruolo.

PROFIL I+A1:A67	PERSONALE AOU MO 31/12/2019 Dipendenti + univ. integrati				PERSONALE DIP. AUSL comandato AOU al 31/12/2019 Dipendenti + univ. integrati			
	TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDO E ASS.TEMP.	TOTALE AOU 31/12/2019	TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDO E ASS.TEMP.	TOTALE AUSL COMANDATI 31/12/2019
DIRIGENZA MEDICA	530	51	1	582	224	3		227
DIRIGENZA SANITARIA: FARMACISTI	4			4	1			1
DIRIGENZA SANITARIA: BIOLOGI	28	1		29				0
DIRIGENZA SANITARIA: CHIMICI	2			2				0
DIRIGENZA SANITARIA: FISICI	9			9				0
DIRIGENZA SANITARIA: PSICOLOGI	10			10	1			1
DIRIGENZA SANITARIA: DIRIGENTE PROFESS. INF.TECN.SAN.E RIAB.	3			3				0
DIRIGENZA PTA: INGEGNERI	9			9	1			1
DIRIGENZA PTA: DIRIGENTE TECNICO	4	1		5				0
DIRIGENZA PTA: DIRIGENTE AMM.VO	12	1		13				0
1) Area Dirigenza TOTALE	611	54	1	666	227	3	0	230
PERSONALE INFERMIERISTICO	1237	84	4	1325	572	5		577
PERSONALE TECNICO SANITARIO	208	34	2	244	60	5		65
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	32	1		33	51			51
PERSONALE DI VIGILANZA ED ISPEZIONE	2			2	1			1
PERSONALE RUOLO TECNICO	373	38		411	140	15		155
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	190	8		198	25	2		27
2) Area Comparto TOTALE	2042	165	6	2213	849	27	0	876
1) AREA DIRIGENZA 2) AREA COMPARTO TOTALE	2653	219	7	2879	1076	30	0	1106

PERSONALE 31/12/2020 Dipendenti + univ. integrati AOU - STABILIMENTO OPM				PERSONALE 31/12/2020 Dipendenti + univ. integrati AOU - STABILIMENTO OCB				PERSONALE 31/12/2020 Dipendenti + univ. integrati TOTALE AOU presente nei due stabilimenti			
TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDO E ASS.TEMP.	TOTALE STABILIMENTO OPM 31/12/2020	TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDO E ASS.TEMP.	TOTALE STABILIMENTO OCB 31/12/2020	TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDO E ASS.TEMP.	TOTALE AOU 31/12/2020
497	61	1	559	294	21	1	316	791	82	2	875
4			4				0	4	0	0	4
36	1		37	1			1	37	1	0	38
1			1				0	1	0	0	1
9			9				0	9	0	0	9
5			5	8			8	13	0	0	13
7			7				0	7	0	0	7
8			8	1			1	9	0	0	9
5	1		6				0	5	1	0	6
14	1	1	16				0	14	1	1	16
586	64	2	652	304	21	1	326	890	85	3	978
1248	80	14	1342	692	44	4	740	1940	124	18	2082
223	5	1	229	67	8		75	290	13	1	304
18	1		19	67			67	85	1	0	86
3			3				0	3	0	0	3
338	40	10	388	174	21	5	200	512	61	15	588
252	1	4	257	23		1	24	275	1	5	281
2082	127	29	2238	1023	73	10	1106	3105	200	39	3344
2668	191	31	2890	1327	94	11	1432	3998	286	42	4322

ASSUNTI tot 20		CESSATI tot 20	
TI	TD	TI	TD
519	359	253	323

4. Impegni strategici e dimensioni della performance

L’Azienda Ospedaliero Universitaria si connota per la sua duplice natura in termini di mission: da una parte il ruolo svolto come nodo rete provinciale, dall’altra come polo assistenziale, formativo e clinico-scientifico a livello anche regionale e/o nazionale.

L’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, con i suoi 1108 posti letto, è il presidio ospedaliero di riferimento non solo per il Distretto di Modena, ma anche per l’intero territorio ed è sede di riconosciute eccellenze clinico-assistenziali a livello regionale e nazionale. L’elevata qualità dei servizi erogati, infatti, la identificano quale Struttura ospedaliera di riferimento nel panorama regionale e, in alcuni ambiti, nazionale ed internazionale, grazie anche ad importanti e consolidate collaborazioni con prestigiose Istituzioni scientifiche, accademiche e di ricerca.

Nell’ambito del sistema regionale per la salute, esercita le proprie funzioni assistenziali di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione, nonché di ricerca biomedica e sanitaria, di innovazione, di formazione e di didattica, in integrazione con UNIMORE, in coordinamento e piena collaborazione con l’Azienda USL di Modena e con le Istituzioni ed Associazioni del territorio in cui opera.

Gli ospedali dell’Azienda contribuiscono, grazie alla presenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia di UNIMORE, alla formazione dei medici del futuro e alla ricerca biomedica e sanitaria che deve avere ricadute concrete sul progresso della diagnosi e della cura. La funzione di ricerca e sviluppo dell’innovazione tecnologica e organizzativa rappresenta, quindi, una funzione istituzionale per l’AOU, al pari della funzione di assistenza.

Solidi e crescenti sono, inoltre, i rapporti di collaborazione e condivisione di percorsi clinico-assistenziali dell’AOU di Modena e dei suoi professionisti con l’Azienda USL di Reggio Emilia.

L’insieme dei servizi serve una popolazione di oltre 702.949 abitanti con una strategia di rete (Azienda Ospedaliero Universitaria e Azienda USL), che negli anni ha permesso lo sviluppo di strutture e sistemi di offerta che lavorano con criteri, modalità operative e tecnologie integrate tra loro per il conseguimento dei vantaggi in termini di qualità, efficienza complessiva e sicurezza, basati su un aumento del livello di integrazione orizzontale con la rete di tutti i servizi provinciali.

I principali impegni che l’Azienda fa propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini e operatori sono:

- competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ascolto e coinvolgimento;
- rispetto delle diversità e sviluppo della medicina di genere;
- equità di accesso e di trattamento;
- motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- integrazione e sinergie multidisciplinari e interprofessionali;
- alta affidabilità, qualità, sicurezza ed appropriatezza delle prestazioni;
- sviluppo di azioni volte al miglioramento del benessere organizzativo;
- innovazione tecnologica e organizzativa;

- integrazione ospedale-università;
- consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale e regionale e integrazione “agita” ed operativa con l’Azienda Sanitaria territoriale e con il livello di Area Vasta;
- coerenza della programmazione e della pianificazione con le indicazioni espresso dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria;
- qualità del sistema di governo aziendale;
- visione sistemica dei processi;
- equilibrio economico finanziario

A. Funzioni di Ospedale di prossimità e di area

Pur caratterizzandosi per la presenza di discipline di alta specialità anche complementari, la collocazione logistica pone entrambe le strutture ospedaliere come riferimento per la popolazione dell’area di Modena/Castelfranco anche per quanto attiene la risposta ai bisogni maggiormente diffusi e di bassa e media complessità. La costante afferenza di pazienti per prestazioni di urgenza e assistenza di primo livello ambulatoriale confermano infatti l’imprescindibile funzione di servizio di prossimità, pur se inserita in contesti caratterizzati da competenze in costante sviluppo che contraddistinguono entrambe le strutture quali centri Hub provinciali e di riferimento di alta complessità.

Una adeguata risposta alle esigenze del territorio di riferimento non può non tener conto della necessità proprie di una popolazione caratterizzata da una prevalenza di polipatologie e di fragilità, tenuto conto di quanto espresso nella sezione dedicata alla rappresentazione del contesto epidemiologico locale. Legata alla funzione di riferimento di prossimità per il bacino di utenza sul quale insistono vi è la conseguente necessità di garantire in entrambi gli stabilimenti la presenza delle discipline di base per assicurare la funzione di Pronto Soccorso (Chirurgie generali, Ortopedie, Medicine Interne, etc.).

B. Funzioni di Hub per il bacino di utenza provinciale

Il processo di integrazione - valorizzando la funzione di riferimento ed il ruolo hub degli stabilimenti – ha reso possibile la realizzazione di una integrazione operativa ed una concentrazione delle attività cliniche, alimentando le sinergie con i centri di prossimità, nell’ambito del territorio provinciale, tale da favorire un’offerta di prestazioni caratterizzanti i due stabilimenti.

Hanno sede nell’Azienda alcune Unità Operative e funzioni uniche nel contesto provinciale, quali quelle di Neurochirurgia, Chirurgia dei trapianti, Chirurgia Toracica, Chirurgia pediatrica, Oncoematologia pediatrica, Neonatologia con terapia intensiva neonatale, Malattie Infettive, Medicina Nucleare, Radioterapia, Neuroradiologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica e ricostruttiva, Chirurgia Cranio-Maxillo-Facciale, Medicina riabilitativa, Geriatria, Anatomia Patologica, Chirurgia e riabilitazione della Mano, Servizio Immuno-

trasfusionale. E' riferimento per le attività di Genetica, Trapianti di midollo, Procreazione medicalmente assistita (centro di 3 livello), coordinamento della Cabina di regia per la gestione delle terapie anticoagulanti orali, attività di interventistica vascolare.

C. Offerta di prestazioni di alta specialità e complessità e di eccellenza in un contesto provinciale e con attrazione a livello di Area Vasta/Regionale/Nazionale

L'Azienda Ospedaliero Universitaria persegue l'eccellenza rappresentando - come già previsto dalla programmazione sanitaria provinciale e regionale nel documento Integrazione Policlinico- Ospedale Civile Estense di Baggiovara nell'ambito della rete ospedaliera provinciale – il punto di riferimento di ambito provinciale per la gestione delle patologie ad alta complessità e un nodo strategico a livello sovraterritoriale (regionale e nazionale), anche grazie alle tecnologie innovative come la chirurgia robotica. Sono stati realizzati e sono in corso di definizione progetti di sviluppo anche in ambito sovra-provinciale. Si sintetizzano i principali ambiti di eccellenza:

- ORL centro eccellenza regionale per la chirurgia endoscopica dell'orecchio medio
- Arto superiore: centro di eccellenza per trattamento patologie arto superiore
- Chirurgia della Mano, centro di riferimento nazionale
- Malattie Rare: l'Azienda è inserita nella rete regionale con centri in ambito cardiologico, chirurgia pediatria, dermatologia, ematologia, endocrinologia, gastroenterologia, medicina interna, nefrologia, neurologia, neonatologia, oculistica, pediatria, reumatologia. E' riconosciuta nella rete ERN europea (anemie ereditarie talassemie e drepanocitosi adulto e bambino; malattie rare del polmone; chirurgia della mano per patologie malformative).
- Percorso di prevenzione del rischio eredo-familiare del tumore mammario
- Hub regionale per Sclerosi sistemica
- Neuroradiologia interventistica per province Modena e Reggio Emilia
- Diagnosi e trattamento Chirurgia dell'epilessia refrattaria con Bellaria, Bologna
- Centro AVEN 2° livello per trattamento chirurgico endometriosis

Inoltre si configurano come ambiti di ulteriori progetti di sviluppo quello della presa in carico di pazienti affetti da epidermolisi bollosa, da malformazioni vascolari, l'attività trapiantologica.

Con la fusione in un'unica Azienda dei due stabilimenti ospedalieri sono state apportate modifiche al modello organizzativo del sistema sanitario provinciale nel suo complesso, per il perseguimento dei seguenti risultati:

- riduzione della frammentazione e migliore strutturazione dei percorsi assistenziali all'interno della rete ospedaliera e tra questa e la rete territoriale, con particolare riferimento all'ambito oncologico, traumatologico e delle patologie croniche;

- revisione del modello hub and spoke con previsione di mobilità delle equipe professionali e ridefinizione dei regimi di erogazione delle prestazioni in relazione alle finalità di cura o di diagnosi;
- sviluppo di team professionali anche integrati tra le due Aziende sanitarie modenesi, operanti tra i diversi nodi di erogazione della rete ed il potenziamento di sinergie nei programmi/progetti di ricerca e didattica tra Università, ospedali e territorio.

L’Azienda, nella sua nuova veste di struttura ospedaliera multicampus ad alto contenuto professionale e tecnologico, offre opportunità innovative al suo ruolo di Azienda di riferimento per l’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia per la realizzazione dell’integrazione tra assistenza, didattica e ricerca. Una integrazione che mette al centro della sua attenzione il cittadino e il suo bisogno di salute, a cui fornire risposte appropriate sui diversi livelli di complessità.

L’ultimo triennio è stato caratterizzato da due aspetti che hanno profondamente segnato la realtà di programmazione e di erogazione assistenziale dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena.

Da un lato il completamento di quanto individuato come direttrice strategica nell’ambito della sperimentazione gestionale. Le progettazioni che hanno condotto all’esito positivo del processo di integrazione fra gli Ospedali Hub della provincia erano caratterizzate da un respiro pluriennale, e necessitano di un costante impegno che si esplica in particolare sul versante dell’integrazione culturale, organizzativa e di approcci.

Dall’altro l’evento pandemico, che ha fortemente distorto il focus dell’organizzazione a partire dai primi mesi dell’anno 2020.

E’ chiaro dunque che un quadro programmatico del triennio 2021-2023 non può prescindere dal ribadire gli obiettivi individuati come prioritari per assicurare l’armonizzazione delle realtà specifiche dei due stabilimenti che compongono l’Azienda, che devono perseguire la massima sinergia interna e rafforzare costantemente la collaborazione esterna con la rete dell’assistenza provinciale. Il tutto rivisto con una visione sempre attenta rispetto alla gestione di eventuali recrudescenze epidemiche, e con il bagaglio esperienziale maturato in termini di revisione flessibile delle modalità organizzative che ha permesso di far fronte ai picchi epidemici, concentrando le risorse per al contempo mantenere una garanzia di erogazione di prestazioni necessarie per dare risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento.

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

- ✓ Dimensione di performance dell’utente:
 - Area di performance dell’accesso e della domanda

- Area di performance dell’integrazione
- Area di performance degli esiti
- ✓ Dimensione di performance dei processi interni
 - Area di performance della produzione
 - Area di performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
 - Area di performance dell’organizzazione
 - Area di performance dell’anticorruzione e della trasparenza
- ✓ Dimensione di performance della ricerca, dell’innovazione e dello sviluppo
 - Area di performance della ricerca e della didattica
 - Area di performance dello sviluppo organizzativo
- ✓ Dimensione di performance della sostenibilità
 - Area di performance economico-finanziaria
 - Area di performance degli investimenti

Oltre agli specifici ambiti di applicazione, I principali obiettivi programmatici che l’Azienda persegue si esplicitano anche nella promozione e sviluppo della flessibilità, dell’innovazione e della gestione del cambiamento organizzativo, attraverso la modalità dell’organizzazione a matrice che tenga in considerazione:

- la gestione per processi assistenziali (percorsi diagnostico terapeutici, percorsi assistenziali, percorsi ospedale territorio);
- la gestione centralizzata per piattaforme di risorse (posti letto, spazi ambulatoriali, sale operatorie e funzioni di chirurgia ambulatoriale e day surgery, aree funzionali omogenee, tecnologie, laboratori di ricerca);
- la gestione di team professionali per disciplina omogenea o affine trasversali alle strutture;
- l’innovazione dei setting d’offerta: admission/discharge room, week surgery, posti letto a rapida attivazione modulata, settori a rapida risposta per pazienti cronici polipatologici noti, consulenza internistica in reparto chirurgico;

4.1. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE

Si tratta di una dimensione di fondamentale importanza per le Aziende sanitarie, riguardando performance relative ad ambiti di diretto impatto e valutabilità da parte degli utenti dei servizi.

4.1.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA

A seguire si sintetizzano i principali impegni aziendali nell'ambito dell'accesso dei cittadini all'erogazione di prestazioni di primo e secondo livello, con focus prioritario sulle tre aree principalmente oggetto dei monitoraggi di questa dimensione di performance ovvero:

- accesso ai ricoveri programmati e gestione dei relativi tempi di attesa
- accesso a prestazioni di specialistica ambulatoriale e gestione dei relativi tempi di attesa
- accesso in emergenza-urgenza e gestione dei percorsi di Pronto Soccorso

Accesso ai ricoveri programmati e gestione dei relativi tempi di attesa

Nell'anno 2020, in ottemperanza alle indicazioni del Ministero della Salute e della Regione Emilia-Romagna derivate dalla diffusione della Pandemia da Covid19, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena ha attuato una rimodulazione dell'attività chirurgica. Questo ha avuto un forte impatto sulla gestione delle liste di attesa per l'accesso ai ricoveri programmatici chirurgici. L'Azienda ha assicurato la garanzia di attività urgenti, non procrastinabili e per patologia oncologica in classe A, grazie anche ad alcune convenzioni con il privato accreditato che ha accolto attività chirurgiche durante il periodo di picco pandemico. La rimodulazione dell'attività è stata progressiva, graduale e flessibile in modo da garantire il mantenimento del maggior volume di attività chirurgica possibile, così da continuare a fornire una risposta alle esigenze dei pazienti in lista d'attesa pur con le limitazioni indotte dalla situazione epidemiologica.

La riduzione delle sedute operatorie è stata pianificata, anche attraverso la periodica analisi delle liste d'attesa, in modo da garantire a tutte le discipline spazi quanto più possibile adeguati all'esecuzione degli interventi urgenti, emergenti e indifferibili, oltre alla patologia con codice di priorità A, compresa tutta la patologia oncologica; durante tutto l'anno 2020 è proseguita tutta l'attività di prelievo e trapianto d'organo.

Per perseguire il raggiungimento degli obiettivi specifici in tale ambito (principali riferimenti DGR 272/2017 e DGR 404/2020) si è lavorato e ci si prefigge di continuare con l'impegno aziendale su alcuni ambiti di intervento organizzativo, mirato al miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse di area chirurgica. Si delineano alcune azioni principali, che saranno oggetto di continua implementazione anche nel triennio futuro.

Sono state recepite le indicazioni per l'organizzazione dell'attività chirurgica e di pre-ricovero dettate dalla DGR 404/2020. A livello organizzativo, sono stati mantenuti gli incontri settimanali con le Unità Operative

chirurgiche di entrambi gli stabilimenti nel corso dei quali sono stati condivisi i dati di andamento della pandemia, le sedute settimanali assegnate in base alle risorse disponibili ed analizzate le esigenze e le criticità.

È stata assicurata durante tutto l’anno la pulizia delle liste d’attesa, contattando i pazienti in attesa da più tempo su tutte le Unità Operative chirurgiche dei due ospedali, per tutte le patologie incluse quelle previste dal nomenclatore SIGLA. È stato adeguato il sistema di tracciabilità delle sospensioni dei pazienti in LDA, con introduzione di nuova modalità di codifica “motivo sospensione”.

È stato introdotto un modello organizzativo di pianificazione delle sedute operatorie che prevede, in aggiunta ad un numero definito di sedute settimanalmente assegnate alle diverse discipline chirurgiche (variabile da settimana in settimana a seconda dell’andamento della curva epidemica), anche l’assegnazione estemporanea, dopo attenta valutazione e compatibilmente con le risorse professionali disponibili e gli spazi di sala operatoria, di ulteriori sedute per assicurare la presa in carico di pazienti con patologie che pur non rientrando nella classe di priorità A presentino, a giudizio clinico, condizioni di indifferibilità.

È stata inoltre potenziata la collaborazione tra il pubblico e le cliniche private accreditate per l’utilizzo comune delle piattaforme chirurgiche e ambulatoriali, che ha consentito non solo il mantenimento di tutte le attività di emergenza, urgenza e codici A, ma anche di continuare ad effettuare alcuni interventi differibili.

Per quanto concerne i flussi informativi verso la Regione, la partecipazione al tavolo di monitoraggio regionale ha consentito l’approfondimento di specifiche criticità su aspetti relativi all’invio dei flussi informativi e l’allineamento degli stessi. In collaborazione con il Servizio Tecnologie dell’Informazione è stata avviata il potenziamento di un supporto informatizzato per la gestione delle Liste d’attesa, con l’obiettivo di omogeneizzare gli interventi tecnici ed efficientare le analisi sugli scarti SIGLA.

Accesso a prestazioni di specialistica ambulatoriale e gestione dei relativi tempi di attesa

L’Azienda Ospedaliera collabora con l’Azienda territoriale per il mantenimento dei tempi di accesso alle prestazioni ambulatoriali monitorate. L’effetto della pandemia in tale ambito è stato notevole, dal momento che al fine di garantire la massima sicurezza per i pazienti e per gli operatori sanitari e consentire all’Azienda di concentrarsi sulla gestione dell’emergenza, nella prima fase più critica (“fase 1”), in linea con le disposizioni regionali in materia, è stato necessario sospendere le prestazioni ambulatoriali programmate (classi di priorità D e P) sia in regime istituzionale che in regime di libera professione intramuraria, garantendo le prestazioni SSN con carattere di urgenza (classi di priorità U – 72 h e B -10 giorni) e non procrastinabili (es. per pazienti con patologie rilevanti: croniche e rare).

Sono state garantite in fase 1, come da indicazioni regionali, le prestazioni onco-ematologiche, radioterapiche e chemioterapiche, le prestazioni dialitiche, le prestazioni per pazienti TAO, le prestazioni ritenute

indispensabili dallo specialista di riferimento (es. controlli post-operatori, prestazioni riabilitative post-chirurgiche e post-dimissione ospedaliera).

Per la ripresa delle attività (cosiddetta “fase 2”), è stato necessario mettere in atto tutte le misure contenute nella DGR 404/2020 del 27/04/20 (Allegato B: Linee Guida per la riattivazione dei servizi sanitari territoriali) e successiva Circolare regionale applicativa n.2/2020, al fine di garantire ai cittadini l'accesso in sicurezza e al personale sanitario di svolgere il loro lavoro nel rispetto delle misure preventive raccomandate.

In particolare, sono state messe in atto:

- le misure di carattere igienico-sanitario atte alla prevenzione del contagio e alla tutela della salute dei lavoratori (adozione di protocolli specifici relativi alla sanificazione e disinfezione ambientale, delle superfici, dei presidi, delle attrezzature; utilizzo DPI per tutti gli operatori; pre-triage telefonico il giorno prima dell'accesso ambulatoriale, triage all'ingresso in Ospedale e in ambulatorio).
- le misure finalizzate a garantire il distanziamento fisico (programmazione degli accessi dilazionando le tempistiche di ogni appuntamento; revisione/riorganizzazione degli spazi di attesa, per assicurare la distanza di sicurezza tra un paziente e l'altro ed evitare assembramenti; accesso consentito alla sola persona che riceve la prestazione, eventualmente accompagnata da una sola altra persona in caso di reale necessità (minori, disabili, non autosufficienti)).

Dal punto di vista organizzativo, sono state riarticolate le agende di prenotazione, a seguito del dilazionamento delle tempistiche degli appuntamenti e per il contenimento della riduzione della capacità produttiva, si è proceduto all'estensione degli orari di apertura di alcuni ambulatori (es. al pomeriggio).

Nell'attuale situazione pandemica ove consentito dall'assetto logistico e dai percorsi si sta procedendo a un'ulteriore rimodulazione delle tempistiche di erogazione delle prestazioni, con l'obiettivo di tornare ad una capacità produttiva simile a quella del pre-COVID.

Verrà mantenuto l'impegno a supporto di modalità organizzative che favoriscano la continuità assistenziale per i pazienti attraverso anche la presa in carico da parte dello specialista, perseguendo l'incremento di prescrizioni e prenotazioni di controlli e approfondimenti diagnostici successivi da parte dello stesso.

Si continuerà la collaborazione anche per quanto riguarda i percorsi di accesso alle urgenze da parte dei Medici di Medicina Generale e pediatri di libera scelta.

Per quanto riguarda la sospensione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche non urgenti, avvenuta nella fase 1 dell'emergenza, in linea con la nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Prot. PG/2020/0266489 del 02/04/2020, per le persone affette da patologie rilevanti ad alto rischio di instabilità clinica e riacutizzazione (malattie corniche, malattie rare), l'AOU MO ha garantito la continuità terapeutica e la massima sicurezza di tali pazienti attraverso l'effettuazione di consulenze telefoniche da parte dello specialista al fine di monitorare lo stato di salute del paziente e verificare l'appropriatezza della terapia in atto.

L’Azienda ha promosso e implementato l’utilizzo di strumenti di telemedicina soprattutto nella gestione della cronicità e delle malattie rare, con particolare riferimento al monitoraggio dell’andamento della terapia.

Tali strumenti assistenziali “a distanza” sono stati implementati in vari ambiti specialistici, tutte le volte in cui la presenza fisica del paziente è stata ritenuta non strettamente necessaria.

Nel 2020, di particolare rilievo è stata la realizzazione del progetto interaziendale SPOC (Specialista On Call), approntato e coordinato dall’Azienda Usl di Modena, nel quale l’AOU di Modena ha fornito un contributo fondamentale.

La graduale ripresa delle attività ambulatoriali sospese ha richiesto una ridefinizione delle modalità di accesso e lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, dotati di strumenti utilizzabili anche a distanza per gestire i percorsi dei pazienti.

Il progetto è basato sulla collaborazione, a livello provinciale, tra specialisti ospedalieri, specialisti territoriali e i MMG ed è finalizzato a condividere il più possibile le modalità di accesso a visite e prestazioni diagnostiche, quando necessarie, ed i casi clinici che possono essere gestiti efficacemente tramite un confronto tra professionisti, senza necessità di un appuntamento in presenza.

I MMG della provincia, infatti, possono contattare gli specialisti aderenti al progetto (per ognuna delle 3 aree della provincia), attraverso un numero unico provinciale, scegliendo lo specialista della branca con cui desiderano avere un confronto. Questa modalità di interazione consente di attivare percorsi di gestione dell’utenza, che spaziano dalla condivisione di esami diagnostici al concordare accessi presso ambulatori specialistici e il Pronto Soccorso.

Obiettivo programmatico per il triennio 2021-2023 è il rafforzamento dei sistemi di erogazione di prestazioni tramite utilizzo di modalità di telemedicina specialistica o telesalute, alla luce dei progetti regionali in tale ambito. A tal fine a livello provinciale è stato costituito un tavolo di lavoro interaziendale.

Accesso in emergenza-urgenza e gestione dei percorsi di Pronto Soccorso

In merito all’applicazione dei piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso e per la gestione quotidiana dei flussi di ricovero, utili per prevenire le situazioni di sovraffollamento, l’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena ha deliberato una propria procedura “Gestione del sovraffollamento nelle strutture del Pronto Soccorso” secondo le direttive previste dalla DGR 1827, in particolare sono stati attivati:

- la rilevazione dell’algoritmo NEDOCS
- un percorso di adeguamento/implementazione della funzione di bed management con la finalità di ottimizzare l’utilizzo della risorsa posto letto mediante un puntuale governo delle fasi di ricovero e di dimissione
- miglioramento dei percorsi di accesso diretto agli specialisti tramite urgenze U o dedicati a gruppi di patologie (fast track e punti di accesso diretto)

- modelli organizzativi che permettano il governo della risorsa posto letto e strutture con elevato turnover per migliorare le fasi di output dal setting del PS

A seguito dell'emergenza COVID, l'area del Pronto Soccorso è stata e sarà oggetto di importanti rimodulazioni in termini di layout distributivo-funzionale. Sono pertanto stati pianificati e in corso interventi di adeguamento dei due Pronto Soccorsi generali e dell'Accettazione pediatrica presso il Policlinico.

Considerata la necessità di perseguire il distanziamento previsto per garantire la sicurezza di pazienti e operatori, le criticità principali negli spazi oggetto di intervento sono legate all'ampiezza limitata degli spazi di attesa e di stazionamento degli utenti. Gli alti volumi di pazienti che accedono, sia in autopresentazione che barellati, richiedono di poter aumentare gli spazi idonei all'accoglienza di utenti e accompagnatori.

Come previsto infatti dai quadri normativi e dalle progettazioni condivise a livello regionale, presso le strutture di Pronto Soccorso che sono individuate come sede di trattamento dei pazienti COVID positivi, dal percorso diagnostico in PS fino all'eventuale ricovero dei casi, i requisiti per la gestione dei flussi di pazienti dovrebbero prevedere la presenza di:

- aree di pre-triage
- area di attesa dedicata ai sospetti COVID in attesa di diagnosi/esito tampone
- ambulatorio dedicato ai sospetti COVID in attesa di diagnosi
- percorso di PS specifico per i pazienti COVID
- accesso dedicato per i mezzi di soccorso agli spazi di attesa dei pazienti barellati sospetti COVID
- spazi di attesa dei pazienti barellati sospetti COVID
- area diagnostica radiologica dedicata al percorso COVID (anche portatile)

Gli interventi in corso di realizzazione perseguono il razionale di garantire:

- l'organizzazione di idonei ed adeguati spazi di attesa atti a consentire il distanziamento interpersonale;
- una gestione separata dei percorsi di pazienti sospetti COVID rispetto a quelli privi di sintomatologia riconducibile alla patologia, fin dalle fasi di ingresso e di attesa per le valutazioni diagnostiche;
- l'individuazione di settori dedicati alla gestione dei pazienti sospetti in attesa di esito diagnostico del test molecolare, sia per i casi che esiteranno poi in un ricovero presso i reparti ospedalieri che per quelli che vengono trattenuti in osservazione breve intensiva, adulti e pediatrici.

Altre aree di impegno in ambito dell'accesso in emergenza urgenza riguardano per l'Azienda il miglioramento della gestione dell'attesa (realizzazione di strumenti di informazione in tempo reale all'utenza in base alle presenze in PS e ai livelli di priorità).

Sarà inoltre oggetto di lavoro l'introduzione del nuovo Sistema di classificazione codici di priorità secondo 5 livelli.

Si perseguirà l'integrazione con la rete territoriale, sia nella fase di input che di output, anche agita tramite sistemi di teleconsulto con le strutture intermedie e i medici di famiglia.

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	PERCENTUALE 2020	TREND 2021-2023
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	PS	88,98	Mantenimento/miglioramento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi	PS	88,53	Mantenimento/miglioramento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Indice di filtro del PS	PS	26,6	Mantenimento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% di abbandoni da PS	PS	3,12	Tendenziale miglioramento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	SDO	65,36	Tendenziale miglioramento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	SDO	61,72	Tendenziale miglioramento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	SDO	77,1	Tendenziale miglioramento

4.1.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE

Nell'ambito dell'integrazione, l'Azienda perseguirà anche nel triennio entrante la costante collaborazione con l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, tesa a garantire la fluidità delle interfacce che devono assicurare la collaborazione fra le istituzioni, al fine del costante miglioramento delle attività di didattica, ricerca e formazione che caratterizzano il contesto aziendale.

L'Azienda Sanitaria deve inoltre garantire le proprie strategie di programmazione e gestione dei servizi sanitari e delle attività amministrative e tecniche di supporto; 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.

Prioritari saranno gli obiettivi che vedono l’impegno dell’Azienda nei progetti di integrazione con l’Azienda territoriale provinciale.

In particolare, nel triennio si rafforzeranno i lavori per la definizione di reti assistenziali che rendano agiti gli obiettivi principali di:

- Miglioramento dell’offerta prestazioni al paziente
- Miglioramento dell’efficienza del sistema organizzativo
- Crescita culturale dei professionisti
- Presa in carico paziente in modo qualitativamente omogeneo in tutti i punti, con diffusione delle prestazioni a medio/bassa complessità con l’obiettivo dell’erogazione in prossimità e concentrazione guidata di quelle ad alta complessità e alta tecnologia
- Condivisione approcci per garantire erogazione di prestazioni con modalità/tecniche omogenee e condivise fra i centri

Il modello di rete in sanità mira a dare risposta alla necessità di un’intensa interdipendenza che esalta la natura complessa e diversificata dei punti di erogazione delle prestazioni, aumentando la potenzialità e l’omogeneità della risposta anche a fronte di situazioni complesse, mantenendo la continuità della presa in carico. Questo è il valore aggiunto della rete, che deve necessariamente curare le interdipendenze come esito vantaggioso per tutti, attori, strutture e pazienti.

I punti di erogazione di assistenza dovranno quindi sempre più essere interconnessi da legami definiti e facilmente accessibili, individuando i tratti di percorso lungo i quali si avranno gli spostamenti degli utenti secondo modalità concordate ed efficaci. A questa impostazione devono affiancarsi anche modalità innovative di gestione dell’assistenza, quali quelle costituite dalla formazione di Team professionali. La strutturazione di gruppi di professionisti dedicati alla medesima disciplina o a discipline affini, nella quale si affianchi all’appartenenza gerarchica verticale una visione che veda sempre più agire le competenze secondo dinamiche di contaminazione orizzontale, permetterà di realizzare appieno la centralità del paziente, in un sistema in cui saranno le competenze a muoversi e non più il singolo utente a ricercarle.

Permangono settori prioritari per perseguire un’integrazione con il territorio quello della gestione dell’ambito dell’emergenza-urgenza e dei rapporti con il socio-sanitario, nonché della creazione di interfacce protette nei flussi in ingresso e in uscita dall’Ospedale, tramite sperimentazione di modelli di consultazione degli specialisti

ospedalieri da parte di professionisti e strutture territoriali (a titolo di esempio si ricorda il progetto CRAPSOS di accesso diretto per approfondimenti diagnostici di pazienti delle CRA e SPOC, specialista on-call, per il consulto telefonico fra MMG e specialisti) nonché costante presidio delle dimissioni protette (in ambito di anziani fragili polipatologici ma anche di casi di madre-bambino con fragilità socio-sanitaria o altre tipologie di soggetti a rischio).

Per quanto riguarda la riduzione della frammentazione e la migliore strutturazione dei percorsi assistenziali all'interno della rete ospedaliera e tra questa e la rete territoriale (con particolare riferimento all'ambito oncologico, traumatologico e delle patologie croniche), l'Azienda Ospedaliero Universitaria garantisce la partecipazione per la definizione di percorsi/progetti interaziendali. Nell'ambito dell'integrazione con l'Azienda territoriale l'AOU assicura la partecipazione per la garanzia di percorsi assistenziali coordinati per la gestione nei principali ambiti assistenziali, in particolare per il triennio percorsi legati all'area materno-infantile e procreazione, la rete oncologica e di cure palliative e simultanee precoci, la presa in carico di pazienti fragili/cronici (diabete, BPCO, scompenso cardiaco...), la rete chirurgica.

L'Azienda prosegue le azioni volte a rafforzare anche l'integrazione interna, ovvero i principi guida definiti nella DGR 1004/2016 e relativi al progetto di sperimentazione gestionale efficacemente portato a termine nel 2019.

Gli obiettivi strategici si confermano essere:

- la razionalizzazione della struttura complessiva delle 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 e gli ospedali della rete provinciale;
- la maggiore caratterizzazione e integrazione delle vocazioni ospedaliere della rete provinciale.

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	PERCENTUALE 2020	TREND 2021-2023
UTENTE	INTEGRAZIONE	N° ricoveri Hospice con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in è <= 7 gg	HOSPICE	30,91	Tendenziale miglioramento
UTENTE	INTEGRAZIONE	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	IVG	15,54	Mantenimento

4.1.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI

L'area dedicata al monitoraggio degli esiti ha un focus privilegiato sui risultati ottenuti in termini di performance clinica, che caratterizzano la qualità delle prestazioni erogate presso gli stabilimenti aziendali.

Rimane elevata l'attenzione pertanto agli indicatori specifici in questo ambito, e all'andamento degli stessi, che da indicazioni sulla necessità di verificare i percorsi clinico-organizzativi connessi.

La qualità dell'assistenza al parto, sull'esito degli interventi chirurgici (es. trattamento delle fratture di femore, circa il quale è stato sviluppato un progetto di percorso ortogeriatrico dedicato con concentrazione della casistica presso uno stabilimento ospedaliero aziendale), il monitoraggio della mortalità successiva a trattamenti specialistici in urgenza ma anche alla presa in carico congiunta con il territorio di casistica cronica, la qualità di assistenza nella rete neurologica che permette il trattamento tempestivo degli episodi di ictus, l'osservazione degli andamenti post chirurgici nell'ambito della casistica oncologica sono aspetti imprescindibili per aumentare costantemente il livello dell'assistenza.

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	% 2020	TREND 2021-2023
UTENTE	ESITI	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza < 3 giorni	SDO	75,4	Mantenimento/miglioramento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per IMA	SDO	9,38	Miglioramento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	SDO	7,09	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	SDO	1,06	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	SDO	5,86	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	SDO	3,1	Tendenziale Miglioramento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	SDO	12,03	Mantenimento
UTENTE	ESITI	% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con attività superiore a 90 casi annui	SDO	87,03	Mantenimento
UTENTE	ESITI	% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con attività superiore a 135 casi annui	SDO	97,95	Mantenimento
UTENTE	ESITI	% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	SDO	7,58	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	SDO	1,12	Tendenziale Miglioramento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	SDO	2,8	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	SDO	2,82	Mantenimento
UTENTE	ESITI	% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	SDO	1,12	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	SDO	3	Mantenimento
UTENTE	ESITI	% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	SDO	1,23	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	SDO	77,19	Tendenziale Miglioramento
UTENTE	ESITI	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	SDO	16,94	Mantenimento

4.2. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

Si tratta di una dimensione che analizza aspetti non sempre immediatamente percepibili o percepiti dagli utenti delle prestazioni e dei servizi delle Aziende, ma fondamentali per garantire il loro effettivo svolgimento in modo efficiente, efficace e sicuro, articolati secondo le seguenti Aree:

4.2.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE

Governo del sistema “Azienda Sanitaria”

La Direzione aziendale dovrà garantire:

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

Le politiche delle cure ospedaliere

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

L’Azienda proseguirà nell’impegno per:

- realizzare la programmazione locale, promuovendo l’integrazione, lo sviluppo della rete ospedaliera provinciale ed il miglioramento dei processi di cura;

- governare l'integrazione con l'Università, alla luce delle evoluzioni normative e portando a compimento le azioni di sviluppo del ruolo dell'Azienda nel sistema regionale della formazione e della ricerca, nonché dell'assistenza.

I principali impegni nell'ambito della produzione

- Riordino dell'assistenza ospedaliera, mantenendo quanto previsto riguardo gli standard di offerta di posti letto in ambito provinciale e requisiti legati a volumi ed esiti (DGR 2040/2014).
- Perseguimento degli standard regionali per il mantenimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali monitorate (DGR 1056/2015) e di quelle in ricovero programmato (DGR 272/2017)

Nel corso dei tre anni ricompresi dal presente piano programmatico, l'Azienda vedrà lo sviluppo di numerose linee strategiche che si attuano nei diversi ambiti disciplinari dell'assistenza.

Si rappresentano a seguire le principali aree di progettazione, con un'attenzione rispetto anche ai contesti che saranno oggetto di realizzazione di progetti strutturali.

Area materno infantile: obiettivi di lavoro permangono quelli relativi al percorso nascita, con garanzia di supporto per le centralizzazioni di casistica a più alta complessità di gestanti e di neonati e di consulenza genetica pre-natale, alla parto-analgesia, alla promozione dell'allattamento al seno, alle attività di procreazione medicalmente assistita, al percorso secondo le tempistiche previste per l'esecuzione di interruzioni volontarie di gravidanza, contrasto alla violenza di genere e percorsi di tutela per abusi e maltrattamenti.

In quest'area nel triennio avrà un importante impatto anche l'edificazione della palazzina Materno Infantile, che porterà una revisione nella collocazione delle attività di ostetricia e neonatologia.

Area oncologica e delle cure palliative: la condivisione di approcci terapeutici e percorsi diagnostici è fondamentale in tale ambito, per rafforzare una presa in carico omogenea sul territorio provinciale dei pazienti affetti da patologie onco-ematologiche. Si lavorerà sull'implementazione dell'ambito della diagnostica genomica e molecolare, per perseguire una medicina di precisione e la personalizzazione delle cure. La sperimentazione di percorsi di telemedicina e collaborazioni con la rete territoriale potrà consentire una diffusione delle prestazioni il più prossima possibile al domicilio del paziente, riservando l'accesso all'Ospedale per l'erogazione delle fasi a più elevata complessità. L'Azienda continuerà a garantire il proprio ruolo nell'ambito delle cure palliative, ma anche delle cure simultanee precoci e del percorso Hospice. Permarrà la forte integrazione con l'assistenza domiciliare per le fasi di dimissioni protette al domicilio.

Area chirurgica: nell’ottica di ottimizzare l’utilizzo efficiente ed efficace delle risorse in tale area, si continueranno a perseguire dinamiche di piattaforma, così come indicato dal quadro normativo regionale di riferimento. Solida l’organizzazione provinciale in ambito di concentrazione degli interventi chirurgici oncologici e a più alta complessità presso le sedi ospedaliere hub e di riferimento per area. Si vuole rafforzare la collaborazione per consentire un’organizzazione integrata che preveda l’effettuazione di chirurgia a media-bassa complessità presso i nodi periferici della rete ospedaliera. Il principio di lavoro in rete integrata inoltre potrà permettere una condivisione relativamente ad approcci e gestione di liste d’attesa, ottimizzando la presa in carico dei pazienti e il rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità. In corso un continuo sviluppo della piattaforma robotica con applicazione a diversi ambiti di disciplina.

Anche in quest’area, come in quella materno infantile, sono previste progettazioni strutturali che mirano ad aumentare le potenzialità aziendali in termini di spazi di sala operatoria e relative degenze, sia presso lo stabilimento Policlinico dove si prevede la completa ristrutturazione del blocco operatorio del 1° piano, sia presso l’Ospedale Civile con una progettazione che prevede la predisposizione in aree al grezzo di un nuovo blocco di sale chirurgiche e di un settore di degenza.

Area laboratorio: nel triennio 2021-2023 proseguirà la progettazione provinciale relativa alla riorganizzazione della piattaforma di laboratori modenesi, che prevede miglioramento del servizio di diagnostica di laboratorio promuovendo sia l’innovazione tecnologica che organizzativa tramite un potenziamento complessivo del servizio di diagnostica, offrendo opportunità di sviluppo delle competenze ai professionisti. Il progetto sta portando ad una configurazione che vedrà il core degli esami concentrati sul laboratorio BLU presso l’Ospedale Civile, con mantenimento presso il Policlinico delle funzioni di laboratorio a risposta rapida e delle competenze di diagnostiche specialistiche che caratterizzano la struttura (con particolare riferimento al settore ematologico e di medicina trasfusionale). Si mantiene l’impegno nel settore dedicato alla diagnostica COVID, che ha avuto un esplosivo sviluppo nel corso dell’emergenza pandemica portando ad una rapidissima evoluzione dei settori microbiologici e virologici e alla necessità di continuo aggiornamento rispetto alle nuove metodiche e affinamenti diagnostici. Inoltre si conferma l’impegno per il rafforzamento della piattaforma di genomica e biologia molecolare presente presso il Policlinico nel contesto del Dipartimento interaziendale laboratori e onco-ematologico. Lo sviluppo, sempre più importante delle tecnologie omiche e l’esponenziale aumento delle potenzialità applicative di queste tecnologie nella diagnostica oncologica e delle malattie rare, e del loro impatto nella medicina personalizzata, rende imprescindibile l’impegno per mantenere livelli elevati di potenzialità di risposta in tale ambito specialistico, grazie alla presenza di tecnologie e di competenze di alto livello.

Nell’area laboratori è previsto un progetto strutturale che vedrà la ricollocazione dei settori di Anatomia Patologica e Servizio Immuno-trasfusionale.

Saranno oggetto di sviluppo anche progetti innovativi anche nelle aree di medicine generali e specialistiche (si veda il contesto delle interfacce privilegiate nei percorsi di raccordo con il territorio citati in premessa), nell'area intensivologica (con il rafforzamento attuato nel corso della pandemia in termini di risorse di posti letto intensivi, che verrà descritto nel successivo paragrafo area performance della produzione), nell'area della diagnostica per immagini e nell'ambito della rete provinciale di emergenza-urgenza, fortemente rimodellata dall'impatto dell'emergenza epidemica.

Legati all'emergenza epidemica, con la deliberazione n. 677 del 15.06.2020 è stata approvata dalla Giunta Regionale il Piano di riorganizzazione della Rete Ospedaliera per emergenza COVID -19, predisposto ai sensi dell'Art. 2 del Decreto Legge n. 34 del 19.05.2020 convertito con modificazioni dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020 e sulla base delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera trasmesse dal Ministero della Salute con la circolare n. 0011254 del 29.05.2020.

Tale piano comporta una previsione complessiva di 197 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva per consentire all'Emilia-Romagna il raggiungimento dello standard dello 0,14 per mille abitanti, e dispone la riqualificazione di 312 posti letto di terapia semintensiva, come da indicazioni ministeriali, al fine di consentire alla Regione di garantire assistenza sempre più appropriata e sicura ai pazienti che ordinariamente accedono alle strutture ospedaliere in emergenza urgenza e per attività programmate, al di fuori dei periodi epidemici. Il Piano di riorganizzazione della Rete Ospedaliera, approvato in data 13 luglio 2020 con Decreto del Direttore Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute (prot. 0014319-13/07/2020-DGPROGS-MDS-P), prevede anche l'adeguamento dei Pronto Soccorso e l'acquisto di autoambulanze.

Tenuto conto che il Sars-CoV-2 non è destinato a scomparire in tempi brevi, ma probabilmente a stabilizzarsi in forma endemica fino all'arrivo di un trattamento definitivo farmacologico e/o vaccinale, è quindi necessario progettare adeguamenti tecnico/strutturali che rendano possibile perseguire sicurezza ed efficienza nei percorsi per i pazienti che accedono all'Ospedale e, in particolare, per gli accessi all'area dell'emergenza urgenza e per l'assistenza a pazienti critici.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 677 di giugno 2020, ha predisposto progetti specifici per le aree di potenziamento declinate nel piano regionale, ovvero:

- Terapia intensiva
- Terapia semintensiva, con parte dei posti letto “staffabili” ad intensiva
- Pronto Soccorso

Al termine della prima ondata si è cercato di rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata al prosieguo della situazione infettivologica COVID-19, ai suoi esiti ed a eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica, nonché per eventuali ed ulteriori emergenze epidemiche. Ciò

al fine di permettere il ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime la rete ospedaliera sul modello Hub & Spoke, mantenendone il più possibile le funzioni e la flessibilità alla rapida conversione.

Sono stati quindi realizzati i seguenti interventi che hanno permesso di aumentare il numero di posti letto disponibili per la gestione dell'emergenza Covid:

- ampliamento del settore di Malattie Infettive per la gestione dei casi sospetti/accertati
- realizzazione di due nuove strutture hub presso i principali ospedali di Modena, dedicate alle cure intensive dei pazienti Covid-19, nell'ambito del progetto Covid Intensive Care (CIC) a valenza regionale e nazionale. Si tratta di edifici prefabbricati, dotati di ambienti di ricovero, spazi di supporto, impianti e tecnologie in grado di garantire la piena funzionalità a 30 posti letto di Terapia Intensiva (Policlinico di Modena) e a 18 posti letto di Terapia Intensiva (Ospedale Civile Baggiovara).

La realizzazione dei nuovi Hub di Terapia Intensiva, avviati a giugno e dicembre 2020 rispettivamente nella sede dell'Ospedale Civile e del Policlinico, ha permesso, nel corso della seconda e della terza ondata, di far fronte ai picchi di richiesta “emergenziale” di trattamenti ad alta intensità di cura, senza bisogno di convertire ulteriori spazi di comparto operatorio.

Sono inoltre stati realizzati potenziamenti e adeguamenti tecnico-impiantistici atti a rendere disponibili settori di posti letto con caratteristiche di semintensiva, così come previsto dai piani regionali, e lavori di adeguamento e miglioramento dei Pronto soccorso aziendali citati nell'area performance dell'accesso e della domanda.

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	PERCENTUALE 2020	TREND 2021-2023
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa provincia	SDO	82,56	Mantenimento/miglioramento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa Regione	SDO	8,49	Mantenimento/miglioramento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Fuori regione	SDO	8,96	Mantenimento/miglioramento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di case mix degenza ordinaria	SDO	1,1	Mantenimento/miglioramento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice Comparativo di Performance (ICP)	SDO	1,01	Mantenimento/miglioramento

4.2.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Fermo restando il mantenimento delle attività in essere in tema di gestione del rischio clinico, in ottemperanza alle indicazioni del livello regionale in tema di sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, nel corso del triennio 2021-2023 verrà posta particolare attenzione a:

- ✓ Adesione allo sviluppo e progressiva diffusione presso gli operatori dell’AOU del portale regionale per la gestione delle segnalazioni degli incidenti e dei sinistri “SegnalER”;
- ✓ Adesione ai progetti di miglioramento regionali per la sicurezza in ambito chirurgico (progetto osservare, implementazione delle procedure relative alla gestione delle vie aeree e prevenzione del tromboembolismo venoso), in ambito ostetrico (implementazione delle procedure relative alla sicurezza del taglio cesareo e alla continuità delle cure tra ospedale e territorio per madre e bambino, svolgimento di audit su eventi significativi secondo le definizioni regionali in caso di near miss ostetrici);
- ✓ Implementazione delle linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e gestione della contenzione in ospedale (definizione di procedura aziendale, partecipazione ai corsi di formazione di livello regionale) e di gestione sicura degli accessi venosi;
- ✓ Formazione del personale sulle tematiche generali della gestione del rischio e di quelle relative alla sicurezza nell’utilizzo dei dispositivi medici, del sangue e suoi componenti, su prevenzione e gestione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori.

Per quanto attiene l’area della performance della “Qualità”, sicurezza e gestione del rischio clinico, la direzione aziendale darà seguito all’impegno orientato alla implementazione di un sistema di monitoraggio degli indicatori di performance clinica e/o organizzativa utili per la verifica periodica dei risultati, svolta periodicamente a cura e con il contributo diretto di ciascun Direttore di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, oltre che di Dipartimento. Tali indicatori comprenderanno anche gli indicatori relativi alla gestione del rischio e sicurezza.

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

Il riferimento principale sarà rappresentato dagli indicatori previsti nel Sistema di valutazione del Servizio Sanitario Regionale SIVER, comuni a tutte le aziende al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema, tenuto conto delle eventuali integrazioni o modifiche che potranno essere apportate al sistema stesso per una migliore rappresentazione delle performance aziendali. Verrà integrato un sistema di monitoraggio dei principali PDTA, con particolare riferimento ai PDTA dedicati alle patologie oncologiche. Saranno promossi e sostenuti momenti di Audit Clinico sui PDTA aziendali.

Tali indicatori continueranno ad assolvere all’obbligo di pubblicazione previsto dal comma 522 della legge di stabilità 2016 e saranno integrati con indicatori specifici di performance clinica e/o organizzativa identificati da ciascuna direzione, laddove ritenuti necessari e significativi, soprattutto per le aree specialistiche per le quali non sono presenti indicatori all’interno di altri sistemi strutturati di monitoraggio.

Ciò affinché possa essere tracciato un percorso effettivamente orientato al risultato con l’obiettivo di migliorare l’erogazione dei servizi, l’organizzazione delle attività, la qualità clinica e rendere maggiormente trasparente la rendicontazione dell’operato. La valutazione verrà svolta attraverso momenti periodici e strutturati di verifica (Riesame della Direzione).

Per quanto attiene lo sviluppo del Sistema Qualità aziendale - nell’ottica del mantenimento dei requisiti relativi al programma di Accredimento Regionale - verrà dato seguito all’attività di supporto rivolta alle varie articolazioni aziendali coinvolte, con particolare riferimento alle iniziative di miglioramento suggerite al termine della verifica regionale svolta nel novembre 2018 e segnalate nel verbale emesso.

Verrà dato seguito al supporto rivolto ai professionisti per la definizione dei percorsi diagnostico terapeutici o altre modalità che si renderanno necessarie così come la definizione di procedure ed istruzioni di lavoro utili per il contenimento della diffusione della pandemia Covid-19.

Afferiscono a quest’area performance con impatto diretto su appropriatezza, qualità, sicurezza, gestione del rischio, ecc. delle prestazioni e dei servizi svolti.

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	PERCENTUALE 2020	TREND 2021-2023
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	SDO	0,14	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	SDO	12,2	Mantenimento/miglioramento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	SDO	4,89	Mantenimento/miglioramento

4.2.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE

Afferiscono a quest'area performance relative all'organizzazione aziendale, in termini sia di assetto organizzativo sia di processi interni, anche tramite l'applicazione di strumenti informatici.

Coerentemente con le aree di attività individuate dagli indicatori previsti per la corrente area di performance dal PdP 2021-2023, si ritiene utile richiamare le note aziendali prot. 14283/21 del 6/5/2021 “*Relazione sulle azioni realizzate per l'implementazione e diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in attuazione della DGR 1296/2020 – Anno 2020*” e prot. 21207/21 del 9/7/2021 “*Relazione sulle azioni realizzate per l'implementazione e diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in attuazione della DGR 1296/2020 – Anno 2020 – Integrazioni come richiesto con lettera prot. 633457/RER del 2/7/2021*”.

Rimandando alle sopracitate note aziendali per le informazioni di dettaglio, l'AOU di Modena ha tracciato la rendicontazione di quanto messo in atto nel corso del primo quadrimestre 2021 nell'ambito del potenziamento del FSE regionale, individuando al contempo i percorsi di sviluppo prospettici articolati su quattro sezioni:

1. Attivazione canali rilascio consenso e/o relative deleghe
2. Campagna di comunicazione
3. Digitalizzazione e conservazione documenti digitali FSE
4. Altre attività

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	% 2020	TREND 2021-2023
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	FSE-ASA	0	Rendiconazione a carico AUSL
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	FSE-ASA	106,19	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	FSE-PS	95,6	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale	FSE-SDO	102,37	Mantenimento

Per quanto attiene alle attività connesse al gruppo di indicatori riconducibili al POLA, inseriti nella presente area della performance “organizzazione”, si rimanda al paragrafo 7.1 “Piano Organizzativo Lavoro Agile”.

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	% 2020	TREND 2021-2023
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori	GRU (da attivare dal 2022)	8,6%	Tendenziale Incremento
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali		Riferimento	93,9%*
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali	normativo: POLA	1,7%	Tendenziale incremento

* calcolo effettuato con riferimento al personale di area PTA, scorporando la quota sanitaria

4.2.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Il piano della Performance dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, coerentemente con quanto indicato nella Legge 190/2012 in tema di anticorruzione, nel D.Lgs. 33/2013 in tema di trasparenza e nelle delibere n. 2/2015 e n. 4/2016 dell'OIV-SSR, tiene conto delle indicazioni operative contenute nei Piani Aziendali di Prevenzione della Corruzione.

Infatti, nei suddetti atti deliberativi è sottolineato come il collegamento tra Piano della Performance, Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità venga attuato inserendo gli obiettivi relativi alle misure di prevenzione della corruzione ed all'assolvimento degli obblighi di trasparenza nelle schede di budget.

Ciò anche al fine di migliorare la gestione e la valutazione della performance stessa.

Tale collegamento, che consente alle pubbliche amministrazioni di operare in modo eticamente corretto e perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando e facilitando il rapporto con i cittadini, si realizza attraverso:

1. le indicazioni contenute nei Piani Triennali e nel Codice di Comportamento che i dirigenti responsabili delle Aree aziendali, soprattutto quelle più a rischio di fenomeni corruttivi, sono tenuti a rispettare;
2. la individuazione di obiettivi specifici in tema di prevenzione della corruzione riportati nelle singole schede di budget;
3. la valutazione del rispetto delle suddette indicazioni ed obiettivi da parte del RPTC aziendale.

A far data dall'anno 2017 sono state inserite nelle schede di budget, sia per l'area sanitaria che per quella amministrativa, indicatori specifici per la Trasparenza e l'Anticorruzione, sviluppati anno dopo anno.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione procede annualmente alla valutazione del rispetto degli obiettivi di Trasparenza ed Anticorruzione da parte dei dirigenti secondo i seguenti criteri:

- livello di completezza e aggiornamento delle informazioni e dei dati riguardanti la trasparenza e l'anticorruzione;
- rispetto delle tempistiche di comunicazione delle informazioni e dei dati suddetti;

- rispetto da parte dei dirigenti responsabili e di tutti i dipendenti delle norme contenute nei documenti di contrasto alla corruzione, ovvero PTPC e Codice di Comportamento Aziendale;
- livello di collaborazione e supporto al RPTC, nella gestione della prevenzione della corruzione e nel fornire le informazioni che il RPTC ritiene necessarie.

Al fine di facilitare tale percorso, i dirigenti responsabili sono tenuti a fornire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con cadenza almeno semestrale, una relazione che attesti lo stato di rispetto e di monitoraggio degli obiettivi assegnati in tema di trasparenza e di anticorruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha il compito di esaminare la suddetta relazione, segnalare eventuali mancanze e/o criticità e procedere entro il mese di febbraio dell’anno successivo a quello di riferimento a valutare il rispetto delle misure di prevenzione indicate nelle schede di budget.

Le valutazioni effettuate dal RPTC saranno trasmesse al Direttore Amministrativo dell’Azienda, per eventuali riscontri e validazioni.

Ogni anno, alla conclusione del processo di budget aziendale, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena certifica la congruenza fra:

- impegni definiti nel PTPC e PdP;
- misure di prevenzione della corruzione/trasparenza ed obiettivi di budget.

Per l’anno 2021, l’attestazione di congruenza è stata effettuata e recepita nel Master Budget 2021, ufficializzato dalla AOU di Modena con prot. 20985/21, in data 7/7/2021.

Come evidenziato nel capitolo 7.2 del presente Piano delle Performance 2021-2023, si rimanda al Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2021-2023 della AOU di Modena, adottato con delibera n. 38 del 30 marzo 2021, per i contenuti di dettaglio in merito.

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	PERCENTUALE 2020	TREND 2021-2023
PROCESSI INTERNI	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	57	Mantenimento

4.3. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

Si confermano come obiettivi strategici di sviluppo organizzativo per l'Azienda Ospedaliero Universitaria:

- Il rafforzamento del ruolo Hub, a partire dalle vocazioni dei due stabilimenti pur garantendo l'offerta di prestazioni a media e alta diffusione per il bacino di riferimento
- L'organizzazione di reti cliniche e di team professionali dedicati al trattamento di specifiche patologie, per realizzare un modello dinamico di assistenza - al di là dei confini strutturali - collegata ai gradi di complessità delle patologie/dei pazienti trattati.
- Il più efficiente utilizzo di piattaforme produttive aziendali, con l'obiettivo di realizzare opportune economie di scala, produrre volumi di prestazioni significativi, ridurre i costi unitari di struttura.

Lo sviluppo di approcci organizzativi e modelli di rete assistenziale interaziendale e di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente ed erogazione omogenea e con medesime potenzialità indipendentemente dal punto di accesso del paziente.

4.3.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA E AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

L'AOU di Modena, attraverso il Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione, costituisce il riferimento indispensabile per la piena attuazione di tutti i livelli di formazione, da quella di base, post base, specialistica, fino alla formazione continua di professionisti ed operatori sanitari (Educazione Continua in Medicina) e non. Tra gli obiettivi principali del Servizio, particolarmente rilevante risulta quello di promuovere e implementare le capacità /competenze professionali tecnico-scientifiche, manageriali, gestionali e relazionali di tutti gli operatori aziendali coinvolti nell'ampio e complesso processo di cura dell'individuo, in un'ottica di costante innovazione. Inoltre, al fine di soddisfare l'esigenza di integrazione dei processi assistenziali con le attività di ricerca e didattica, l'AOU continuerà ad investire sulla formazione continua con l'obiettivo di:

- ✓ Favorire il processo di sviluppo professionale e di condivisione dei diversi saperi per tutti gli operatori dell'azienda nel rispetto dei diversi CCNL e dell'Accordo del 2 febbraio 2017 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome concernente “La formazione continua nel settore salute”,
- ✓ Potenziare la partecipazione attiva e consapevole del personale alla realizzazione degli obiettivi specifici e dei macro-obiettivi aziendali, regionali, nazionali, al fine di sviluppare nuove conoscenze e contribuire alla realizzazione di una cultura organizzativa innovativa, basata sui principi della flessibilità e dell'efficacia
- ✓ Migliorare la consapevolezza dei singoli e delle équipe multiprofessionali rispetto alla mission aziendale.

Nel Piano Triennale di Formazione (2019/2021) particolare rilievo è stato dato ai corsi necessari per rispondere ai dettami normativi relativi alla materia riguardante la sicurezza sul lavoro, regolata dal Decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, anche conosciuto come Decreto correttivo del Testo Unico sulla sicurezza, il quale reca le Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro; lo stesso impegno riguarderà il triennio successivo.

A causa delle misure di contenimento dell’infezione, che hanno previsto la sospensione degli eventi residenziali per la durata dell’emergenza sanitaria, la nostra Azienda, così come gli altri provider ECM dell’Emilia-Romagna, è stata impegnata a convertire le attività formative residenziali già programmate ricorrendo alle modalità di erogazione a distanza, seguendo le regole previste dal Manuale regionale di accreditamento.

Per questo motivo a partenza dal Piano Aziendale di Formazione 2021 e per il prossimo biennio, il Servizio, in accordo con i responsabili scientifici dei corsi, ha progettato eventi di formazione residenziale i cui contenuti siano convertibili in FAD sincrona e/o asincrona. Al fine, invece, di orientare i nostri dipendenti alla scelta del corso obbligatorio più appropriato per la propria professione e che consente il rispetto della normativa vigente, il Servizio ha elaborato e diffuso un aggiornamento dell’opuscolo già pubblicato nel 2019 (“NON SOLO PER LEGGE: guida alla formazione obbligatoria”) il cui nuovo titolo è: “NON SOLO PER LEGGE: Guida alla formazione ai tempi del Covid-19” aggiornabile e strutturato su più livelli:

- un primo livello, rappresentato dalle iniziative che rispondono a dettati normativi (es. Dlgs 81: corsi sulla sicurezza, Dlgs 101 radioprotezione...)
- un secondo livello rappresentato da iniziative formative che la Regione e/o l’azienda ritiene indispensabili per determinati profili professionali (es. corsi di rianimazione cardiocircolatoria per operatori di Pronto Soccorso) o laddove vi siano indicazioni specifiche e prioritarie per il personale operante nel Servizio Sanitario Nazionale/Regionale come ad esempio quelle riportate nel “Piano sociale e sanitario 2017-2019”, nell’Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017”, nella DGR 18/06/2018 N° 919-all. B “obiettivi di programmazione sanitaria regionale 2018
- un terzo livello rappresentato dalle iniziative formative indispensabili per acquisire o mantenere le competenze richieste da particolari standard o strutture organizzative (es. rispetto dei requisiti di cui alla Determina AIFA 890/2015 per le Unità Operative Cliniche di Fase I).
- un quarto livello rappresentato dalle iniziative formative derivanti da tematiche di interesse nazionale e/o da tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali/di processo/di sistema. Con l’obiettivo di sostenere la ricerca anche attraverso un’offerta formativa mirata per creare le competenze necessarie e favorire la creazione di “research network”, Il Servizio ha elaborato Il “Piano triennale di formazione alla ricerca” al fine di promuovere e valorizzare specifiche attività di formazione per tutti i professionisti interessati. Il piano si propone di permettere, da un lato il

reclutamento di giovani professionisti consentendo loro di avvicinarsi alla ricerca nel modo più semplice ed esaustivo possibile e dall'altro una formazione permanente su temi specialistici per chi già svolge attività di ricerca.

Alla fine dell'anno 2020 è stato inoltre avviato uno specifico percorso formativo rivolto al personale amministrativo neoassunto con l'obiettivo di agevolare la loro immissione all'interno dei rispettivi contesti professionali.

Il progetto, che terminerà nel suo complesso nel 2022, è stato realizzato attraverso una metodologia specifica che ha previsto:

- Analisi del fabbisogno formativo attraverso interviste semi strutturate
- alle Direzioni Amministrative delle due Aziende per quanto riguarda la parte generale,
- a testimoni privilegiati per la parte specifica
- Progettazione del percorso formativo blended (formazione residenziale e FAD) con valutazioni dell'apprendimento pre, intermedio e finale; valutazione del gradimento e dell'efficacia percepita
- Somministrazione strumento per l'analisi del profilo individuale delle competenze (PerformanSe) e relativo colloquio di restituzione, su base volontaria
- Supporto alla definizione del Dossier Formativo
- Monitoraggio e follow up

Nel triennio 2021/2023 sarà dato ulteriore impulso al sistema di rilevazione e valutazione dell'apprendimento, soddisfazione del cliente e ricaduta formativa, per valutare se l'avvenuto apprendimento sia stato spendibile all'interno dell'organizzazione.

Sviluppo delle Professionalità

Per ciò che riguarda la didattica intesa come formazione di base, post base e specialistica, il prioritario impegno del Servizio si concentra su:

- ✓ Corsi di studio delle professioni sanitarie di cui la AOU è sede amministrativa: Infermieristica, Dietistica, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, Ostetricia e Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare;
- ✓ Corsi di qualificazione e riqualificazione per Operatore Socio-Sanitario (OSS) gestiti dagli Enti di formazione autorizzati dalla Regione: accertamenti sanitari e stage pratici;
- ✓ Scuole di specialità Mediche;
- ✓ Tirocinio per Corso Triennale regionale per Medici di Medicina Generale.

La formazione di base dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie si esplica attraverso l'operato di coordinatori e tutor dedicati e adeguatamente formati ai compiti propri del ruolo.

Oltre alle figure di coordinatori e tutor la rete formativa per le attività professionalizzanti si avvale dell'impegno delle guide di tirocinio, che seguono i percorsi didattici che si svolgono sul campo all'interno delle strutture di

assistenza; anche per queste figure nel quadro dello sviluppo del capitale intellettuale a disposizione dell’azienda sono progettati ed erogati specifici percorsi formativi.

Nel rispetto degli Accordi siglati tra l’Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni Sindacali CGIL/CISL/UIIL:

- Accordo del 7 settembre 2017: “Accordo attuativo sull’utilizzo del 25% del fondo per i Corsi Universitari erogato alle Aziende Sanitarie sede di formazione per le lauree triennali abilitanti di primo livello delle professioni sanitarie, al fine di qualificare il sistema della formazione universitaria e della partecipazione ad essa da parte del personale del S.S.R.”;
- Accordo del 23 settembre 2020: “Integrazione dell’Accordo attuativo del 7 settembre 2017 sull’utilizzo del 25% del fondo per i corsi universitari erogato alle Aziende Sanitarie sedi di formazione per le lauree triennali abilitanti di primo livello delle professioni sanitarie”

l’Azienda ha attivato i percorsi atti a riconoscere e valorizzare il ruolo di Tutor/Guida di tirocinio, attività svolta da personale del comparto che ha la responsabilità di orientare e affiancare gli studenti, facilitando l’apprendimento professionalizzante e contribuendo al raggiungimento degli obiettivi didattici e alla loro formazione durante il tirocinio.

I percorsi attivati e da implementare:

- Attivazione del Corso di formazione per Guida di Tirocinio, inserito da diversi anni nel PAF annuale e che dal 2021 è organizzato in due edizioni annuali. Al corso possono iscriversi i professionisti del ruolo sanitario e tecnico-sanitario che seguono la formazione sul campo degli studenti dei sei Corsi di Laurea triennali delle professioni sanitarie
- Costruzione e manutenzione di una banca dati per il monitoraggio e la qualificazione del sistema della formazione universitaria e della partecipazione ad essa da parte del personale del S.S.R.;
- Partecipazione al gruppo di lavoro coordinato dall’Ufficio Relazioni Sindacali per la definizione dei criteri di applicazione delle intese regionali “Formazione universitaria e attività dei tutor” del 7 settembre 2017 e del 23 settembre 2020.

Anche sotto il profilo della attività di docenza il contributo dell’azienda è rilevante, a titolo esemplificativo si tenga conto che quasi la totalità delle docenze dei corsi di laurea, è garantito da professionisti delle aziende sanitarie.

La formazione di base per i corsi di qualificazione e riqualificazione per OSS prevede il coinvolgimento di tutor aziendali per la programmazione e organizzazione dei tirocini formativi nelle strutture ospedaliere della AOU sia dell’Ospedale Policlinico Modena sia dell’Ospedale Civile di Baggiovara.

Area Ricerca e Innovazione: Ricerca

La ricerca costituisce una condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, in quanto permette da un lato di porre il servizio sanitario in grado di accogliere, in modo

tempestivo, efficace e compatibile con il proprio contesto clinico-organizzativo, le innovazioni che la ricerca propone e, dall’altro, di orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali principali. Nello specifico della pianificazione, è prioritario implementare costantemente l’applicazione in Azienda del Regolamento europeo sulla Sperimentazione clinica (Reg. n.536/2014) nato per superare le barriere burocratiche e logistiche della precedente Direttiva. Il Disegno di Legge Lorenzin del 22 dicembre 2017 individua le azioni che dal 2018 il Governo dovrà realizzare per allineare la legislazione nazionale al Regolamento europeo. Lo SFRI avrà un ruolo fondamentale nella gestione di questo cambiamento in Azienda e delle sue ricadute sugli stakeholders.

Le finalità che il Servizio persegue nell’ambito della Ricerca sono:

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

Lo SFRI continuerà a favorire la ricerca no profit/accademica attraverso il Clinical Trial Quality Team (CTQT) coadiuvando i professionisti alla partecipazione di programmi di ricerca promossi e finanziati da Enti Istituzionali pubblici (Regione, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AIFA, Comunità Europea), mediante:

- Supporto nella stesura del piano scientifico ed economico del progetto di ricerca nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni contenute negli specifici bandi di ricerca
- Predisposizione dei protocolli d’intesa con altri Enti del SSN, ai fini della definizione degli aspetti economici legati alla gestione dei finanziamenti dei progetti vincitori;
- Monitoraggio clinico-amministrativo-contabile dei progetti finanziati;
- Gestione come referente Aziendale dell’Osservatorio Nazionale per le Sperimentazioni Cliniche (OsSC) di AIFA;
- Gestione del Registro delle Indagini Cliniche pre e post marketing DEL Ministero della Salute.

L’idoneità degli enti che conducono sperimentazioni cliniche è elemento fondamentale per garantire la tutela dei diritti, della sicurezza, del benessere dei soggetti in sperimentazione e per garantire qualità e affidabilità

dei risultati delle sperimentazioni stesse. La sperimentazione clinica rappresenta di fatto uno straordinario mezzo per valutare l'efficacia di un farmaco, i rischi che comporta e, in definitiva, per decidere se sia opportuno renderlo disponibile per la popolazione. Per tali ragioni, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha promosso all'interno del Servizio l'istituzione della Unità Centrale Organizzativa di Fase I con compiti di coordinamento, supervisione, monitoraggio, consulenza e garanzia di qualità delle sperimentazioni di Fase I. Oltre alle 3 Unità Operative cliniche di fase I Gastroenterologia, Ematologia ed Oncologia con parere favorevole di AIFA dopo ispezione, è stata autocertificata come unità di fase I anche la Terapia Intensiva Neonatale, attualmente in attesa del verbale ispettivo da parte di AIFA. Nel prossimo triennio saranno avviati all'iter di autocertificazione anche le UO di Dermatologia, Neurologia e Urologia.

L'Area Ricerca ha concentrato già parte delle sue attività sul consolidamento dei sistemi informativi esistenti, al fine di valorizzare il patrimonio informativo presente. Per il triennio 2021-2023 diventerà prioritaria:

- la razionalizzazione e la valorizzazione del proprio patrimonio informativo e tecnologico;
- la realizzazione di servizi che semplifichino l'interazione con i cittadini, le case Farmaceutiche e le altre Pubbliche amministrazioni/associazioni;
- l'adeguamento e la gestione di applicazioni che necessitano di funzionalità offerte dalle Piattaforme Regionali.

In sintonia con quanto affermato dall'art. 117 della Carta Costituzionale, la trasparenza costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni pubbliche, il Servizio, nel perseguire l'obiettivo fondamentale di garantire il diritto ad una buona amministrazione, aperta alle istanze degli stakeholder e realmente al servizio dei malati, ha voluto valorizzare e rafforzare il concetto di trasparenza amministrativa, pubblicando sul sito Aziendale una sezione dedicata alle Sperimentazioni cliniche. Tale sezione porta alla consultazione pubblica dell'operato dell'Azienda nel settore ricerca e consente ad utenti, operatori e associazioni di inviare le proprie osservazioni come disposto dal Decreto Lorenzin (gennaio 2018). Sarà obiettivo futuro l'elaborazione e implementazione di una anagrafe dei progetti innovativi aziendali e repository delle pubblicazioni.

Area Ricerca e innovazione: Innovazione

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

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

A seconda dell'ambito di innovazione, l'area Ricerca e Innovazione parteciperà con strumenti e metodi diversi per la gestione e il supporto:

- alla ricerca traslazionale nell'ambito delle Neuroscienze e alla nascita delle biobanche, in collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia;
- allo sviluppo di studi no profit di Fase I;
- all'implementazione dell'officina AIFA presso la Farmacia Ospedaliera dell'Azienda secondo "Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali" per studi clinici no profit con promotore l'AOU di Modena.

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	PERCENTUALE 2020	TREND 2021-2023
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	Numero medio di pubblicazioni per ricercatore	-	Non disponibile	Adesione all'indicatore
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	Impact Factor normalizzato	-	Non disponibile	Adesione all'indicatore
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. trial clinici approvati dal CE	SIRER	213	Mantenimento
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. studi osservazionali approvati dal CE	SIRER	139	Mantenimento
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	AURIGA	68% (1012/1478)	Mantenimento
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	AURIGA	34% (498/1478)	Mantenimento

4.4. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ

Si tratta di una dimensione che analizza il corretto utilizzo delle risorse disponibili, con riferimento sia ai costi/ricavi di esercizio, sia agli investimenti, articolati secondo le seguenti Aree:

4.4.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA

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

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

La Direzione aziendale è impegnata a:

- garantire una situazione di equilibrio economico finanziario della gestione aziendale, assicurando il rispetto del vincolo di bilancio così annualmente definito dalla Giunta regionale in sede di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale;
- predisporre un Piano finalizzato al miglioramento della complessiva efficienza gestionale, da attuarsi in sinergia con l’ Azienda Usl di Modena;
- un monitoraggio trimestrale in via ordinaria ed alle verifiche straordinarie nei mesi di giugno e di settembre;
- presentare alla Regione la certificazione prevista dall’ articolo 6 dell’ Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, attestante la coerenza degli adempimenti trimestrali all’ obiettivo assegnato.

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

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	PERCENTUALE 2020	TREND 2021-2023
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti		-13,42	Mantenimento dell’obiettivo di pagamento entro 60 giorni, ma vincolato all’andamento delle rimesse di cassa

SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Tasso di copertura flusso DIME sul conto economico	AFT - FED	90,71	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico	23,5	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico	3,4	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico	19,09	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico	50,28	Mantenimento

4.4.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI

Afferiscono a quest'area performance relative all'attuazione degli investimenti previsti e al rinnovamento tecnologico.

L'AOU di Modena condivide le considerazioni effettuate nel gruppo di lavoro regionale sugli Indicatori di Area Organizzativa/Investimenti e sulle proposte di indicatori sintetici esitate nel PdP 2021-2023.

Nello specifico, l'attenzione allo sviluppo sostenibile in tale contesto si focalizza sul perseguimento di:

- Razionalizzazione
- Fruibilità (facilità di misurazione e tempestività)
- Coerenza con gli obiettivi strategici della Regione e delle Aziende

Si individuano tre indicatori sintetici, attraverso cui puntare al progressivo ammodernamento delle dotazioni aziendali mediante investimenti finalizzati, in linea con quanto previsto nella Missione 6 “Salute” del PNRR:

1. Rispetto Piano Investimenti

Monitorare il rispetto da parte delle singole aziende del piano investimenti redatto, misurando in tal modo la capacità sia di buona programmazione degli stessi sia dell'attuazione di quanto pianificato.

Opportuno limitare la misurazione agli investimenti inseriti in Scheda 1 del Piano Investimenti «interventi in corso di realizzazione o con progettazione esecutiva approvata», in quanto questi dipendono in maniera diretta dalle azioni poste in essere dall’Azienda stessa.

Valutare se aggiungere un indicatore anche per Scheda 2 «interventi in corso di progettazione con copertura finanziata» (presenza variabile fattori esogeni). L’obiettivo è il monitoraggio del piano investimenti misurando in particolare la capacità di realizzare quanto previsto in sede di programmazione. La scheda 1 del piano degli investimenti prevede interventi che sono in corso di realizzazione o che hanno la progettazione esecutiva approvata. La realizzazione degli interventi viene modulata secondo un cronoprogramma che è parte integrante del progetto esecutivo. In relazione all’anno in cui viene effettuato il monitoraggio, l’indicatore prende in esame la sommatoria dell’importo economico dei lavori realizzati (numeratore) relativamente a tutti gli interventi di cui alla scheda 1 e la rapporta alla sommatoria dell’importo economico degli stessi lavori programmati ad inizio anno (denominatore).

NUMERATORE	Sommatoria del valore degli «interventi in corso di realizzazione o con progettazione esecutiva approvata» realizzati nell’anno di riferimento
DENOMINATORE	Sommatoria del valore degli «interventi in corso di realizzazione o con progettazione esecutiva approvata» previsti per l’anno di riferimento

2. Età Grandi Apparecchiature

Monitorare il livello di modernità del parco tecnologico in dotazione all’Azienda.

La finalità è quella di spingere le Aziende verso una riqualificazione e innovazione tecnologica per assicurare le migliori cure disponibili.

L’indicatore è limitato alle grandi apparecchiature (*TAC, risonanza magnetica, acceleratore lineare, robot chirurgico, gamma camera, gamma camera/CT, PET/CT, mammografo e angiografo*) tecnologiche, in quanto quest’ultime costituiscono immobilizzazioni critiche la cui sostituzione necessita di adeguata pianificazione.

È possibile utilizzare anche l’indicatore relativo a tutte le attrezzature sanitarie, ma non sembra opportuno porre sullo stesso piano una risonanza e un’attrezzatura minuta.

NUMERATORE	Numero di Grandi Apparecchiature installate (a qualsiasi titolo*) con età inferiore o pari a 10 anni
DENOMINATORE	Numero di Grandi Apparecchiature installate (a qualsiasi titolo*)

* L'indicatore misura il numero di Grandi Apparecchiature installate presso l'azienda a qualsiasi titolo: acquisto, service, noleggio, leasing, comodato, donazione, eccetera.

Fonte: “Age profile medical device” del COCIR (*European Coordination Committee of Radiological, Electromedical and Medical IT Industries*). L'indicatore, definito Golden Rule, stabilisce che il parco macchine dovrebbe, in condizioni ideali, essere costituito da:

- 60% di apparecchiature con meno di 6 anni (sistemi rappresentativi dello stato dell'arte);
- 30% con più di 6 anni ma meno di 10 (sistemi definiti utilizzabili ma per i quali andrebbe valutata la sostituzione);
- 10% con più di 10 anni (sistemi definiti obsoleti e da sostituire).

3. Investimenti in tecnologie informatiche

Monitorare l'incremento degli investimenti in tecnologie informatiche da parte delle Aziende. L'assunto dell'indicatore è misurare, in modo indiretto, quanto l'Azienda investa in strumenti rivolti all'implementazione di tecnologie atte a semplificare la relazione tra cittadini e Servizio Sanitario oltre che a favorire lo scambio di informazione tra professionisti.

NUMERATORE	Sommatoria del valore degli investimenti in software realizzati nell'anno di riferimento
DENOMINATORE	Media del valore degli investimenti in software realizzati nel triennio precedente a all'anno di riferimento

Fonte: PIANO NAZIONALE per la RIPRESA e RESILIENZA

Pilastro: TRASFORMAZIONE DIGITALE (20% del piano)

OBIETTIVI MANDATO XI legislatura:

- 2: «Una nuova rete ospedaliera, moderna e tecnologica, fatta di persone per le persone»
- 8: «Una nuova stagione di investimenti in sanità»

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	PERCENTUALE 2020	TREND 2021-2023
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	Rispetto del Piano investimenti	-	Adesione
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	-	Adesione
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	Investimenti in tecnologie informatiche	-	Adesione

5. Misurazione e valutazione della performance

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

Attraverso il processo di Pianificazione e Programmazione, l'Azienda, in accordo con lo scopo e le strategie espresse nel Piano di Sostenibilità, coerentemente con gli indirizzi dell'AUSL di Modena e della RER, declina annualmente gli obiettivi strategici aziendali di medio-lungo periodo in obiettivi annuali per soddisfare i requisiti relativi a tipologia, volume di prestazioni e qualità dei servizi offerti.

All'interno di questo processo trovano risposta anche le indicazioni e gli obiettivi definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale delle Istituzioni locali, regionali e nazionali, e della programmazione economico-finanziaria regionale e nazionale.

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

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

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

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

5.1. IL PERCORSO DI BUDGET

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.

5.1.1. LA SCHEDE DI BUDGET

Ogni scheda di budget presenta obiettivi riconducibili a quattro macro aree: la valorizzazione della degenza (Ordinaria e Day Hospital); la valorizzazione della specialistica ambulatoriale (indagata per flusso ASA per

pazienti esterni al netto della libera professione); 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. Per il 2021 sono state introdotte due importanti novità:

1. **L'Area Covid-19**, inserita nelle schede sulla base delle indicazioni e disposizioni regionali. Tale area ha un peso del 25% sul totale della performance complessiva dell'azienda e si compone di 4 sub indicatori:
 - ✓ Avvio del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera
 - ✓ Contrasto del rischio effettivo associato all'assistenza nel corso della pandemia Covid-19
 - ✓ Formazione degli operatori sanitari nel corso della pandemia Covid-19
 - ✓ Garantire completezza e tempestività dei flussi relativi all'emergenza da Covid-19
2. **Area di sviluppo delle professionalità**, dove si richiede alle singole unità operative di individuare al proprio interno una linea di sviluppo innovativa, a partire da quelle standard proposte nella scheda di WebBudget 2021. Questo percorso, attinente all'area delle competenze, consente di tracciare dei percorsi verticali di carriera e potrà essere utilizzato per l'assegnazione di eventuali incarichi di struttura.

In linea generale la definizione degli indicatori all'interno di ciascuna area e i criteri di definizione dei target avvengono in sede di Comitato di Budget da cui emergono le proposte di scheda che vengono negoziate in fase di concertazione. I target vengono definiti analizzando i valori storici di riferimento e simulando le variabili organizzative cliniche e logistiche dell'anno di riferimento (rimodulazione dell'attività di sala operatoria, dotazione di posti letto, ricovero temporaneo nella destinazione d'uso dei reparti). Per esempio, considerata la particolarità del periodo a casua dell'emergenza Covid-19, i target del 2021 per la degenza, per la specialistica e per i costi, individuati all'interno delle schede di budget sono stati calcolati ipotizzando una sovrapposizione tra il tetto minimo del valore medio mensile nel periodo da ottobre a dicembre 2020 e il tetto minimo nel periodo da gennaio a giugno 2021, considerando una possibile riduzione estiva in linea con il valore medio 2020 e una probabile ripresa da settembre a dicembre 2021, che verrà verificata nel corso degli incontri di revisioni di budget a settembre. Lo sforzo per il 2021 si concretizzerà, laddove possibile per condizioni specifiche di produzione, nell'individuazione di target sul secondo semestre che siano capaci di indagare aspetti legati all'orientamento della produzione in maniera puntuale (anche tenendo conto delle indicazioni offerte dalle normative e dai sistemi di valutazione delle performances regionali), con tangibili ricadute sulla valorizzazione. In particolare, si focalizzerà su una corretta rendicontazione dell'attività delle diverse unità operative dell'AOU di Modena che, nel corso della pandemia da Covid-19, hanno lavorato su più fronti per garantire da un lato lo svolgimento dell'attività ordinaria e dall'altro la cura dei pazienti affetti da tale patologia.

OBIETTIVO	INDICATORE	DESCRIZIONE
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)
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
QUALITA' COSTI		
COSTI	SPESA VALORE ASSOLUTO PER ACQUISTO DI BENI SANITARI	Totale dei costi sostenuti della unità operative per l'acquisto di beni sanitari
Area progettuale	Indicatori specifici derivati dal PNE e set di indicatori della Regione Emilia-Romagna (InsidER, PdP); di seguito l'esemplificazione di tale obiettivo:	

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.



I Macrotemi aziendali



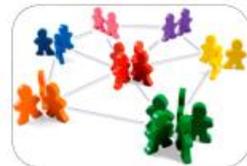
Produzione



Consumi



Appropriatezza



Percorsi e reti



Progetti



Rischio infettivo



Performance

5.2. SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance, previsto dall'art. 7 del D.lgs 150/2009, stabilisce l'obbligatorietà della valutazione annuale delle performance organizzativa e individuale. L'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (OIV/SSR), coadiuvato da Organismi Aziendali di Supporto (O.A.S.), ha dato indicazioni atte alla revisione del complesso dei sistemi di valutazione e valorizzazione del personale all'interno di ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale, fornendo specifiche linee di sviluppo ed implementazione dei processi di valutazione aziendale (Del. N. 2/2015 e Del. N. 5/2017). La valutazione viene, di fatto, rappresentata come un sistema integrato e partecipato che contribuisce al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro in ambito sanitario. In particolare, valutazione, valorizzazione e sviluppo delle competenze dei professionisti sono stati a pieno titolo inseriti all'interno di tale sistema, anche al fine di accrescere la qualità dei servizi sanitari offerti al cittadino.

Il processo di valutazione individuale portato avanti nella nostra Azienda ha riguardato le prestazioni dei singoli, tradizionalmente intese come l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti organizzativi messi in atto, in funzione del ruolo. Tuttavia, se nello specifico della valutazione dei risultati i progressi sono stati notevoli, dal punto di vista della valutazione dei comportamenti organizzativi si sono evidenziate maggiori difficoltà. In particolare, la valutazione esplicita delle competenze individuali, intese come comportamenti efficaci in grado di produrre un effetto positivo prevedibile, non casuale, sul contesto, è risultata indubbiamente maggiormente complessa e articolata. Tale valutazione richiede, infatti, la messa in opera di percorsi di valutazione individuale condivisi che non possono essere risolti con semplici automatismi ma devono richiedere un necessario coinvolgimento dei diretti interessati (valutati e valutatori), in tutte le principali fasi di valutazione del comportamento e dell'agire professionale dei singoli.

Per tale ragione, si è deciso di costruire un sistema aziendale di monitoraggio e sviluppo di tutte le competenze, sia quelle di natura tecnico-professionale, sia quelle di natura manageriale/gestionale e relazionale, che consenta di individuare, per ciascun professionista, i punti di forza e le aree di miglioramento per la valorizzazione professionale e gli sviluppi di carriera.

L’esito della valutazione e del monitoraggio può, infatti, avere ripercussioni su almeno due dimensioni della gestione del personale:

- da un lato sui percorsi di crescita professionale, con i conseguenti investimenti in formazione, affiancamento a personale esperto o attivazione di stage presso altri reparti o strutture;
- dall’altro sulle progressioni di carriera, in quanto l’esito della valutazione annuale è uno dei criteri di riferimento.

Il processo può anche fornire elementi utili per la valutazione di fine incarico, in quanto permette di evidenziare le competenze professionali e trasversali agite dal singolo professionista.

La messa a punto del sistema di valutazione delle competenze comporta il suo allineamento alla procedura aziendale per la gestione dell’addestramento interno sulle attività tecnico professionali.

In quest’ottica è stato avviato l’iter di aggiornamento della procedura aziendale all’interno della quale sono stati allineati i criteri per la definizione della clinical competence con i livelli di valutazione delle competenze introdotti nel sistema aziendale.

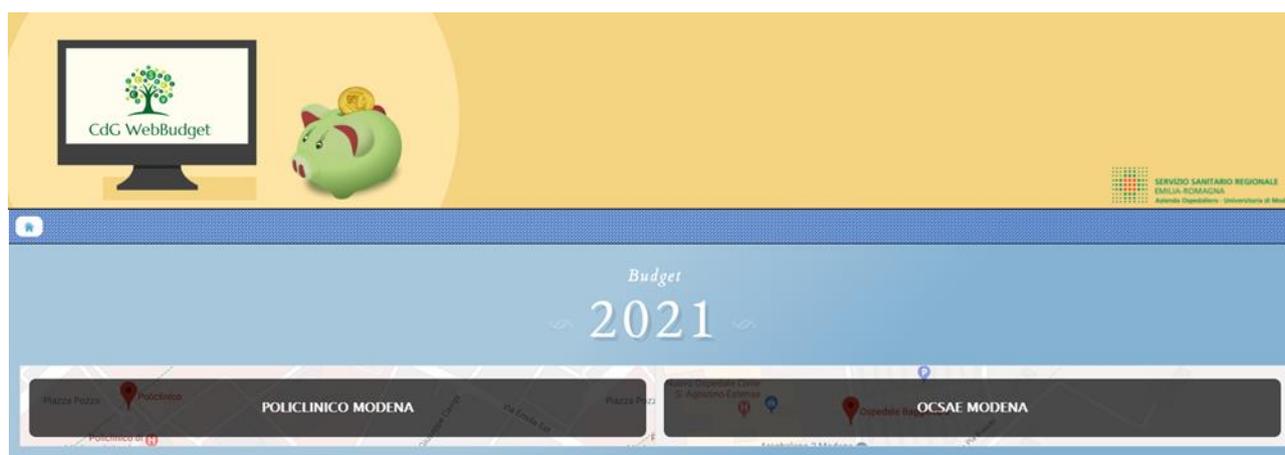
I livelli di riferimento adottati in procedura, ed allineati al sistema di valutazione delle competenze, sono quelli indicato dai documenti regionali di accreditamento (DGR1943/2017, DGR 327/2004):

- Livello 1: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico
- Livello 2: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico
- Livello 3; è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione
- Livello 4: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Viene integrata in procedura la possibilità di documentare iniziative di sviluppo delle clinical competence dedicate a specifiche aree di attività con l’introduzione di una apposita modulistica, accompagnata dalla definizione di un progetto preliminare in cui sia compresa l’indicazione del programma di lavoro che verrà svolto per il conseguimento dell’obiettivo ed i criteri con cui verranno valutate le competenze da acquisire.

Il percorso interno all’AOU di Modena si basa sul processo di pianificazione e rendicontazione sia d’equipe che individuale. Per la valutazione d’equipe si utilizza lo strumento di WebBudget, per quella individuale invece Pierino.

5.2.1. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: “WEBBUDGET”



L'intero processo di budget è gestito interamente mediante l'applicativo WebBudget, sviluppato interamente dal Controllo di Gestione che mette a disposizione online l'intera documentazione. 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, anche sulla base delle circostanze di contesto (come quello epidemiologico che ha caratterizzato il 2020 e 2021) oltre che delle linee di indirizzo. In linea generale, il percorso di budget prevede:

- A. Condivisione delle linee guida al Collegio di Direzione (febbraio)
- B. Comunicazione delle schede di budget e relativi obiettivi (entro i primi di marzo)
- C. Concertazione (entro la fine di marzo)
- D. Consolidamento/approvazione schede (entro la fine di aprile)

L'evoluzione dell'applicativo rispetto alla versione presentata nel precedente Piano delle Performance (2018-2020), attiene al focus sull'intero ciclo della performance. WebBudget si configura, ad oggi, come applicativo capace di fornire supporto direzionale tanto in fase di definizione delle linee strategiche quanto alla valutazione a consuntivo degli esiti, passando per il monitoraggio intermedio della performance.

WebBudget consente la gestione ed il monitoraggio in corso d'anno dell'intero ciclo della performance aziendale, dalla **fase iniziale di definizione degli obiettivi ed indicatori** fino alla **fase di coordinamento a consuntivo della valutazione della performance**, passando per la **verifica infrannuale dei trends osservati, rispetto all'atteso**.

Le aree attualmente presenti in WebBudget sono 15:

Scegli la sezione



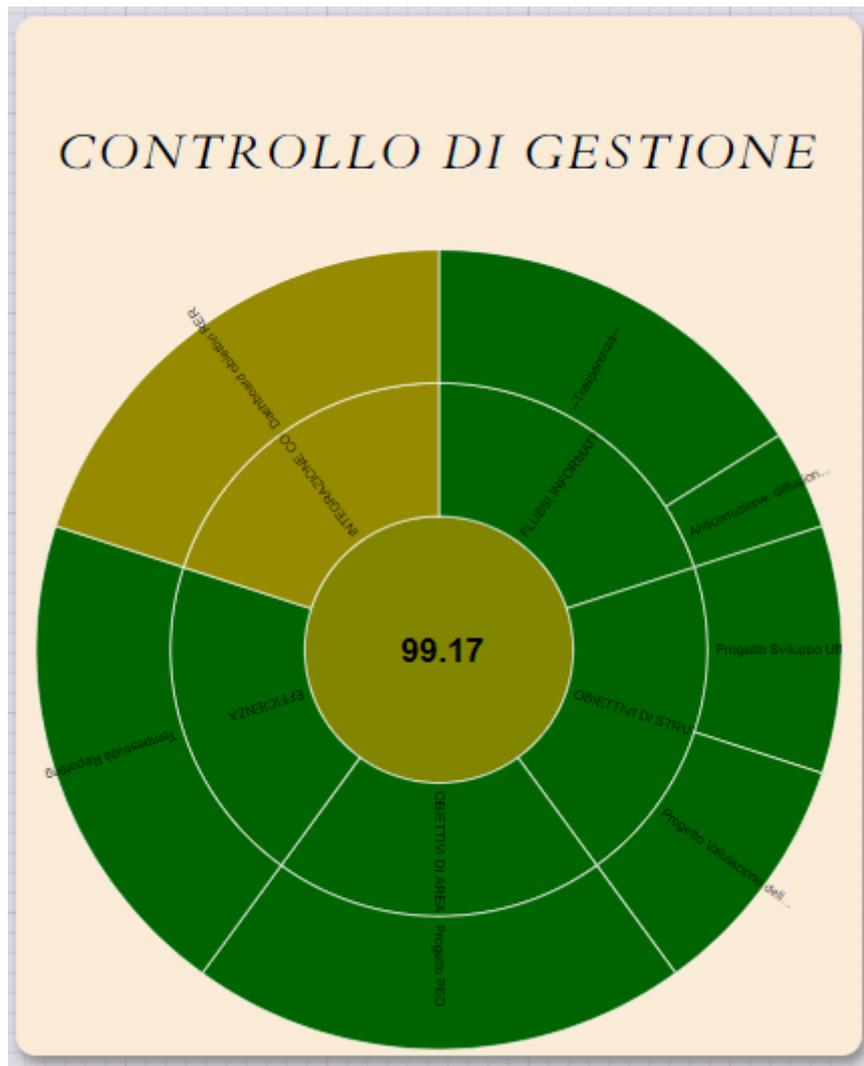
Durante la fase di definizione degli obiettivi di budget, fra il momento in cui la scheda viene messa a disposizione su WebBudget ed il momento della validazione della stessa, è prevista un’attiva partecipazione al processo da parte dei professionisti titolari di scheda budget.

La partecipazione si esplicita nella possibilità di compilazione del campo note, deputato ad accogliere le controdeduzioni della struttura. Si tratta di giudizi relativi alla condivisione dell’obiettivo proposto, suggerimenti in merito alla modifica o valutazioni che prendano in considerazione aree differenti di focus per la misurazione della performance.

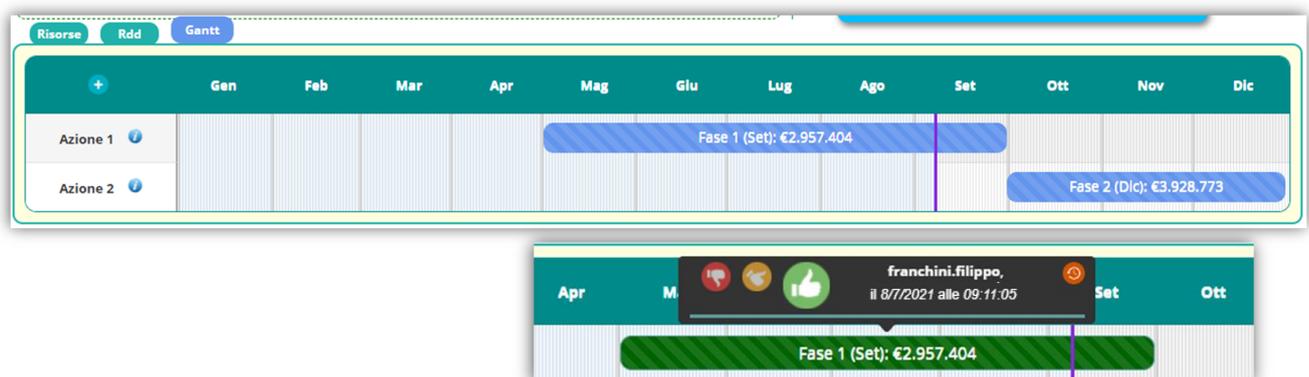
PROPOSTE:
 CONTRODEDUZIONI:
 Allega file (Max 2MB)

Ai professionisti è data anche la possibilità di allegare file a supporto delle controdeduzioni, con firma digitale dell’autore dell’inserimento.

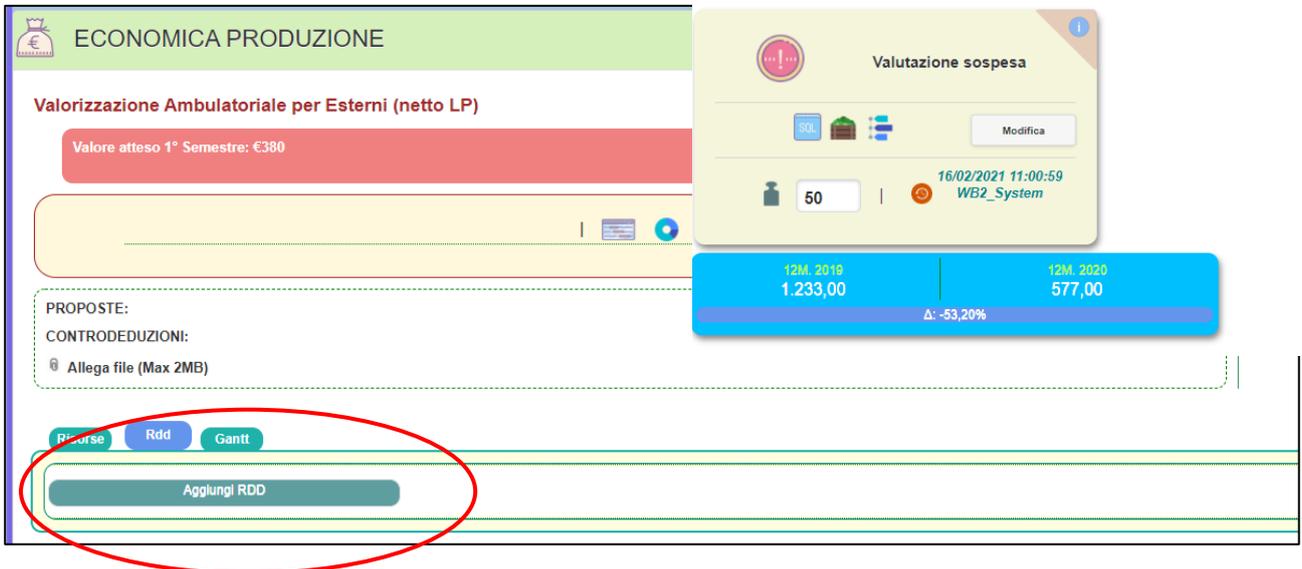
Importante novità introdotta negli ultimi anni è la visione complessiva dell’andamento dell’unità operativa, con i punteggi ottenuti per le singole aree di valutazione, raggiungibile attraverso l’applicativo integrato WebBudget monitor:



La **timeline** facilita il processo della progettualità e la rendicontazione, poiché da un lato consente di gestire la fase di pianificazione degli obiettivi, in termini di tempi, responsabilità e declinazione delle sottofasi e dall'altro permette di esprimere un rapido giudizio, a tre livelli, guidato da intuitivo codice colore. L'esito è attivabile scorrendo con il mouse sulla singola fase del Progetto.



Nel Corso dei Riesami della Direzione (RDD) sono previsti diversi momenti di analisi della performance condotti a livello di singola Struttura o di Dipartimento (*vedi paragrafo 6.3. del presente Piano delle Performance*). I professionisti hanno la possibilità di esprimere le proprie considerazioni nell’apposita sezione presente su WebBudget:



L’attuale veste grafica consente di gestire al meglio aspetti critici di visualizzazione, ma anche aspetti contenutistici legati alla gestione più fluida dei target, alla pesatura dei singoli indicatori ed all’accessibilità.

Area obiettivi			
ECONOMICA PRODUZIONE	15	2 obiettivi	
ECONOMICA COSTI	20	1 obiettivo	
GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO	15	1 obiettivo	
EFFICIENZA	15	2 obiettivi	
FLUSSI INFORMATIVI	10	3 obiettivi	
AREA COVID-19	25	4 obiettivi	
OBIETTIVI DI AREA	0	1 obiettivo	

5.2.2. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE: “PIERINO”

Di seguito illustriamo le importanti novità introdotte in linea con quanto stabilito nel Piano Aziendale di Avvicinamento alla Delibera 5/2017 OIV SSR, delibera AOU Modena n. 3 del 14/1/2019 in cui l’azienda definisce gli step fondamentali per raggiungere gli obiettivi richiesti dalla Regione Emilia-Romagna:

1. A partire dal 2021, con riferimento alla performance 2020, “Pierino” gestisce il percorso di Valutazione Individuale Annuale della Performance mediante due schede di valutazione separate:
 - scheda individuale annuale di risultato;
 - scheda individuale annuale delle competenze.

2. La valutazione individuale delle competenze, a differenza di quella di risultato, non dà origine a corrispettivi economici poichè mira allo sviluppo professionale dei dipendenti in ottica di medio-lungo periodo.
3. L’AOU di Modena ha recepito la valutazione individuale annuale di risultato (relativa alla performance 2019) anche per il personale del comparto attivando un percorso di correlazione della valutazione con la corresponsione della quota incentivante. Le schede vengono compilate con la stessa metodologia e struttura già in essere per la dirigenza.

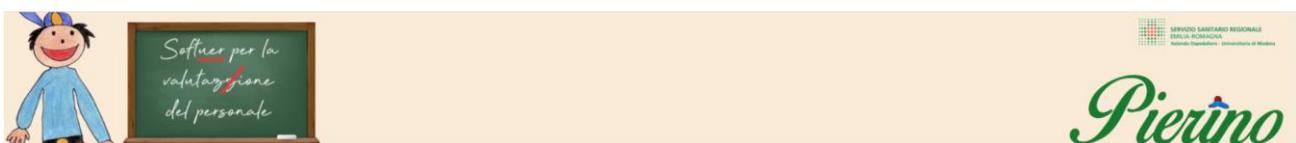
Per il triennio **2021-2023** l’impegno si focalizzerà per la **valutazione individuale di risultato**:

- sulla possibilità di introdurre schede specifiche differenziate per i diversi ruoli dirigenziali (Direzione Dipartimento e SOC e Dirigente senza incarico)
- potenziale revisione degli items di valutazione presenti in ciascuna scheda
- esplicitazione del legame tra valutazione annuale e di fine incarico per i Dirigenti
- Riflessione sulle pesature delle aree che compongono la scheda, differenziate per ruolo, in linea con delibera 5 OIV.

Mentre per la **valutazione individuale competenze**:

- implementazione della nuova area relativa allo sviluppo delle professionalità presentata nel percorso di budget 2021
- revisione della percentuale correlata alla scala di giudizio della scheda (100% attribuito al livello 3 “ottimo” e non al 4 “benchmark”).
- Riflessione sulle pesature delle aree che compongono la scheda, differenziate per ruolo, in linea con delibera 5 OIV.

La gestione del percorso aziendale di valutazione della performance individuale è effettuata mediante il software Pierino, sviluppato internamente dal Controllo di Gestione della AOU di Modena. L’applicativo consente la gestione informatizzata delle schede di valutazione della Dirigenza, con e senza Incarico di Direzione di Struttura (schede dai contenuti diversificati in base ai ruoli), oltre che del personale del Comparto.



Per il funzionamento, i criteri e gli ambiti di applicazione si rimanda al Manuale di utilizzo di Pierino prot. N. 7257/21 del 08/03/2021 e a quanto già presentato nel PdP 2018-2020, delibera n° 164 del 26/09/2018.

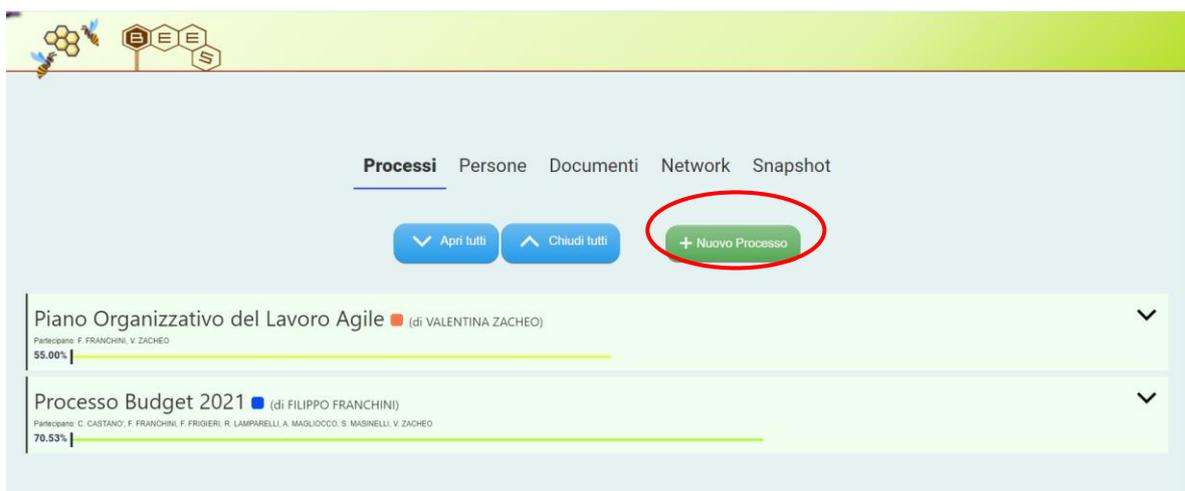
5.2.3. LA SPERIMENTAZIONE: “BEES”

Bees è il nuovo applicativo sviluppato internamente dal Controllo di Gestione, che permette una pianificazione degli obiettivi individuali ed il successivo monitoraggio in corso d’anno.



L’applicativo web nasce come strumento dalla duplice finalità:

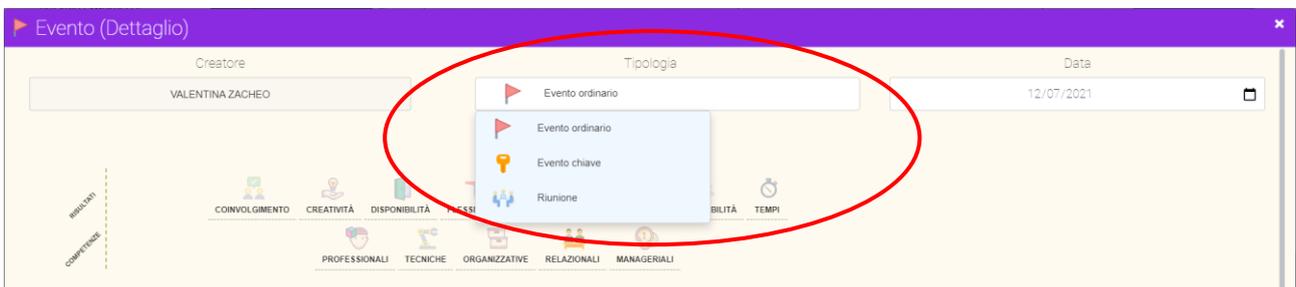
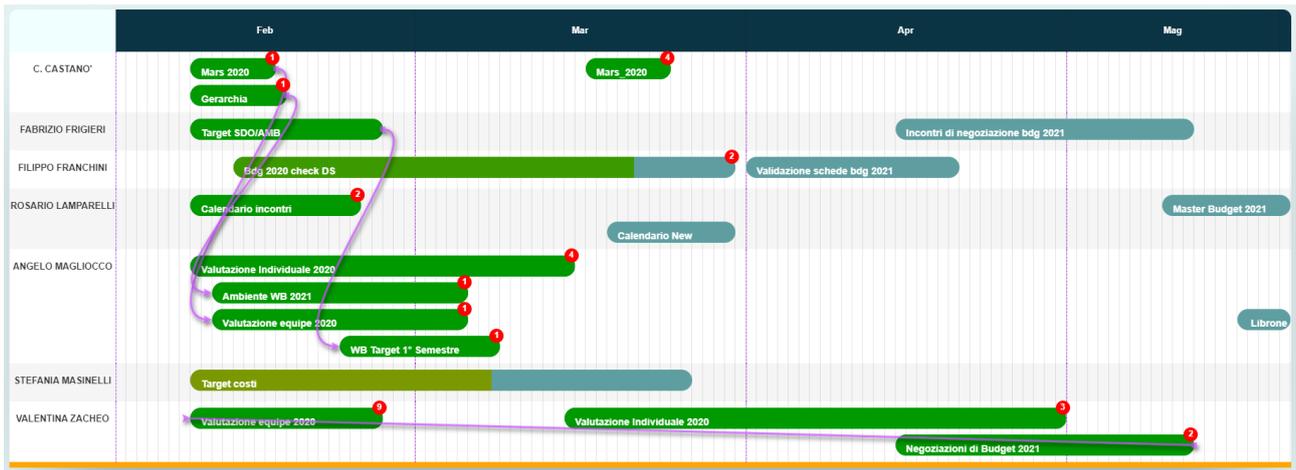
1. **tool** a supporto della **pianificazione** degli obiettivi, sia individuali che di gruppo
2. **diario della performance**, con tracciamento integrato degli eventi e degli stati di avanzamento.



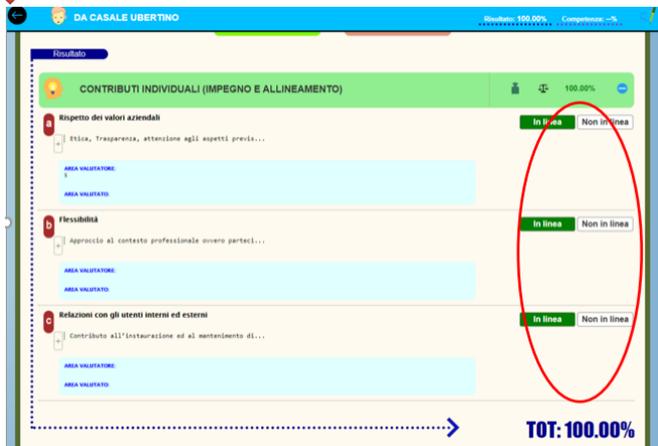
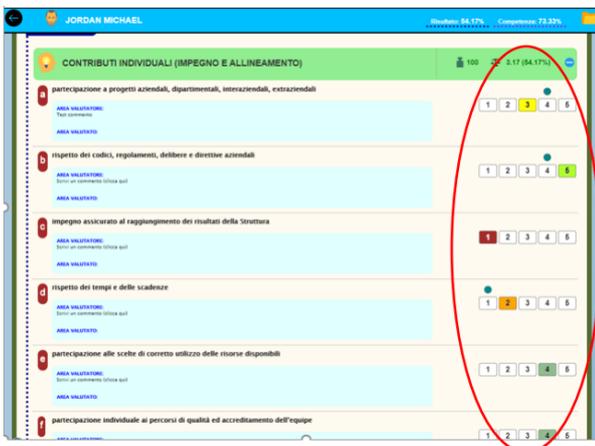
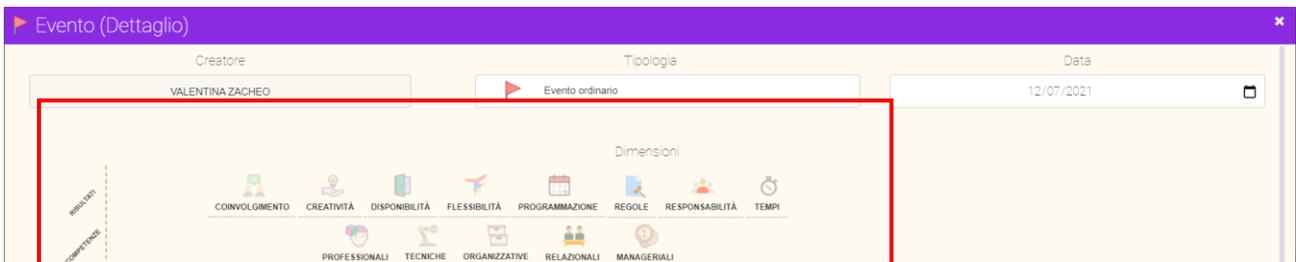
Bees consente di gestire dinamicamente I progetti assegnati al singolo dipendente o al Gruppo di lavoro, attraverso il pulsante “nuovo processo”.

All’interno del singolo progetto, ogni referente può inserire le proprie attività (rappresentate con le barre orizzontali che cambiano colore in base allo stato di avanzamento dell’attività) e gli eventi fondamentali per lo svolgimento del progetto (rappresentati dai pallini rossi posizionati sulle barre di attività), che si distinguono in eventi chiave, ordinari e riunione.

PIANO DELLA PERFORMANCE “PDP” 2021-2023



L’interfaccia, intuitiva e fruibile, mira a costituire la sorgente dell’ «ecosistema della performance», ponendosi come elemento di collegamento fra la valutazione della performance individuale di risultato, delle competenze e di quella organizzativa.



L’aspetto più importante è che lo strumento è configurato per assicurare diretta correlazione con la valutazione individuale di risultato annuo, esplicitata tramite il software aziendale Pierino. Questo consente di tener traccia degli eventi più importanti e rendere il più possibile oggettivabile la valutazione.

Ad oggi è in fase di prova interna tra i componenti del Controllo di Gestione, a breve si procederà con il rilascio definitivo che permetterà di testarlo al meglio nel corso del triennio 2021-2023.

5.3. CONTESTO DI MONITORAGGIO AZIENDALE E REGIONALE

Al fine di garantire il controllo delle performance amministrative e secondo quanto previsto dal D.L. 150/2009, sono stati istituiti Organismi indipendenti di valutazione della performance (Oiv; <http://www.regione.emilia-romagna.it/trasparenza/personale/oiv>). L’Organismo indipendente di valutazione (Oiv) della Regione Emilia-Romagna, unico per la Giunta e l’Assemblea legislativa, è stato nominato, previo parere favorevole rilasciato dall’Anac con delibera n.7 del 15 gennaio 2014, con delibera della Giunta regionale n.132 del 10 febbraio 2014, acquisita l’intesa dell’Ufficio di presidenza dell’Assemblea legislativa. L’Oiv svolge i suoi compiti anche in riferimento alle agenzie e istituti che operano con personale regionale.

Con la DGR n°1709 del 23/11/2020 “Costituzione di un elenco di soggetti idonei allo svolgimento delle funzioni dell'organismo indipendente di valutazione del servizio sanitario regionale. Nomina dei componenti dell'OIV-SSR” recepita con nota Prot. 02/12/2020. 0797310.U, sono stati nominati i nuovi componenti dell’Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio sanitario regionale, per la durata di tre anni, a decorrere dal 23 novembre 2020.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, al fine di soddisfare gli obiettivi dell’OIV SSR e conformemente alla DGR 334/2014, si è dotato di un proprio nucleo di valutazione interno (OAS), con i seguenti obiettivi:

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

È importante precisare che il presente Piano delle Performance 2021-2023 è redatto in conformità con la delibera della Giunta Regionale n° 819 del 31/05/2021 contenente “Linee Guida per lo Sviluppo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nelle Aziende e negli Enti del SSR” fornendone indicazioni utili ai fini dell’adozione.

5.4. FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

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

TEMPO	FASE	AZIONE	SOGGETTI COINVOLTI
Set/Ott anno t	Definizione linee di indirizzo	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dell'andamento aziendale e degli indici di performance nell'anno t; - Predisposizione delle linee di indirizzo per l'anno t+1 	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore Generale con il supporto dei Direttori Sanitario ed Amministrativo e dell'Ufficio di Direzione
Ott/Dic anno t	Conferimento di operatività agli indirizzi	<ul style="list-style-type: none"> - Incontri con Comitato Budget e UO Controllo di Gestione; - Mandato per la prima stesura delle Schede di Budget 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione
Gen/Mar anno t+1	Negoziazione Budget	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione e discussione delle linee di indirizzo (Piano Azioni) - Articolazione Schede di Budget; - Negoziazione esterna e interna con CdR, nel rispetto dei vincoli previsti nel Bilancio Preventivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Aree Professionali-funzionali
Apr/Giu anno t+1	Formalizzazione del documento di Budget	<ul style="list-style-type: none"> - Sottoscrizione delle Schede di Budget finali; - Approvazione del documento di Budget 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)

			- UO Controllo di Gestione
Apr/Giu Anno t+1	Assegnazione obiettivi ed avvio fase operative	<ul style="list-style-type: none"> - Raccordo del Budget con i conti economici del Bilancio; - Creazione di matrici di monitoraggio conti/CdR; - Assegnazione obiettivi e risorse 	<ul style="list-style-type: none"> - Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione
Lug/Set anno t+1	Monitoraggio degli obiettivi, verifica dell'andamento gestionale ed analisi degli scostamenti	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione ed analisi della periodica reportistica; - Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Aziendale - OIV - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Aree Professionali-funzionali
Feb/Mag anno t+2	Verifica consuntiva dell'andamento gestionale	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi finale degli scostamenti 	
Apr/Giu anno t+2	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica dei risultati; - Raccolta delle osservazioni dei soggetti valutati; - Valutazione finale - OIV 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Aziendale - UO Controllo di Gestione - UO Personale

			- Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)
--	--	--	---

(Fonte documento PAC, REGOLAMENTO DI BUDGET)

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

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

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

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

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

FASE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	CHI/COSA	ATTI	SCADENZA
<p>Definizione Linee di indirizzo di pianificazione strategica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Sanitario Nazionale • Legge Finanziaria* • Piano Sanitario Regionale • Piano azioni RER • Obiettivi assegnati dalla Regione con il contratto di mandato alla Direzione Generale • P.A.L. • Piano per la Salute • Accordo di fornitura con Azienda U.S.L. (parte a valenza pluriennale) 	<p>Il Direttore Generale definisce le linee strategiche aziendali.</p> <p>Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, per le aree di competenza:</p> <p>a) traducono tali linee nel Piano Programmatico e nel Bilancio di Previsione Poliennale con il coinvolgimento del Collegio di Direzione, chiamato a formulare contributi e proposte tecnico operative.</p> <p>b) garantiscono che la formulazione del Piano Programmatico sia coerente, oltre che con le linee strategiche aziendali, con i documenti di riferimento regionali e provinciali e con le previsioni della normativa nazionale, ove applicabile.</p> <p>Il Comitato di Indirizzo esprime parere preventivo e obbligatorio sulla formulazione del piano programmatico e il bilancio poliennale di previsione, in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca. Il piano programmatico viene adottato dal Direttore Generale</p>	<p>Piano programmatico e il bilancio di previsione pluriennale (documenti triennali, l'aggiornamento avviene ogni anno in autunno secondo la logica dello scorrimento)</p> <p>Parere del Comitato di Indirizzo sulla formulazione del piano programmatico.</p>	<p>Entro il: 31 gennaio dell'esercizio di riferimento</p>

5.5. DEFINIZIONE DEL PIANO OPERATIVO AZIENDALE E BUDGET (ANNUALE)

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

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

FASE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DESCRIZIONE DELLA FASE DEL PROCESSO	ATTI	SCADENZA
<p>Individuazione degli obiettivi, degli indicatori e dei valori attesi, afferenti a ciascuna area strategica</p>	<p>1. Piano programmatico 2. Bilancio economico preventivo 3. Accordo di fornitura con Azienda U.S.L. (parte a valenza annuale)</p>	<p>Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo definiscono il Piano Operativo Aziendale che esprime gli obiettivi annuali necessari alla realizzazione della programmazione pluriennale.</p> <p>Il Piano Operativo viene costruito garantendo la coerenza fra i diversi momenti della programmazione: regionale, aziendale, interistituzionale.</p> <p>L’avvio del processo di budget avviene con la comunicazione, al Collegio di Direzione, del Piano Operativo Aziendale, della previsione di bilancio e del relativo tempogramma del processo.</p> <p>La Direzione si avvale del supporto degli uffici di staff e servizi centrali (Controllo di Gestione, Direzione Infermieristica e Tecnica, Direzione Assistenza Farmaceutica, Servizio Assicurazione Qualità, Servizio Prevenzione e Protezione, Servizio Ingegneria Clinica, ecc.).</p>	<p>Piano operativo aziendale</p> <p>Tempogramma</p>	<p>Entro il: 28 febbraio dell’esercizio di riferimento</p>
<p>Negoziazione di budget di primo e secondo livello</p>	<p>Piano programmatico</p> <p>Piano Operativo</p> <p>Tempogramma</p>	<p>La negoziazione del budget avviene attraverso le seguenti fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione proposte indicatori e target 2. Incontri di pre-negoziazione con i dipartimenti 3. Revisione del target e redazione schede di budget <p>Il Direttore di Dipartimento, a partire da una ipotesi iniziale:</p>	<p>Proposta di budget di Dipartimento</p>	<p>Entro il: 30 aprile dell’esercizio di riferimento</p>

	<p>La struttura della scheda di budget</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Propone il budget globale di Dipartimento, delle Strutture Complesse, delle Strutture Semplici e dei Programmi, di concerto con i relativi responsabili, in coerenza con il Piano Operativo definito dalla Direzione. 2. Con il coordinamento del Controllo di gestione ed attraverso il contributo dei della Direzione Medica e dei Servizi in Staff e delle Direzioni in staff predispone le proposte di indicatori e target 3. Svolge incontri di pre-negoziazione con i direttori dei dipartimenti 4. Revisiona il target e redige le schede di budget 5. Avvia il processo di budget attraverso incontri con i dipartimenti e le Unità operative coinvolte. <p>Le schede di budget esplicitano anche gli obiettivi del comparto che vengono elaborati dal Direttore di Dipartimento d’intesa con il coordinatore tecnico-infermieristico e amministrativo.</p> <p>La Direzione Sanitaria avrà cura di verificare la coerenza complessiva della programmazione nell’utilizzo delle risorse anche con quanto previsto dall’accordo di fornitura.</p>	<p>Obiettivi di budget di Struttura</p> <p>Proposta di budget di programma</p>	
	<p>Proposta di budget di Dipartimento</p> <p>Obiettivi di budget di Struttura</p> <p>Proposta di budget di</p>	<p>Il Direttore di Dipartimento, a partire da una ipotesi iniziale condivide e discute la proposta di budget con le proprie strutture afferenti, di concerto con i relativi responsabili, in coerenza con il Piano Operativo definito dalla Direzione.</p> <p>Il Direttore di Dipartimento può avvalersi del supporto della Direzione Sanitaria, Amministrativa, dei servizi in staff e servizi centrali (Controllo di Gestione, Assicurazione Qualità, SPP, Ingegneria Clinica, Farmacia ecc.) .</p>	<p>Relazione di controdeduzione</p> <p>Verbale del Comitato di Dipartimento</p>	

	programma	Il Comitato di Dipartimento viene informato ed esprime parere sulla proposta di budget del Dipartimento.		
	Proposta di budget di Dipartimento Obiettivi di budget di Struttura Proposta di budget di programma Relazione di controdeduzione	Il Direttore di Dipartimento ed i direttori delle strutture afferenti negoziano il budget con la Direzione Aziendale.	Budget complessivo di dipartimento firmato dal Direttore di Dipartimento e dalla Direzione Aziendale	
	Budget complessivi di dipartimento Firmato dal Direttore di Dipartimento e dalla Direzione Aziendale	La Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa formalizzano il documento di programmazione annuale negoziato, ai fini dell'adozione da parte del Direttore Generale	Piano operativo e budget annuale aziendale	
	Budget annuale aziendale	OIV esprime un parere sulla formulazione del budget	Parere dell'OIV	

5.6. VERIFICA PERIODICA DEI RISULTATI

Durante l'anno si rende necessaria un'attività di verifica e monitoraggio dei risultati che funge da guida costante rivolta al conseguimento effettivo degli obiettivi fissati in sede di programmazione. Sono previsti diversi momenti di analisi della performance nel corso dei Riesami della Direzione (RDD) condotti a livello di singola Struttura o di Dipartimento. E' altresì previsto un momento formale di Revisione di Budget, nel quale la Direzione Aziendale incontra le Direzioni di Dipartimento e di Struttura, al fine di confrontare il trend della prima parte dell'anno rispetto agli obiettivi negoziati in sede di budget.

La valutazione è correlata alla corresponsione della retribuzione di risultato di équipe e individuali.

Durante il Riesame della Direzione viene svolta una valutazione documentata.

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

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

Preliminarmente a ciascun Riesame della Direzione a carattere dipartimentale le UO del dipartimento svolgono una propria verifica documentata (*vedi paragrafo 5.2.1. del presente Piano delle Performance 2021-2023*).

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

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

5.7. SISTEMA DI MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E LAVORO AGILE

L’attuazione del lavoro agile non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel presente Piano della Performance a cui il POLA è collegato. Infatti, per la valutazione della produttività dello smart worker si utilizzano gli stessi parametri e gli stessi indicatori adottati per la valutazione della prestazione lavorativa resa dai dipendenti operanti nella sede di lavoro e con l’applicazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance adottato dall’Ente.

Il sistema di misurazione delle performance anche per lo Smart working consiste nel confrontare i livelli raggiunti di performance con i risultati attesi, identificando le cause dello scostamento rispetto al livello atteso.

Ha per oggetto:

- la valutazione della performance con riferimento all’Azienda Ospedaliero-Universitario di Modena nel suo complesso (“performance di ente”);
- la valutazione della performance con riferimento agli obiettivi dell’AOU di Modena (“performance organizzativa”);
- la valutazione della performance dei singoli dipendenti (“performance individuale”).

Il processo di valutazione delle performance individuali ha lo scopo di coinvolgere le persone nelle strategie e negli obiettivi dell’amministrazione, esplicitando il contributo richiesto ad ognuno per il raggiungimento di tali obiettivi; la definizione di un processo strutturato e formalizzato di assegnazione degli obiettivi, di verifica del loro stato di attuazione, di confronto fra i soggetti interessati, comporta uno scambio costante che consente di individuare percorsi di crescita delle competenze delle persone anche attraverso formazione ed attività dedicate.

La verifica della qualità e della quantità del lavoro svolto attraverso la modalità di lavoro agile, alla stregua del lavoro in presenza, è a carico del Responsabile di Servizio che esercita il potere di controllo sulla prestazione concordata con il/la dipendente in smart working. Il Responsabile valuta che l’andamento dell’attività svolta sia congruo e coerente con quanto previsto dallo stesso progetto nel rispetto di quanto disposto dall’art. 4 della L. 300/1970 e s.m.i.

Gli strumenti utili allo svolgimento dell’attività lavorativa in modalità agile sono identificati negli applicativi aziendali di WebBudget©, Pierino© e Bees©, sviluppati e realizzati dal Controllo di Gestione della AOU di Modena. In particolare:

- ✓ WebBudget consente di gestire in modo integrato tutto il processo relativo al Ciclo della Performance. L’applicativo copre le fasi di negoziazione degli obiettivi e contestuali indicatori, monitoraggio dei trend in corso d’anno consentendo un’interazione con i professionisti coinvolti nel processo, fino alla fase di valutazione della performance organizzativa a consuntivo, considerata sia d’équipe che individuale.

- ✓ Pierino è il software per la gestione informatizzata delle Schede di Valutazione Individuale (risultato e competenze).
- ✓ Bees permette una pianificazione degli obiettivi individuali ed il successivo monitoraggio in corso d’anno. Lo strumento è configurato per assicurare diretta correlazione con la valutazione individuale di risultato annuo, esplicitata tramite il software aziendale Pierino.

Pertanto, l’esercizio del potere direttivo di cui alla L 81/2017 è esercitato anche con gli strumenti programmatori che riguardano la performance dei singoli dipendenti.

Le finalità che l’AOU di Modena attraverso il sistema di valutazione delle performance individuali persegue sono:

- evidenziare l’importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell’amministrazione nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell’amministrazione);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona, favorendo l’allineamento;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

È utile sottolineare che tutte le attività svolte all’interno dell’AOU di Modena sono identificate dal sistema di misurazione e valutazione delle performance e che le attività assegnate ai singoli dipendenti vengono misurate sulla base del raggiungimento degli obiettivi. Pertanto, anche attraverso il lavoro agile, è possibile controllare il grado di raggiungimento degli obiettivi da parte dei Responsabili di Servizio.

L’amministrazione procederà con l’analisi degli indicatori riferiti alla performance individuale che forniscono una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali:

	Esempi di INDICATORI di performance individuale
RISULTATI	<p>Efficacia quantitativa: n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine (sia con riferimento ad attività ordinaria che a progetti specifici che possono o meno essere collegati a obiettivi di performance organizzativa riportati nel Piano della Performance); n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali, n. utenti serviti in lavoro agile/ n. utenti serviti, n. task portati a termine in lavoro agile/ n. task totali</p> <p>Efficacia qualitativa: qualità del lavoro svolto (valutazione da parte del superiore o rilevazioni di customer satisfaction sia esterne che interne) nel complesso e con riferimento agli output del lavoro agile, se possibile</p> <p>Efficienza produttiva: n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine in rapporto alle risorse oppure al tempo dedicato</p> <p>Efficienza temporale: tempi di completamento pratiche/servizi/task, rispetto scadenze; tempi di completamento pratiche/servizi in lavoro agile</p>

E all’analisi degli indicatori riferiti alla performance organizzativa, utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento dell’obiettivo stesso:

DIMENSIONI		Esempi di INDICATORI di performance organizzativa
EFFICIENZA	Produttiva	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuzione assenze (es. $[(\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X} - \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1}) / \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1}]^*$) • Aumento produttività (es. quantità di pratiche ordinarie lavorate/servizi erogati per ufficio, unità organizzativa, etc.)
	Economica	• Riduzione di costi rapportati all’output del servizio considerato (es. utenze / anno; stampe / anno; straordinario / anno; , ecc.)
	Temporale	• Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie
EFFICACIA	Quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Quantità erogata (es. n. pratiche, n. processi, n. servizi; % servizi full digital offerti dalla PA si veda circ. 2/2019 DFP- 3.2); % comunicazioni tramite domicilia digitali, si veda circ. 2/2019 DFP- 3.4) • Quantità fruita (es. n. utenti serviti)
	Qualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Qualità erogata (es. standard di qualità dei servizi erogati in modalità agile, come i tempi di erogazione) • Qualità percepita (es. % customer satisfaction di utenti serviti da dipendenti in lavoro agile)
ECONOMICITÀ	Riflesso economico	• Riduzione di costi (es. utenze / anno; stampe / anno; straordinario / anno; ecc.)

Dalle prime indicazioni riportate nei monitoraggi intermedi realizzati nel corso del 2020 risulta che sono stati rispettati, in linea generale, i tempi dei procedimenti amministrativi e i servizi erogati non hanno subito ritardi. Inoltre, l’efficienza produttiva non ha subito rallentamenti registrandosi, in taluni casi, anche miglioramenti nei tempi di lavorazione delle pratiche attraverso un maggior ricorso alla digitalizzazione.

Tuttavia, con nota del Direttore Amministrativo n° 0019851/21 del 25/06/2021 l’AOU di Modena ha avviato un’analisi organizzativa di contesto tramite indagine campionaria sullo Smart working all’interno dell’azienda

per analizzarne il grado di diffusione e per conoscere la percezione degli smart worker in termini di vantaggi e/o eventuali criticità.

Il questionario è stato elaborato nell’ambito del Progetto VeLA (Veloce, Leggero, Agile) Emilia-Romagna ed è rilasciato all’interno del Kit di Riuso per le Aziende aderenti al progetto. La prima somministrazione comincerà il 28/06/2021 e sarà ripetuta a distanza di 5 mesi e, successivamente, di 1 anno, dalla prima somministrazione (*vedi capitolo 8.3 del presente Piano delle Performance*).

6. Indicatori di performance

La delibera della Giunta Regionale n° 819 del 31/05/2021 propone una serie di indicatori avendo come riferimento il sistema Informativo InSiDER implementato a livello regionale e reso disponibile a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale; questo per garantire una piena valorizzazione dei flussi informativi e delle banche dati esistenti a livello regionale, assicurando anche la dovuta standardizzazione nella loro elaborazione e una piena trasparenza e confrontabilità dei risultati tra Aziende e, all'interno della stessa azienda, in un arco di tempo pluriennale .

La distribuzione degli indicatori selezionati per il PdP 2021-2023 si caratterizza per un deciso orientamento alla Dimensione dell'utente, 58 indicatori, e alle pertinenti Aree dell'accesso, degli esiti, dell'integrazione; a seguire, in ordine di numerosità, sono stati individuati 42 indicatori utili alla valutazione dei risultati attinenti alla dimensione dei processi interni, concentrati in particolare sui volumi di produzione, 24 (e tra questi specifico rilievo a quelli riferiti alla Prevenzione) e su appropriatezza/qualità/sicurezza delle cure. Rispetto alle ultime linee guida emanate dall'OIV-SSR nel 2018, anche le dimensioni dell'innovazione e sviluppo (11 indicatori) e della sostenibilità (11 indicatori) sono state arricchite di indicatori comuni tra le aziende, utili a meglio rappresentare i risultati dell'intero SSR e delle Aziende anche in questi ambiti di grande importanza.

Dal 16 maggio 2016, la Regione Emilia-Romagna ha messo a disposizione online il Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (InsidER), ai fini di ottemperare a quanto richiesto dall'art. 1 comma 522 della Legge di Stabilità 2016: “pubblicazione da parte degli Enti del SSN, entro il 30 giugno di ogni anno, delle performance ottenute e misurate attivando un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio Regionale e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti”. Si evidenzia che gli indicatori di risultato individuati a livello regionale consentiranno di assolvere anche all'obbligo di pubblicazione previsto dalla suddetta Legge di Stabilità a carico delle singole aziende, mediante funzionalità di estrazione specifiche da InSiDER.

Gli indicatori sono articolati in 4 dimensioni di valutazione:

1. Utente
2. Processi interni
3. Innovazione e sviluppo
4. Sostenibilità

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2021-2023

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FORTE	RIFERIMENTO NORMATIVO	RIFERIMENTO REGIONALE
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	MAPS		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	MAPS		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	MAPS		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi (P) (NSG)	ASA		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (P) (NSG)	ASA		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo	ASA		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% ricette dematerializzate sul totale ricette rosse e dematerializzate (specialistica ambulatoriale)	ARMP		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	PS		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi	PS		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Indice di filtro del PS	PS		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tasso std di accessi in PS	PS		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% di abbandoni da PS	PS		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	118	Indicatore NSG CORE (D09Z)	SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti	SDO	Indicatore NSG CORE (H01Z)	SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	SDO		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg	SDO		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	SDO		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	SISM		SI
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	ADI		SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	SDO	Indicatore NSG CORE (D03C)	SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	SDO	Indicatore NSG CORE (D04C)	SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso dimissioni protette (dimessi con età ≥65 anni)	SDO		SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	SDO		SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	SDO	Indicatore NSG CORE (D27C)	SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti	SDO	Indicatore NSG NO CORE (D29C)	SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	PS	Indicatore NSG NO CORE (D05C)	SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, ≥ 75 anni	ADI		SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	ADI		SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	ADI	indicatorie NSG CORE (D22Z)	SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	N° ricoveri Hospice con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in è <= 7 gg	HOSPICE	Indicatore NSG NO CORE (D32Z)	SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore	HOSPICE, ADI, REM	Indicatore NSG CORE (D30Z)	SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	% IVG medica sul totale IVG	IVG		SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	IVG		SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	SIRCO		SI
UTENTE	INTEGRAZIONE	Numero di anziani con età ≥75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1,R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	FAR		SI
UTENTE	ESITI	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	SDO	Indicatore CORE NSG (H05Z)	SI
UTENTE	ESITI	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni dall'intervento	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni dall'intervento	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per IMA	SDO		SI
UTENTE	ESITI	% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	SDO	Indicatore NSG NO CORE (H23C)	SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	SDO	Indicatore NSG NO CORE (H24C)	SI
UTENTE	ESITI	% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con attività superiore a 90 casi annui	SDO		SI
UTENTE	ESITI	% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con attività superiore a 135 casi annui	SDO	Indicatore NSG CORE (H02Z)	SI
UTENTE	ESITI	% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	SDO		SI
UTENTE	ESITI	% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	SDO		SI
UTENTE	ESITI	% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	SDO		SI
UTENTE	ESITI	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	SDO	Indicatore NSG CORE (H13C)	SI
UTENTE	ESITI	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	SDO	Indicatore NSG CORE (H17C)	SI
UTENTE	ESITI	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	SDO	Indicatore NSG CORE (H18C)	SI
UTENTE	ESITI	Tasso di amputazioni maggiori o minori in pazienti diabetici	SDO	PNE	SI

PIANO DELLA PERFORMANCE “PDP” 2021-2023

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	RIFERIMENTO NORMATIVO	RIFERIMENTO REGIONALE
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini		indicatore CORE NSG (P02C)	SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani		Indicatore NO Core NSG (P06C)	SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi nei bambini		Indicatore NO Core NSG (P04C)	SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini		indicatore CORE NSG (P01C)	SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% aziende con dipendenti ispezionate		Ex GRIGLIA LEA	SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% cantieri ispezionati		Ex GRIGLIA LEA	SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)			SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)			SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di persone che hanno partecipato allo screening colorettaie rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)			SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino		indicatore CORE NSG (P10Z)	SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale		indicatore CORE NSG (P12Z)	SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	SISM		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	NPIA		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	CEDAP		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% di donne gravide nullipare che frequentano il corso di preparazione alla nascita	CEDAP		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% di donne straniere gravide nullipare che frequentano il corso di preparazione alla nascita	CEDAP		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	SICO		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	GRAD		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	SIDER		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa provincia	SDO		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa Regione	SDO		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Fuori regione	SDO		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di case mix degenza ordinaria	SDO		SI
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice Comparativo di Performance (ICP)	SDO		SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	SDO	Indicatore CORE NSG (H04Z)	SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Tasso di ricoveri diurno di tipo medico - diagnostico in rapporto alla popolazione residente	SDO	indicatore NO CORE NSG (H06Z)	SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente	SDO	indicatore NO CORE NSG (H07Z)	SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	SDO		SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	SDO	Indicatore NO core NSG (H15S)	SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	ASA		SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	ASA		SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti	ASA	indicatore NO CORE NSG (D13C)	SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	FAR-PS		SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	FAR-SDO		SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	FARMACEUTICA		SI
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	FARMACEUTICA		SI
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	FSE-ASA		SI
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	FSE-ASA		SI
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	FSE-PS		SI
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale	FSE-SDO		SI
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori	GRU (da attivare a partire dal 2022)	POLA	SI
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	GRU (da attivare a partire dal 2022)	POLA	SI
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali	GRU (da attivare a partire dal 2022)	POLA	SI

PIANO DELLA PERFORMANCE “PDP” 2021-2023

DIMENSIONE	AREA	DESCRIZIONE	FONTE	RIFERIMENTO NORMATIVO	RIFERIMENTO REGIONALE
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	Numero medio di pubblicazioni per ricercatore			SI
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	Impact Factor normalizzato			SI
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. trial clinici approvati dal CE	SIRER		SI
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. studi osservazionali approvati dal CE	SIRER		SI
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	SIRER		SI
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	SIRER		SI
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	Rispetto del Piano investimenti			NO
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni			NO
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	Investimenti in tecnologie informatiche			NO
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti			NO
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	AFT - FED		SI
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	AFT - FED		SI
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Tasso di copertura flusso DIME sul conto economico	AFT - FED		SI
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico		SI
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico		SI
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico		SI
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico		SI

6.1. COLLEGAMENTO CON OBIETTIVI DI MANDATO DEI DIRETTORI GENERALI

È possibile individuare un collegamento tra gli obiettivi di mandato contenuti nelle delibere della Giunta Regionale di designazione dei Direttori Generali e le diverse Aree della performance sopra indicate. Per il Piano della Performance 2021-2023, il Gruppo di lavoro incaricato di proporre le Linee Guida e l’OIV-SSR hanno individuato un collegamento tra obiettivi di mandato dei Direttori Generali e dimensioni/aree della performance 2021-2023, che individua per ogni obiettivo di mandato la dimensione/area di riferimento **principale** e quelle che, invece, presentano un impatto **indiretto**.

Obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali (cfr. allegati alle delibere di nomina)	Note	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE			DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI				DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO		DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ		
		AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA	AREA DELL'INTEGRAZIONE	AREA DEGLI ESITI	AREA DELLA PRODUZIONE	AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO	AREA DELL'ORGANIZZAZIONE	AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA	AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	AREA DEGLI INVESTIMENTI	
Premessa: unificazione aziende a livello prov.le / integrazione a livello metropolitano													
1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE													
1.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera													
1.1 Integrazione Metropolitana e riordino dell'assistenza ospedaliera	solo AOU BO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO						
Riordino dell'assistenza ospedaliera		INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO						
Riavvio dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle condizioni di		INDIRETTO			PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO						
Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei					PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO						
Riduzione dei tempi di attesa		PRINCIPALE		INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO						
Garanzia dell'accesso in emergenza		PRINCIPALE		INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO						
Assistenza oncologica		INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO						
Ridefinizione dell'assistenza in ambito	solo IOR	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO						
Rete delle cure palliative pediatriche (CP) della Regione Emilia-Romagna	solo AUSL BO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO						
Sicurezza delle cure						PRINCIPALE							
Il nuovo ospedale	solo AUSL PC e RO				INDIRETTO		INDIRETTO						PRINCIPALE
Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al Fascicolo		INDIRETTO											
Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale	anticipato qui per AOU PR e MO	INDIRETTO	INDIRETTO			INDIRETTO	PRINCIPALE						
1.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	solo titolo (tranne AUSL MO)	INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO		INDIRETTO						
Completamento del programma di realizzazione delle case della salute e degli OSCO incluse le attività di			PRINCIPALE		INDIRETTO								
Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale		PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO							
1.2 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale,	solo AOU BO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO							
Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO								
Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO								
Sviluppo delle cure domiciliari		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO								
Sviluppo della rete di cure palliative		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO								
Sviluppo della medicina di iniziativa		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO								
Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di		INDIRETTO	INDIRETTO			INDIRETTO	PRINCIPALE						
Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO		INDIRETTO						
Percorsi di assistenza protesica		PRINCIPALE	INDIRETTO				INDIRETTO						
Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territorio-		INDIRETTO	PRINCIPALE			INDIRETTO							
Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che		PRINCIPALE	INDIRETTO				INDIRETTO						

PIANO DELLA PERFORMANCE “PDP” 2021-2023

Obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali (cfr. allegati alle delibere di nomina)	Note	DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE			DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI				DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO		DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ	
		AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA	AREA DELL'INTEGRAZIONE	AREA DEGLI ESITI	AREA DELLA PRODUZIONE	AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO	AREA DELL'ORGANIZZAZIONE	AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA	AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	AREA DEGLI INVESTIMENTI
Premessa: unificazione aziende a livello prov.le / integrazione a livello metropolitano							PRINCIPALE					
1.3 Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute			INDIRETTO		PRINCIPALE		INDIRETTO					
1.4 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito Assistenza perinatale	solo titolo		INDIRETTO	INDIRETTO		PRINCIPALE						
Appropriatezza farmaceutica			INDIRETTO			PRINCIPALE						
1.5 Assistenza farmaceutica	solo titolo											
Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi		INDIRETTO	PRINCIPALE									
1.6 Integrazione sociosanitaria	solo titolo											
Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei			PRINCIPALE									
Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di			PRINCIPALE		INDIRETTO							
Governo della rete dei servizi socio-sanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali per la Vita Indipendente e all'attuazione del			PRINCIPALE									
1.7 Qualità, sicurezza e gestione del						PRINCIPALE						
1.5 Attività di ricerca	solo AOU e IOR								PRINCIPALE			
1.8 Azioni a supporto dell'equità		PRINCIPALE	INDIRETTO									
1.9 Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità	solo AUSL e IOR					PRINCIPALE						
1.6 Attività di prevenzione e promozione della salute, di tutela	solo AOU					PRINCIPALE						
1.10 Progetto "Romagna salute"	solo AUSL RO								PRINCIPALE			
2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO	solo titolo											
2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione												PRINCIPALE
2.2 Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-							PRINCIPALE			INDIRETTO		
2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici	solo AUSL MO e AOU BO						PRINCIPALE			INDIRETTO		
2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	solo titolo (tranne AUSL MO e AOU BO)	INDIRETTO	INDIRETTO				PRINCIPALE					
Sviluppo progetti ICT in piena coerenza al "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT		INDIRETTO	INDIRETTO				PRINCIPALE					
Sviluppo dei progetti ICT: rete FSE; Innovazione dei sistemi per l'accesso		INDIRETTO	INDIRETTO				PRINCIPALE					
2.4 Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del												PRINCIPALE
2.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo												PRINCIPALE
2.5 Governo delle risorse umane							INDIRETTO					PRINCIPALE
2.6 Attività di ricerca	per AUSL IRCCS								PRINCIPALE			
2.6 Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi							PRINCIPALE					
2.6 Adempimenti nei flussi informativi							PRINCIPALE					
Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze							PRINCIPALE					
Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale che costituiscono adempimenti							PRINCIPALE					
Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati verso le							PRINCIPALE					
2.7 Valorizzazione del capitale umano									PRINCIPALE			
2.8 Valorizzazione dei servizi della ricerca	solo IOR						INDIRETTO		PRINCIPALE			
2.8 Azioni per lo sviluppo sostenibile												PRINCIPALE
2.9 Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e							INDIRETTO	PRINCIPALE				
POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020)							PRINCIPALE					

6.2. INDICATORI PDP 2021-2023: SINTESI DELLA PERFORMANCE 2020

Nelle pagine seguenti, la sintesi della performance 2020 relativa agli indicatori PdP 2021-2023 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, così come consultabile dalla piattaforma InSiDER. Nella tabella seguente viene proposto un confronto tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e il livello regionale con riferimento agli indicatori individuate dal Piano delle Performance 2021-2023.

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	EMILIA-ROMAGNA	AOSPU MODENA
UTENTE	Accesso e Domanda	Accesso e Domanda		
		% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	81,77	88,98
		% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi	92,05	88,53
		% abbandoni dal Pronto Soccorso	3,91	3,12
		Indice di filtro del PS	22,82	26,6
		Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	84,98	65,36
		Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg	86,58	61,72
		Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	81,02	77,1
	Integrazione	Integrazione		
		% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni	25,53	30,91

	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	19,12	15,54
Esiti	Esiti		
	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,74	9,38
	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	48,72	48,24
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	12,57	7,09
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,33	1,06
	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	10,86	5,86
	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	16,81	16,94
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,45	3,1
	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	13,44	12,03
	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	82,8	75,4
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	65,62	87,03
	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	92,99	97,95
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	5,34	7,58

		Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	5,01	2,8
		Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,89	2,82
		Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,04	1,23
		Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,31	1,12
		Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	74,21	77,19
		Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	3
		Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,91	1,12
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	Produzione-Ospedale		
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	79,87	82,56
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	8,72	8,49
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	11,41	8,96
		Indice di case mix degenza ordinaria	-	1,1
		Indice comparativo di performance	-	1,01
	Organizzazione	Organizzazione		
% referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale		123,29	0	

		% referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	57,9	106,19
		% referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	115,03	95,6
		% lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale	86,63	102,37
		Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico		
	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario - NSG	0,15	0,14
		Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	8,43	12,2
		Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,08	2,57
		Anticorruzione-Trasparenza		
	Anticorruzione-Trasparenza	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100
		% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	-	57
		Economico-Finanziaria		
SOSTENIBILITA'	Economico-Finanziaria	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	-13,42
		Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	89,64	90,71

	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	16,5	23,5
	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	31,02	3,4
	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	10,31	19,09
	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	37,3	50,28

7. Collegamento con altri piani

7.1. PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE (POLA)

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, a seguito dell’emergenza relativa al Coronavirus, ha avviato lo smart working al fine di contrastare la pandemia garantendo comunque l’erogazione dei servizi.

La sperimentazione su larga scala dello Smart Working ha offerto un’eccezionale occasione per comprendere al meglio le potenzialità di questo strumento, offrendo opportunità di analisi senza precedenti, al fine di capire e definire al meglio le necessità organizzative, i vincoli e le potenzialità di questa modalità lavorativa.

Il lavoro agile, che ha caratterizzato questo periodo emergenziale, ha come obiettivo principale quello del “distanziamento sociale” a tutela della salute pubblica, mentre il lavoro agile tout court ha, per espressa previsione di legge (ex art. 18 comma 1 L. n. 81/2017), lo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro.

Il passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria focalizza l’attenzione sul **Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)** e sugli indicatori di performance, funzionali ad un’adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile. L’approccio proposto è, infatti, quello di un’applicazione graduale della nuova modalità attraverso l’elaborazione di un programma di sviluppo nell’arco temporale di un triennio.

Il lavoro agile ha infatti, avviato un processo di innovazione organizzativa, aumentando l’efficacia dell’azione amministrativa favorendo peraltro la conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti e la diffusione di un nuovo modello culturale di organizzazione orientato al lavoro per obiettivi e risultati.

Il percorso è in linea con il progetto VeLA “Veloce, Leggero, Agile – Smart Working per la PA”, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, che ha apportato un cambiamento organizzativo, manageriale e culturale nella maggior parte delle pubbliche amministrazioni italiane.

A partire proprio da questa esperienza, l’AOU di Modena è entrata a far parte del circuito regionale “Emilia-Romagna Smart Working”, attivato nell’estate 2020 e tuttora in corso di svolgimento.

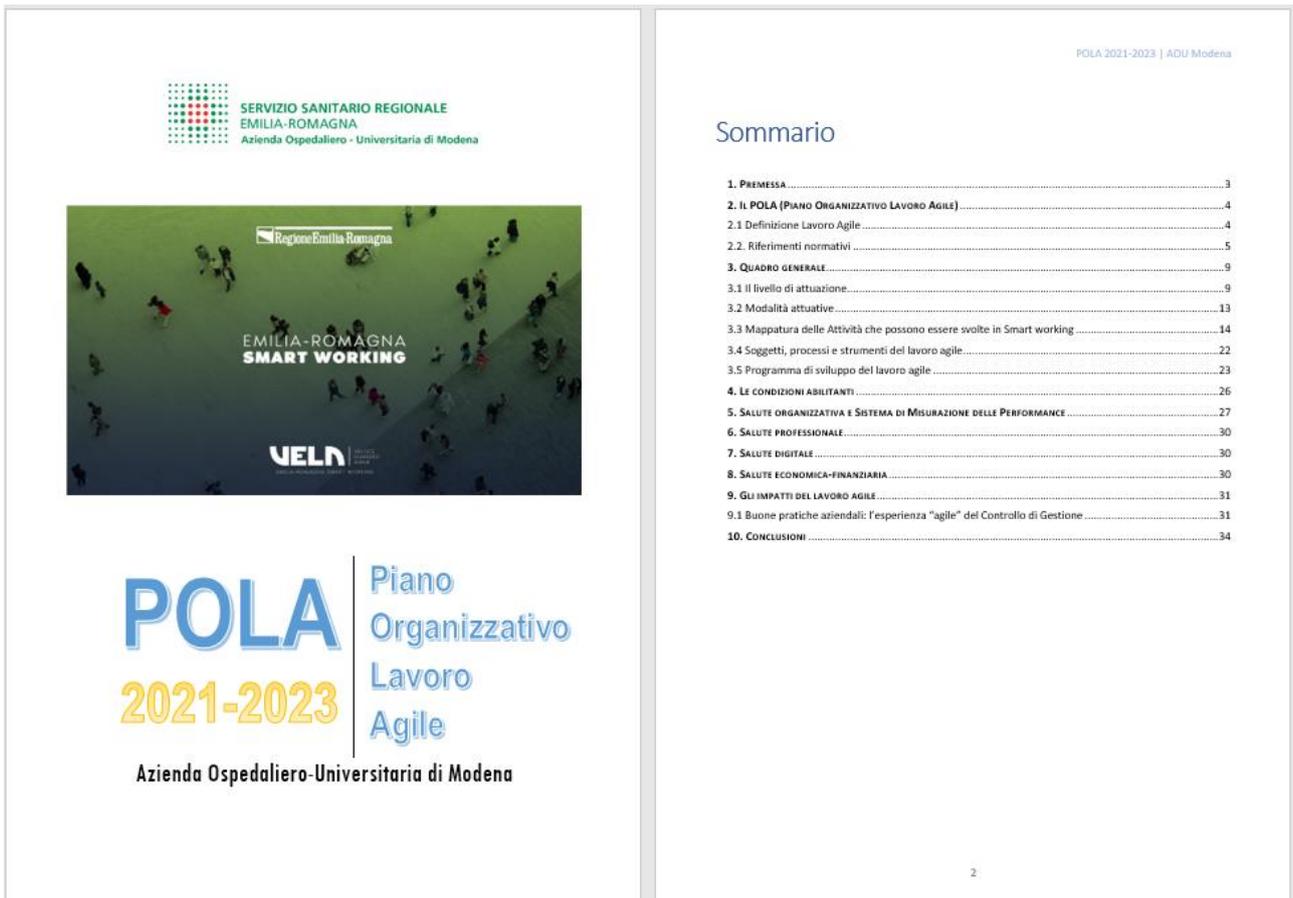
Su tali basi si è sviluppato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile che si integra nel ciclo di programmazione dell’ente attraverso il presente Piano della Performance 2021-2023, come previsto dall’art.10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA viene allegato al presente documento, diventandone parte integrante.

Il POLA costituisce lo strumento di programmazione del lavoro agile ed è redatto in conformità:

- ✓ **Del Regolamento in materia di lavoro agile emanato con D.R. 27.11.2020, rep. n. 2016, dell’art. 14 della Legge n. 124/2015** che afferma: *“Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA),*

quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente”; l'AOU di Modena ha completato la stesura del POLA ed attualmente è in fase di approvazione.

- ✓ **La legge 17 giugno 2021, n. 87**, intervenendo sulla disciplina dello smart working nelle pubbliche amministrazioni, ha confermato le previsioni del D.L. 30 aprile 2021, n. 56 con applicazione del lavoro agile in misura semplificata fino al 31 dicembre 2021, prescindendo pertanto dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla legge 81/2017 riducendo le percentuali minime di lavoratori agili da 60% al 15%;
- ✓ Il Piano è redatto secondo quanto previsto dall'**art. 263 comma 4-bis del DL. 34/2020 di modifica dell'art.14 della Legge 7 agosto 2015, n.124** attualmente vigente;
- ✓ **Del Capo II della Legge n. 81/2017, della Direttiva n. 3 del 2017, dell'art. 263 della Legge n. 77/ 2020;**
- ✓ **Del DM del 19.10.2020 e del DM 9/12/20** con il quale sono state emanate le Linee Guida sul Piano organizzativo del Lavoro agile (POLA) e Indicatori di Performance;
- ✓ Con **l'esperienza** derivata dall'adozione del lavoro agile come misura di contrasto alla diffusione del virus Covid-19.

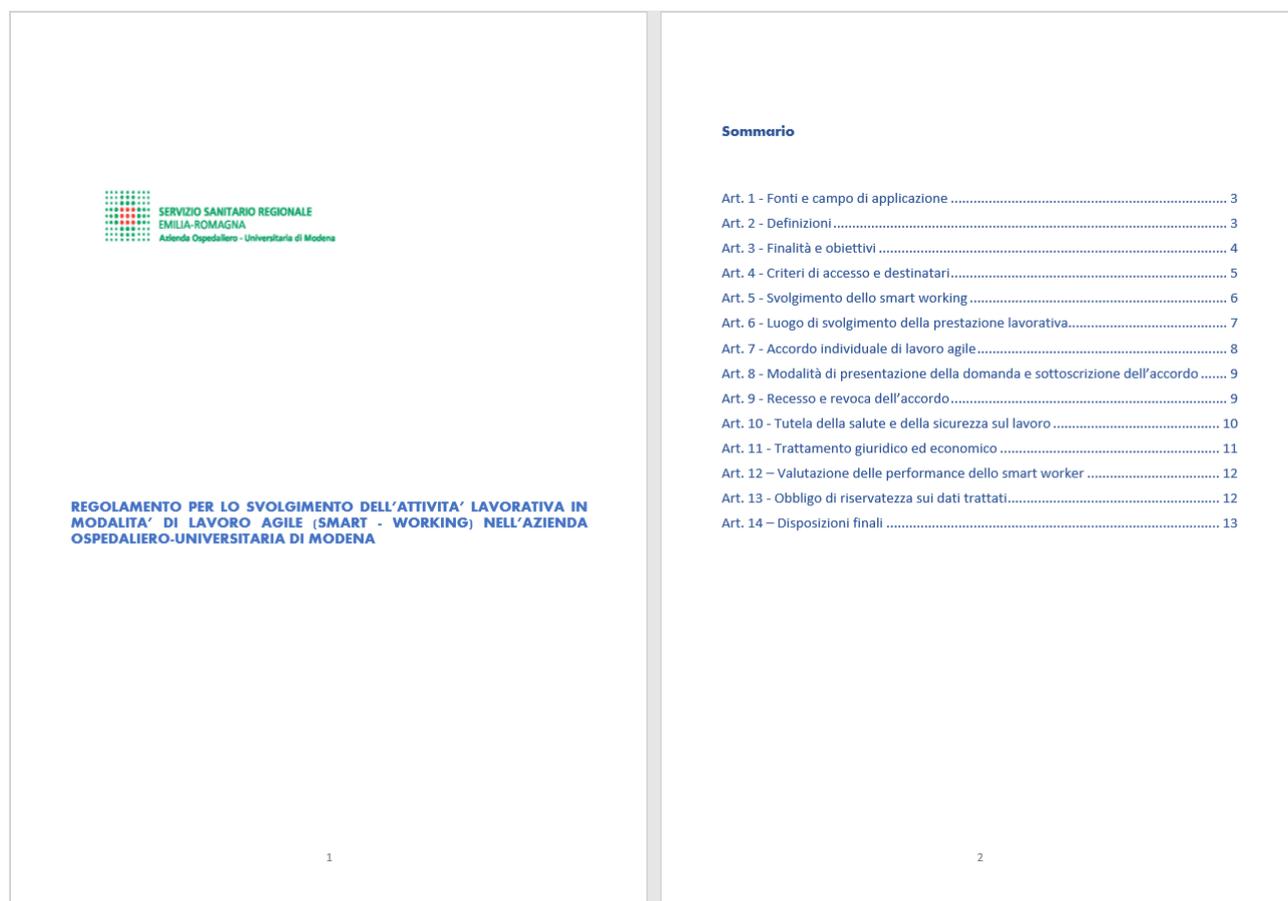


L’AOU di Modena ha adottato il Piano Organizzativo Lavoro Agile con delibera del Direttore Generale n° 128 del 28/07/2021.

7.1.1. MODALITÀ ATTUATIVE

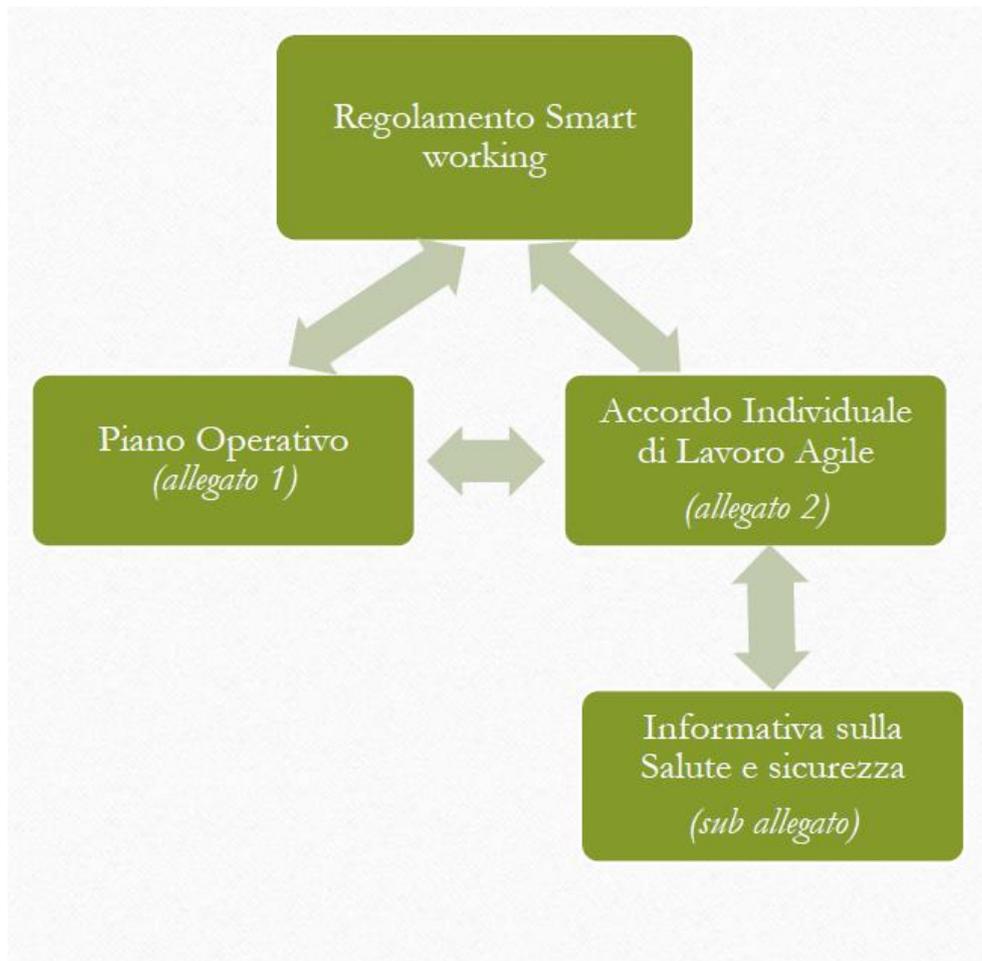
Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile, prevedendo che almeno il 15% dipendenti possano usufruirne, garantendo loro assoluta parità di diritti e doveri che fanno capo ad ogni lavoratore.

L’AOU di Modena disciplina lo svolgimento dell’attività lavorativa in Smart working attraverso il “Regolamento per lo Svolgimento dell’Attività Lavorativa in Modalità di Lavoro Agile (Smart - Working) nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena”, attualmente in fase di approvazione.



Il Regolamento per il Lavoro Agile si compone di 2 allegati ed un sub-allegato:

1. Piano Operativo, redatto annualmente dal Responsabile dell’Ufficio, consente una mappatura delle attività che possono essere svolte in Smart working anche con riferimento al numero di posizioni attivabili e monitoraggio delle attività in lavoro agile;
2. Accordo Individuale di Lavoro Agile, stipulato tra il Responsabile del Servizio e lo smart worker, definisce il luogo di svolgimento dell’attività lavorativa in smart working, le fasce di contattabilità e il monitoraggio dei risultati. Ha durata annuale;
- 2.1. Informativa Salute e Sicurezza, emanata ai sensi dell’art. 22 L. n. 81/2017 e contiene le indicazioni utili per gli smart worker al fine di preservare la salute e la sicurezza nello svolgimento dell’attività lavorativa in modalità agile.



Nello specifico l'attivazione della modalità di lavoro agile avviene su base volontaria attraverso la sottoscrizione dell'Accordo Individuale di Lavoro Agile stipulato tra il dipendente e il Responsabile di Servizio cui quest'ultimo è assegnato. L'intero processo va modulato nell'ambito della complessiva organizzazione del Servizio attraverso la compilazione del Piano Operativo Smart working ad opera del Responsabile dell'ufficio, la cui validazione è operata con le modalità definite aziendali, le quali possono prevedere anche il coinvolgimento dei Servizi interessati (es. ICT, Servizio di Prevenzione e Protezione, ecc.).

L'accordo individuale di lavoro agile deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- attività lavorativa e modalità di esecuzione della prestazione in smart working;
- esercizio del potere direttivo e di controllo dell'Amministrazione;
- l'indicazione dei luoghi prevalenti in cui verrà svolta l'attività;
- fascia/e oraria/e di contattabilità telefonica e la fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- durata dell'accordo, di norma annuale dal 01/01 dell'anno in corso fino al 31/12 dello stesso anno (rinnovabile alla scadenza) salvo l'utilizzo del diritto di recesso da parte del dipendente e/o dell'Amministrazione;
- obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile;

- ove la natura delle attività svolte in SW coinvolga il trattamento di dati sensibili, l'accordo specifica anche le modalità che il lavoratore deve seguire al fine di garantirne la protezione.

La giornata in Smart working è previamente concordata con il Responsabile dell'Ufficio e viene individuata di volta in volta, anche a seconda delle circostanze e delle necessità delle parti.

Al fine di favorire un'efficace interazione con la struttura di appartenenza e un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa il Responsabile di servizio può richiedere la presenza in sede del dipendente in qualsiasi momento per esigenze di servizio, in particolare per situazioni di emergenza.

Fatte salve le fasce di reperibilità, al dipendente che rende la propria prestazione lavorativa in modalità agile è garantito il rispetto dei tempi di riposo, nonché il “diritto alla disconnessione” dalle strumentazioni tecnologiche rispettando un minimo di 10 ore fra una disconnessione e la successiva connessione lavorativa.

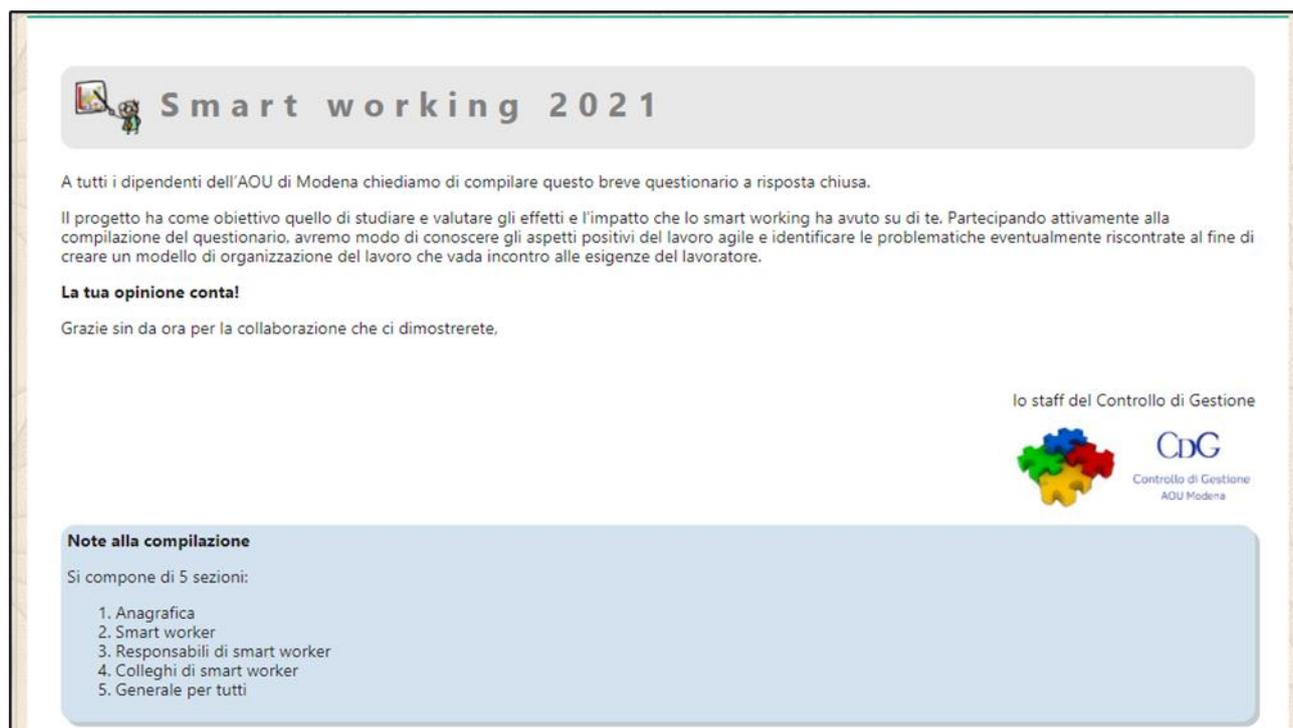
L'Amministrazione si impegna a garantire, in ogni caso, le percentuali più elevate possibili di lavoro agile, compatibili con le potenzialità organizzative, con le qualità e l'effettività dei servizi erogati, nonché con le condizioni di salute dei soggetti “fragili”, poiché il Lavoro agile nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena persegue i seguenti obiettivi:

- ✓ favorire un'organizzazione del lavoro volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti, con particolare attenzione alle esigenze di cura familiare;
- ✓ sviluppare e diffondere un nuovo modello culturale di organizzazione, orientato al lavoro per obiettivi e risultati, puntando su una nuova modalità lavorativa che incida positivamente in termini di risparmio ma anche di maggiore efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa;
- ✓ promuovere l'utilizzo di strumenti digitali di comunicazione;
- ✓ accrescere il grado di autonomia operativa del personale, sviluppandone la capacità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa anche all'esterno dei luoghi aziendali, ampliando le capacità decisionali e il senso di responsabilità;
- ✓ aumentare il livello di soddisfazione dei dipendenti generando benessere organizzativo;
- ✓ promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione dell'inquinamento ambientale;
- ✓ razionalizzare spazi e dotazioni tecnologiche, da un lato ripensando la distribuzione dei collaboratori e l'uso dei locali, dall'altro assegnando dotazioni portabili senza duplicazioni.

7.1.2. INDAGINE QUESTIONARIA

L’AOU di Modena, con nota del Direttore Amministrativo n° 0019851/21 del 25/06/2021 ha avviato un’indagine questionaria anonima sullo smart working per conoscere la percezione dei lavoratori rispetto a questo nuovo modello lavorativo ed evidenziare vantaggi e/o eventuali criticità che ostacolano l’implementazione del lavoro agile.

Il questionario è stato elaborato nell’ambito del Progetto VeLA (Veloce, Leggero, Agile) Emilia-Romagna ed è rilasciato all’interno del Kit di Riuso per le Aziende aderenti al progetto.



Smart working 2021

A tutti i dipendenti dell’AOU di Modena chiediamo di compilare questo breve questionario a risposta chiusa.

Il progetto ha come obiettivo quello di studiare e valutare gli effetti e l’impatto che lo smart working ha avuto su di te. Partecipando attivamente alla compilazione del questionario, avremo modo di conoscere gli aspetti positivi del lavoro agile e identificare le problematiche eventualmente riscontrate al fine di creare un modello di organizzazione del lavoro che vada incontro alle esigenze del lavoratore.

La tua opinione conta!

Grazie sin da ora per la collaborazione che ci dimostrerete.

lo staff del Controllo di Gestione

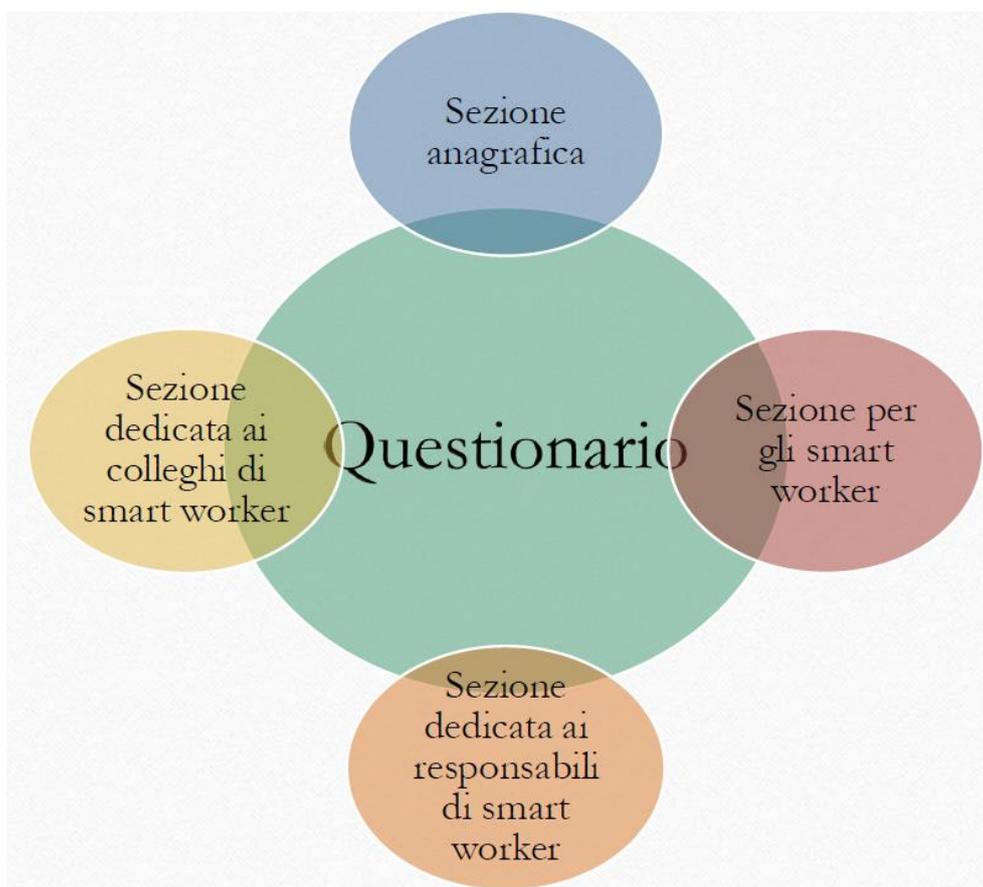


Note alla compilazione

Si compone di 5 sezioni:

1. Anagrafica
2. Smart worker
3. Responsabili di smart worker
4. Collegli di smart worker
5. Generale per tutti

L’indagine è stata realizzata sfruttando l’implementazione su piattaforma web da parte del Controllo di Gestione, la prima somministrazione comincerà il 28/06/2021 e sarà ripetuta a distanza di 5 mesi e, successivamente, di 1 anno, dalla prima somministrazione.



Il questionario si compone di 4 sezioni specifiche e una generale per tutti i destinatari e l'analisi degli esiti di compilazione sarà oggetto di rielaborazione interna all'azienda, con riferimento agli oggetti dichiarati di indagine:

- livello e caratteristiche di adozione dello Smart Working;
- benefici conseguiti dal punto di vista dell'organizzazione, delle persone e della sostenibilità ambientale;
- principali criticità emerse durante le giornate di Smart Working;
- motivi alla base della non adozione allo Smart Working;
- possibili sviluppi futuri dello Smart Working.

L'obiettivo è quello di individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile in tutto o in parte nella struttura oggetto di analisi, oltre che eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo. L'AOU di Modena integrerà il POLA, durante gli aggiornamenti previsti a cadenza annuale, con i risultati emersi dall'indagine questionaria.

7.2. PIANO DEGLI INVESTIMENTI

Per quanto riguarda il Piano degli Investimenti, si rimanda all’ultimo documento aziendale approvato con delibera n. 194 del 14/12/2020 allegata al bilancio di previsione 2020.

La situazione più aggiornata con riferimento al Piano Investimenti per il triennio 2021-2023 è riscontrabile nella nota aziendale prot. N. 15460/21 del 17/05/2021, collegato al presente documento.

7.3. PIANO TRIENNALE FABBISOGNIO DEL PERSONALE

Il quadro delle regole relative alla predisposizione ed approvazione del Piano Triennale Fabbisogni Personale (PTFP) da parte delle aziende ed enti del SSR è definito in particolare:

- dalla disciplina legislativa di cui agli articoli 6 e seguenti del D.Lgs. n. 165/2001, come modificati ed integrati dal D.Lgs. n. 75/2017;
- dal Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018, adottato, con riguardo agli enti del SSN, a seguito dell'intesa in Conferenza unificata perfezionata in data 19 aprile 2018;
- dalla disciplina regionale di cui alla delibera della Giunta regionale n. 1412 del 3 settembre 2018.

I PTFP delle Aziende sanitarie devono svilupparsi in coerenza con la cornice finanziaria delle risorse disponibili per il finanziamento del SSR e nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale relativamente al costo del personale.

Si tratta di uno strumento di programmazione predisposto in coerenza con i contenuti della programmazione regionale e del Piano della Performance Aziendale. Tenuto conto che quest'ultimo non è aggiornato annualmente in coerenza con quanto previsto dalle presenti Linee guida, il PTFP deve essere predisposto contestualmente al bilancio economico preventivo e saranno le indicazioni della programmazione regionale a inquadrare annualmente la cornice economica e finanziaria e gli ulteriori obiettivi prioritari da considerare in sede di programmazione dei fabbisogni di personale.

Il Piano Triennale Fabbisogni del Personale, adottato con delibera n. 165 del 11/11/2020, è collegato al presente documento.

7.4. PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

La L.190/2012 prevede che “i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza” (art.1 c.8bis);

analogamente il D.Lgs.33/2013 richiede “la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori” (art.44): in entrambi i casi la verifica di tale collegamento è affidata all'Organismo Indipendente di Valutazione (e, nel modello adottato dalla Regione Emilia-Romagna per le Aziende sanitarie con il Regolamento 2/2019, anche agli Organismi Aziendali di Supporto attivi nelle Aziende sanitarie).

Per rendere strutturale ed evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, nelle presenti Linee guida si conferma all'interno del sistema di misurazione e valutazione della performance una specifica Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza (cfr. paragrafo Dimensioni e Aree della performance), che consente di focalizzare l'attenzione su quest'importante ambito di attività. Nel Piano della performance saranno quindi illustrate in una sezione specifica le strategie aziendali in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, definiti i principali obiettivi che si intendono perseguire nel triennio considerato, in coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali, e fissati alcuni indicatori di performance significativi; analogamente nella Relazione della performance sarà predisposta una rendicontazione su quanto effettivamente attuato. Per informazioni più complete e dettagliate, e per gli aggiornamenti annuali, si rinvierà al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e soprattutto al processo di budget, in cui saranno inseriti annualmente gli obiettivi e le misure più rilevanti attraverso opportuni obiettivi assegnati ai Centri di responsabilità e ai responsabili coinvolti; il processo di budget dovrà quindi tradurre quanto presente nei PTPCT approvati ogni anno nel Master budget (linee guida e schede di budget di struttura) e in opportuni obiettivi di CdR e/o individuali assegnati annualmente, garantendo così l'allineamento costante tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance come previsto dalla normativa.

Il PTPCT 2021-2023, adottato con delibera n. 38 del 30 marzo 2021, è collegato al presente documento.

7.5. PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE

La Direttiva 2/2019 *“Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”*, emanata dal Ministro per la pubblica amministrazione e il Sottosegretario delegato alle pari opportunità, ha rafforzato in termini propositivi e propulsivi il ruolo svolto dalle Amministrazioni pubbliche nel rimuovere *“ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta, nei luoghi di lavoro”*.

Al riguardo, il d.lgs. n. 198 del 2006 recante *“Codice delle pari opportunità tra uomo e donna”*, all’articolo 48, intitolato *“Azioni positive nelle pubbliche amministrazioni”* stabilisce che le amministrazioni pubbliche devono predisporre Piani triennali di azioni positive *“tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro”*.

Inoltre, il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, riconosce la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche (art. 8). Per questo motivo, la Direttiva 2/2019 dispone che il Piano triennale di azioni positive, *“tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro”*, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, debba essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance (a partire dal 2020).

L’applicazione di tale normativa presso le Aziende della Regione Emilia-Romagna è stata definita dall’OIV-SSR con proprie Linee guida inviate il 12/2/2020 (prot.PG/2020/0121605), tenendo conto dell’assetto peculiare derivante dal Regolamento regionale 2/2019, che in questa sede si confermano.

In particolare, è stato previsto che il Piano triennale delle azioni positive sia allegato al Piano triennale della performance, ad integrazione dello stesso; tenuto conto che il Piano della Performance non è oggetto di aggiornamento annuale, saranno le Linee guida al budget previste con cadenza annuale a riportare il riferimento al Piano triennale delle azioni positive, contestualizzato negli obiettivi assegnati nell’ambito del processo di budget per i Centri di responsabilità e/o i dirigenti/operatori coinvolti (e quindi con un possibile rilievo nell’ambito performance organizzativa e/o individuale).

L’AOU di Modena ha costituito il nuovo CUG con delibera n. 69 del 20 maggio 2021, pertanto il piano sarà predisposto entro fine marzo 2022.

Credits

Direttore Generale

C. Vagnini

Direttore Amministrativo

L. Broccoli

Direttore Sanitario

L. Sircana

Direttore Gestione Operativa

C. Gentile

HANNO COLLABORATO

Direzione Sanitaria

F. Fagioli, F. Fregni,
M. Santangelo, S. Scanavini, F. Torcasio

Servizio Assicurazione Qualità

B. Trevisani

Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione

P. Vandelli

Servizio Segreteria Generale

C. Vandelli

Servizio Unico Amministrazione del Personale

A. Sapone, S. Ferrari

Trasparenza e Prevenzione Corruzione

M. Cagarelli

Servizio Tecnologia dell'Informazione

M. Lugli

Servizio Bilancio e Finanze

M. Gualmini

Servizio di Ingegneria Clinica

M. Garagnani, S. Cecoli

Direzione Assistenza Farmaceutica

N. Viani, M. Bacchelli

Servizio Unico Attività Tecniche

P. Romio, A. Bertacchi, S. Cavazza

COORDINAMENTO

Controllo di Gestione

F. Franchini, V. Zacheo