



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

Policlinico

# Bilancio di Missione 2007

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena





# Bilancio<sup>di</sup> Missione 2007

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

## **A cura di**

Stefano Cencetti \*

Aldo Tomasi \*\*

Sabrina Amerio

Gianfranco Baraghini

Alessandro Bertacchi, Angelo Frascarolo, Alberto Montanari,  
Daniela Cavani;

Giulio Bettuzzi

Maria Carla Bologna, Maria Gentile

Mara Cavani, Saverio Santachiara

Ferdinando Donati

Simonetta Ferretti

Patrizia Marchegiano, Elena Vecchi

Monica Gualmini, Stefania Ferrari

Elda Longhitano, Alessandro Callegaro,

Marisa De Palma

Mario Lugli

Monica Pantaleoni

Graziella Turci, Marcello Di Mola, Fabrizio Frigeri, Filippo Franchini

Carmen Vandelli, Lucia Martelli, Cristina Lambertini

Paola Vandelli, Mattia Guerra

Massimo Visintin, Virginia Varlese

## **Coordinamento di Gianluigi Trianni**

\* Direttore Generale Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena

\*\* Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di  
Modena e Reggio Emilia

## **Progetto grafico** Angelo Pappadà

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

[www.policlinico.mo.it](http://www.policlinico.mo.it)

giugno 2008



## Presentazione del Direttore generale

9

### Contesto di riferimento

11

1.1 Quadro normativo e istituzionale	13
1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università	16
1.3 La rete integrata dell'offerta regionale	19
1.4 Osservazioni epidemiologiche	22
1.5 Accordi di fornitura	27



## Profilo aziendale

29

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	31
2.1.1 Sostenibilità economica	31
2.1.2 Sostenibilità finanziaria	35
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale	36
2.2 Impatto sul contesto territoriale	39
2.2.1 Impatto economico	39
2.2.1.1 Unità di personale totale e suddiviso per ruolo	39
2.2.1.2 Numero totale di lavoratori stranieri	40
2.2.1.3 Numero dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette	40
2.2.1.4 Numero dipendenti/totale occupati ambito territoriale	40
2.2.1.5 Numero dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale	41
2.2.1.6 Volume degli emolumenti erogati per personale dipendente; integrazione agli universitari; compensi a collaboratori, specializzandi borsisti	41
2.2.2 Impatto sociale	44
2.2.3 Impatto culturale	45
2.2.4 Impatto ambientale	46
2.2.4.7 I rifiuti sanitari	47
2.2.4.8 La mobilità	48
2.3 Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza LEA	51
2.3.2 Assistenza distrettuale	51
2.3.2.1 La rete delle cure palliative	51
2.3.2.2 Assistenza farmaceutica	52
2.3.3 Assistenza specialistica ambulatoriale	53
2.3.3.1 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale	53
2.3.3.2 Valore e volumi delle prestazioni critiche	54
2.3.3.3 Attività libero professionale	54
2.3.3.4 prestazioni a CUP	54
2.3.3.5 Day Service	55
2.3.3.6 Indice di performance effettivo per visite e diagnostica	55
2.3.3.7 Attività di governo clinico in collaborazione con AUSL per qualificazione consumi prestazioni specialistiche	56
2.3.4 Assistenza Ospedaliera in regime di ricovero	56
2.3.4.1.1 Struttura dell'offerta	56
2.3.4.1.2/3/4 Contributo dell'Azienda alla dotazione provinciale di posti letto per acuti, per lungodegenza e riabilitazione in assoluto e per mille abitanti	58
2.3.4.2 Attività di HUB	59
2.3.4.2.1/2 Ricoveri extra provincia ed extra regione per funzioni HUB e non HUB	59
2.3.4.2.3 Indicatori di attività dei centri HUB	61
2.3.4.3 Attività Ospedaliera	61
2.3.4.3.1 Ospedalizzazione provinciale	64
2.3.4.3.2/3 Dimessi da ricoveri in DO e DH e libera professione	65
2.3.4.3.5 Peso medio	66
2.3.4.3.6 Percentuale casi ordinari di peso superiore a 2.5 su totale casi ordinari	67
2.3.4.3.7 Percentuale casi attribuiti a Drg individuati da DGR 1872/04 su totale dimessi	67
2.3.4.3.8 tempi massimi di attesa accordo Stato-Regioni	68
2.3.4.3.9/10/11/12/11/13/14 Accessi in Pronto Soccorso	70
2.3.4.4 Piano sangue	73
2.3.4.5 Attività trapiantologica	76
2.3.4.6 Monitoraggio accordo di fornitura	76
2.3.5 Qualità dell'assistenza	78
2.4 Ricerca e didattica	80
2.4.1 La ricerca	80
2.4.2 La didattica	81
2.5 Assetto organizzativo	84

# 3

## Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

93

3.1 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria	95
3.2 Università ed equità di accesso	95
3.2.1 Interventi sulla struttura dell'offerta dei servizi da standard regionali	95
3.2.2 Azioni sostegno gravi disabili (rete ospedale territorio)	95
3.2.3 Interventi tutela fragilità anziano	95
3.2.4 Assistenza cittadini migranti	96
3.3 Centralità del cittadino	96
3.3.1 Partecipazione ai processi di erogazione dei servizi	96
3.3.2 Giudizio dei cittadini	97
3.3.3 Impegno a facilitare l'accesso	98
3.3.4 Umanizzazione dei servizi	98
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficacia gestionale	98
3.4.1 Interventi sulla Accessibilità ai Servizi	98
3.4.1.1 Apparecchiature biomediche	98
3.4.1.2 Tecnologie dell'informazione	99
3.4.1.3 Interventi sulla edilizia e l'impiantistica	100
3.4.2 Interventi sui processi assistenziali (appropriatezza clinica, organizzativa, accreditamento)	101
3.4.2.1 Interventi sulla accessibilità	101
3.4.2.2 Interventi sui processi assistenziali	102
3.4.2.2.1 Appropriatezza clinica ed organizzativa	102
3.4.2.2.2 Accreditamento	103
3.4.2.2.3 Registri	103
3.4.2.3 Interventi sul rischio clinico	103
3.4.2.3.1 Monitoraggio e riduzione rischio clinico	103
3.4.2.3.2 Infezioni ospedaliere	107
3.4.2.4 Interventi sulla continuità assistenziale	110
3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa	110
3.5.1 Progetti di alta valenza innovativa	110
3.5.1.1 Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica	110
3.5.1.2 Politiche d'acquisto di beni e servizi: interventi in area vasta e tramite Agenzia Regionale	112
3.5.1.3 Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali	115
3.5.2 Integrazione assistenza didattica ricerca UniMoRe	115
3.5.2.1 Inseadimento/attività organi aziendali	115
3.5.2.2 Adozione Atto Aziendale	115
3.5.2.3 Approvazione accordo attuativo locale di cui art.5 del protocollo d'intesa Regione-Università e relative fasi di attuazione	116
3.5.2.4 Descrizione della modalità definite al fine della ricognizione delle risorse conferite all'Azienda rispettivamente dalla Regione e dall'Università	116
3.5.2.5 Disciplina per la costituzione, organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti ad attività integrata e percorso predisposto per la confluenza dei Dipartimenti Universitari	116
3.5.2.6 Modalità e grado di attuazione dei protocolli Regione-Università in materia di formazione medico-specialistica e delle professioni sanitarie	116

# 4

## Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

117

4.1 La "carta di identità" del personale	117
4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	117
4.3 Gestione del rischio e sicurezza	125
4.3.1 La valutazione dei rischi	125
4.3.2 La formazione	125
4.3.2.1 Gli incontri di informazione	126
4.3.2.2 I corsi di formazione	126
4.3.2.3 Il corso di addetti alla Lotta Antincendio ed Evacuazione (art.12 D.Lgs.626/94)	126
4.3.3 La Sorveglianza sanitaria	126
4.3.4 La gestione degli infortuni	127
4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	128
4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	129
4.5.1 Area dirigenziale	129
4.5.2 Area comparto	129
4.6 Formazione	130
4.6.1 Formazione	130
4.6.1.1 relazione annuale	130
4.7 Sistema informativo del personale	133
4.8 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze	133
4.8.1.2 Ufficio contenzioso del lavoro	135
4.8.1.2.1 Utilizzo di forme flessibili di organizzazione del lavoro	135

# 5

## Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

137

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi	139
5.1.1 I rapporti con i media	139
5.1.1.2 Il periodico aziendale PASS	139
5.1.2 Carta dei Servizi	139
5.1.3 Produzione di materiale informativo	139
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	139
5.2.1 La partecipazione delle associazioni di volontariato	140
5.2.2 L'utenza straniera e la mediazione culturale	140



**Ricerca e innovazione**

**143**

**Conclusioni del Direttore generale**

**149**

**Parere del Comitato di indirizzo**

**153**

**Allegati**

**157**





# Presentazione del Direttore Generale

Il bilancio di missione, introdotto formalmente in Emilia Romagna con la L.R. n. 29/2004 “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale” rende conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati alle Aziende dalla Regione e dalle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.

Dopo una prima, parziale, sperimentazione relativa all’esercizio 2005, è con l’esercizio 2006 che la Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena si misura concretamente con il Bilancio di Missione, seguendo come traccia per la sua redazione lo specifico format predisposto dalla Regione Emilia Romagna per le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCSS.

La seconda edizione relativa all’anno 2007 giunge in un momento di stabilizzazione dell’AOU Policlinico di Modena, in relazione ai nuovi assetti organizzativi avviati alla fine dell’anno 2005 con la apertura e la conseguente integrazione con il Nuovo Ospedale S.Agostino-Estense, e con l’adozione nel corso dell’anno 2007 del nuovo Atto Aziendale, strumento di auto-organizzazione, finalizzato a definire: organi di governo, organigrammi operativi, mission, vision, principi generali per la organizzazione e gestione, sistema dei controlli.

La pubblicazione del Bilancio di Missione, proponendosi anche come fonte ufficiale di informazioni per altre forme di comunicazione per la Salute, intende far conoscere i frutti di un lavoro costante ed impegnativo di AOU Policlinico di Modena non solo ai soggetti istituzionali cui è dovuta, Assessorato Regionale alla Sanità e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Provincia di Modena, ma anche alle associazioni del Volontariato e dei Malati, alle Associazioni dei Professionisti, al mondo del Lavoro ed alla popolazione in genere.

Rappresenta, infatti, lo stato dell’arte di AOU Policlinico di Modena, riferito, oltre che alle attività assistenziali, alle attività scientifiche e di ricerca proprie di una Azienda Ospedaliero-Universitaria, che, coniugate con l’innovazione, costituiscono il motore di tutte le realtà sanitarie che accettano la sfida dei tempi, sempre però mantenendo certa la volontà di finalizzare il proprio operare e pensare a garantire il massimo dei livelli assistenziali alla persone che con fiducia si rivolgono alle nostre strutture, dove sempre saranno accolte con rispetto ed attenzione oltre che con professionalità, preparazione e dedizione.

Stefano Cencetti



# capitolo 1

contesto  
di riferimento



## 1.1

### Quadro normativo e istituzionale

Il quadro di riferimento normativo ed istituzionale nel quale ha operato nel 2007 AOU Policlinico di Modena è di seguito riportato:

- **Art. 32 della Costituzione:** costituisce il principio basilare del sistema sanitario pubblico statuendo che “Lo Stato tutela la salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività...”
  - **L. 833/1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”**
  - **D.L.vo n.502/1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della l. 23 ottobre 1992 n. 421”** e successive modificazioni ed integrazioni, da cui emerge che le Aziende sanitarie pur essendo dotate di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato, mantengono tuttavia, la funzione pubblica di garante del diritto all’assistenza sanitaria.
  - **D.L.vo n.517/1999 “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e università, a norma dell’articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”** che detta norme in materia di Rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università, Aziende ospedaliero-universitarie, Organizzazione interna delle aziende, Organi delle aziende, Personale, Trattamento economico del personale universitario e Finanziamento, patrimonio e contabilità
  - **L.R. n.19/1994 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”** e successive modificazioni ed integrazioni: tale legge reca i principi ed i criteri per l’organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale sulla base dei principi stabiliti dal D. L.vo n. 502/1992 e s.m.i. Il riordino è finalizzato alla qualificazione delle prestazioni ed alla semplificazione delle modalità di accesso alle medesime da parte dei cittadini (principio della centralità del cittadino) mediante un sistema unitario ed integrato di servizi distribuiti in modo razionale ed equilibrato sul territorio regionale. La predetta legge prevede anche l’istituzione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria .
  - **L.R. n.50/1994 “Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende Unità sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere”** e successive modificazioni ed integrazioni di cui si riportano alcuni punti salienti:
    - l’attività di gestione è informata a criteri di programmazione coerenti con le linee del Piano sanitario regionale;
    - definisce gli strumenti della programmazione e prevede una gestione per budget;
  - elenca i libri obbligatori di ogni Azienda sanitaria
  - detta norme per la fornitura di beni e servizi sotto soglia comunitaria e prevedendo unioni di acquisto tra le aziende sanitarie ed altre forme di collaborazione (fino all’emanazione della nuova L.R. in materia del Dicembre 2007)
  - disciplina il controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie
  - detta norme per la vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile e sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale
  - **L.R. n.34/1998 “Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale”**
  - **D.L.vo n.517/1999 “Disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998 n. 419”** : tale decreto dispone che le relazioni tra Regione e Università ubicate nel proprio territorio riguardanti l’integrazione delle attività di assistenza, di didattica, di ricerca, vengono definiti da specifici Protocolli d’Intesa, stipulati nel quadro della programmazione nazionale e regionale.
  - **Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (D.G.R. N. 54/1999)**. Obiettivo del PSR è realizzare un sistema sanitario regionale che, in armonia con le indicazioni del PSN e coerentemente alle scelte strategiche della Regione Emilia Romagna sia:
    - orientato alla promozione della salute, non solo alla erogazione dei servizi sanitari;
    - orientato all’offerta di un servizio alla popolazione e ai singoli utilizzatori, non semplicemente alla erogazione di prestazioni;
    - Regionale nella definizione delle garanzie e nel modello di funzionamento, locale nella scelta degli assetti organizzativi e della distribuzione delle responsabilità.
- Le priorità sono: obiettivi di salute; organizzazione dei servizi; potenziamento dell’infrastrutture regionali del Servizio Sanitario Regionale.
- **D.G.R. N. 2142/2000 “Semplificazione dell’accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali”** con la quale viene introdotto il “Day Service Ambulatoriale”.
  - **D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”** che indica le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale, suddivise in tre

macroaree:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

è prevista inoltre l'assistenza specifica rivolta a particolari categorie di cittadini, ovvero erogata in condizioni particolari.

- **L.R. n. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale"** definisce, tra l'altro:
  - i principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale;
  - l'organizzazione ed il finanziamento delle aziende sanitarie: va precisato che il Collegio di Direzione viene definito Organo dell'Azienda Sanitaria
  - le relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Università, prevedendo il concorso delle Università del proprio territorio all'elaborazione della programmazione sanitaria regionale per gli aspetti concernenti le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca
  - che l'attività assistenziale necessaria allo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università è individuata dal Protocollo d'Intesa fra Regione e le Università
  - che la collaborazione fra Ssr ed Università si realizza attraverso le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Bologna, di Ferrara, di Modena di Parma, che costituiscono le aziende di riferimento, rispettivamente, per le Università di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di medicina
  - che la Regione promuove e valorizza le attività di ricerca svolte dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie e nelle altre sedi di collaborazione, concorrendo al finanziamento dei programmi di ricerca e di formazione di comune interesse, definiti d'intesa tra la Regione e le singole Università nell'ambito degli indirizzi formulati dalla Conferenza Regione -Università
  - che il controllo sugli atti delle Aziende Sanitarie è esercitato dalla Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 8 della legge n. 412/1991
- **D.G.R. N. 318/2005 "Disciplina delle aziende Ospedaliero-Universitarie ai sensi dell'art. 9, comma 6, della legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 recante norme generali sull'organizzazione e d il funzionamento del Servizio sanitario regionale.**

- **L.n.266/2005 (legge finanziaria 2006)** che contenente disposizioni anche in materia sanitaria, tra l'altro ha previsto la fissazione dei tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera di cui al DPCM 29 novembre 2001 ed il divieto alle aziende sanitarie di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni. La Regione Emilia Romagna, intervenendo al riguardo, con circolare n. 1 del 04.01.2006 ha fissato gli standard di riferimento per i tempi massimi di attesa: 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale, che devono essere garantiti almeno all'80% dei cittadini che richiedono la prestazione.
- **Direttiva della Giunta regionale per l'emanazione degli Atti Aziendali (deliberazione n. 86 del 30.01.06).** La direttiva aggiorna le precedenti linee-guida per l'emanazione degli atti aziendali in coerenza con la L.R. 29/2004 e con il nuovo Protocollo d'Intesa fra Regione ed Università, nonché con le priorità di politica sanitaria definite dal Piano sociale e sanitario. La direttiva intende garantire un profilo omogeneo alla struttura e al funzionamento delle Aziende sanitarie, tenendo conto delle peculiarità locali e salvaguardando l'autonomia di ciascuna Azienda sanitaria.
- **D.P.R. 7 aprile 2006 "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008".** Il P.S.N. 2006-2008 contiene, tra l'altro, le strategie per lo sviluppo del S.S.N., le strategie del Sistema e gli obiettivi di salute. Inoltre, in un quadro di federalismo sanitario il P.S.N. 2006-2008 sviluppa il tema delle modalità di attuazione delle relazioni tra i soggetti istituzionalmente legittimati nella definizione di politiche sanitarie in relazione agli obiettivi generali del Piano stesso e a quelli individuati nelle politiche regionali per la salute.
- **D.G.R. 1532 del 06.11.2006 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa"** emanata in ottemperanza a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 28.03.2006 sul piano nazionale di Contenimenti dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, la quale prevede che le aziende sanitarie garantiscano una gestione razionale dell'offerta di prestazioni e del sistema degli accessi tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP)
- **D.G.R. n. 1540 del 06.11.2006 "Organizzazione del sistema preposto alla scelta dei farmaci da utilizzare nelle strutture delle aziende sanitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico della regione Emilia Romagna".** Tale delibera, tra l'altro ridisegna l'intero sistema di selezione dei farmaci all'interno della regione, rivisita la struttura, i compiti, le funzioni e l'organizzazione delle commissioni tecnico-scientifiche preposte ad effettuare le

selezioni stesse; la Commissione Regionale del Farmaco e le Commissioni Provinciali del Farmaco.

- **D.G.R. n. 1546 del 15.11.2006** che ha approvato il Protocollo di Intesa tra la Regione Emilia Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena – Reggio Emilia e Parma sulla formazione specialistica dei Laureati in Medicina e Chirurgia.
- **Legge n. 296/2006 - legge finanziaria 2007.**

La finanziaria 2007 in materia sanitaria riguarda i seguenti punti:

**A)** Rispetto alla spesa farmaceutica, la legge finanziaria conferma per il 2007 tutte le misure adottate dall'AIFA ai fini del rispetto dei tetti fissati dall'art. 48 della legge 326/2003.

**B)** per la gestione delle risorse umane la finanziaria prevede (art. 1 comma 565) per gli enti del SSN nell'ambito degli indirizzi fissati dalle Regioni:

- l'adozione di misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell' 1,4%. A tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni
- l'individuazione della consistenza del personale che alla data del 31.12.2006 presta servizio con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzione e la relativa spesa;
- predisposizione di un programma annuale di revisione delle predette consistenze finalizzato alla riduzione della spesa complessiva di personale, nell'ambito del quale venga verificata la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- la verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di governo della spesa, nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005. a tal fine la Regione sarà giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento dell'obiettivo di diminuzione previsto. In caso contrario la Regione sarà considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.

Gli obiettivi così ridefiniti sostituiscono totalmen-

te quanto precedentemente previsto in materia di gestione e governo della spesa per il personale del SSN dalle leggi finanziarie per gli anni 2005 e 2006.

**C)** vengono introdotte nuove misure di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti

- una quota fissa di 10 euro, per gli assistiti non esenti, per ogni ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale
- una quota fissa di 25 euro, per gli assistiti non esenti o di età inferiore agli anni 14,, per le prestazioni di pronto soccorso ospedaliero non seguito da ricovero, la cui condizione viene codificate come codice bianco, ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle regioni che per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero pongono a carico degli assistiti oneri più elevati.

- **D.G.R. n. 686/2007 “Linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2007”** in cui vengono assegnati gli obiettivi economico-finanziari per l'esercizio 2007.

- **D.G.R. N. 73 DEL 29.01.2007 “Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa. Integrazione alla deliberazione n. 1532 del 06.11.06”**

- **Legge 17 maggio 2007, n. 64 di conversione del D.L. n. 23/2007 in materia di abolizione della quota fissa su ricetta di cui all'art. 1, comma 796 lettera p) della L. n. 296/2006 (finanziaria per il 2007) :** decorrenza dell'abolizione 20.05.2007 fino al 31.12.2007

- **D.G.R. N. 946 DEL 25.06.2007 “ Adozione del Prontuario Terapeutico Regionale ai sensi della DGR 1540/2006”** a seguito della quale le Commissioni Provinciali del Farmaco devono elaborare il prontuario terapeutico provinciale che sarà adottato dalle aziende sanitarie del territorio di riferimento.

- **Legge n. 120/2007 “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”** che ribadisce l'obiettivo, più volte proclamato nelle normative precedentemente emanate in materia, della garanzia del corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività di libera professione e della riduzione dei tempi di attesa, ponendo anche un vincolo quantitativo all'attività di libera professione. Tale legge dispone che la prenotazione avvenga con modalità tali da consentire il controllo dei volumi delle prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati , quelli eseguiti nell'orario di lavoro.

- **D.P.C.M. 6 luglio 2007** che ha determinato lo

schema tipo di **contratto di formazione specialistica** degli specializzandi sancendo quindi il passaggio da un sistema in cui gli specializzandi erano inquadrati giuridicamente come studenti dell'Università a un sistema ove essi firmano un contratto di formazione specialistica con l'Università e la Regione di appartenenza.

- **L.R. 21.12.2007, n. 28 “Disposizioni per l’acquisizione di beni e servizi”**. Con tale legge è stata approvata la nuova disciplina valevole per l’acquisizione di beni e servizi da parte della regione e degli enti da essa dipendenti, che risulta applicabile, ad eccezione di quanto disposto all’art. 14, anche agli enti ed alle aziende del Servizio sanitario regionale.

In particolare la **D.G.R. n. 686/2007 “Linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale per l’anno 2007”**, che si allega integralmente (*Allegato A*) e con la quale vengono assegnati, punto f), alle Direzioni delle aziende sanitarie regionali gli obiettivi economico-finanziari per l’esercizio 2007 contiene anche, punto e), come parte integrante del provvedimento, un *Allegato B*, “quale **strumento** utile alla predisposizione dei bilanci e **di indirizzo rispetto alla più complessiva gestione aziendale**, rinviando a specifici provvedimenti di questa Giunta e a linee di indirizzo puntuali in ordine alle tematiche non trattate nel documento;

Tale allegato B fa riferimento ai temi che di seguito si elencano limitatamente a quelli specificamente vincolanti per AOU Policlinico di Modena, con indicazione per ciascuno dei paragrafi del Bilancio di Missione 2007 nei quali si da atto delle realizzazioni specifiche:

1. **Predisposizione dei bilanci preventivi economici, obiettivi economico-finanziari e monitoraggio infra-annuale** (cfr paragrafo n. 2.1 “Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale)
2. **Gestione delle Risorse Umane** (cfr paragrafo n. 4.1 “La “Carta d’identità” del personale)
3. **Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica** (cfr paragrafo n. 2.3.2 “Contributo ai L.E.A. – Assistenza Distrettuale Farmaceutica)
4. **Politiche d’acquisto e di beni e servizi: interventi in area vasta e tramite l’Agenzia regionale Intercent-ER** (cfr paragrafo n. 3.5 “Promozione eccellenza tecnologica, clinica, organizzativa)
5. **Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali** (cfr paragrafo n. 3.5 “Promozione eccellenza tecnologica, clinica, organizzativa”)
6. **Politiche di risparmio energetico e rispetto ambientale; politiche tariffarie e fonti energetiche** (cfr paragrafo n. 2.2 “Impatto sul contesto territoriale ambientale”)
7. **Innovazione tecnologica** (cfr paragrafo n. n. 3.5 “Promozione eccellenza tecnologica, clinica, organizzativa”)

8. **Gestione del rischio - Le coperture assicurative** (cfr paragrafo n. 3.4.3 “Qualità dell’Assistenza ed Efficienza Gestionale – Rischio Clinico”)
9. **I Piani aziendali di contenimento dei tempi d’attesa** (cfr paragrafo n. 3.4.1 “Qualità dell’Assistenza ed Efficienza Gestionale – Tempi di Attesa”)

11. **Lungodegenza** (cfr paragrafo n. . 2.3.3 “Contributo ai L.E.A. – Assistenza Ospedaliera”)

Si richiama per il corrente anno l’obiettivo delle Direzioni aziendali a concludere l’iter di approvazione degli atti aziendali. (cfr paragrafo n. 3.5 “Promozione eccellenza tecnologica, clinica, organizzativa”)

## 1.2

### Il sistema delle relazioni con l’Università

Per quanto riguarda i rapporti con l’Università, di rilevante impatto sulla gestione dell’Azienda sono intervenuti sul piano normativo i seguenti cambiamenti:

- l’approvazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 luglio 2007 che ha determinato lo schema tipo di contratto di formazione specialistica degli specializzandi sancendo quindi il passaggio da un sistema in cui gli specializzandi erano inquadrati giuridicamente come studenti dell’Università a un sistema ove essi firmano un contratto di formazione specialistica con l’Università e la Regione di appartenenza;
- L’Accordo Regione ed Università dell’Emilia Romagna sottoscritto il 27/11/2007 riguardanti il trattamento economico aggiuntivo spettante al personale docente e ricercatore universitario integrato con l’Azienda; detto accordo stabilisce che il personale docente e ricercatore integrato ha diritto a percepire il trattamento aggiuntivo di incarico in relazione alla posizione/responsabilità che ricopre all’interno dell’Azienda e al risultato connesso all’attività assistenziale, alle stesse condizioni del personale medico con pari mansioni e anzianità;
- Le Linee guida della Regione dell’Emilia Romagna sottoscritte il 19/12/2006 con le maggiori rappresentanze sindacali universitarie riguardanti l’equiparazione economico del personale tecnico – amministrativo universitario integrato al corrispondente personale delle Aziende. Detto accordo stabilisce i criteri per comparare sia giuridicamente sia economicamente le categorie professionali dei dipendenti universitari integrati e le corrispondenti categorie professionali del personale dipendente del comparto della sanità. L’equiparazione economica del personale tecnico – amministrativo è pari alla differenza tra la retribuzione ospedaliera e quella universitaria.



Di primaria importanza, in particolare, è stata la sottoscrizione, alla fine del 2007, dell' "Accordo attuativo locale tra l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena in attuazione del Protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia sottoscritto tra Regione e Università dell'Emilia Romagna il 25/10/2006" dopo un impegnativo ma costruttivo lavoro di confronto tra Direzione Aziendale, dirigenza universitaria, direttori delle scuole di specializzazione, rappresentanti degli specializzandi volto a definire le principali direttive di gestione dell'attività svolta dai medici in formazione rispondenti alle innovazioni introdotte dalla riforma (D.Lgs. 368/99 e D.P.C.M. 6 luglio 2007 di cui sopra) che prevede una gestione congiunta Università - Azienda e la sottoscrizione di un contratto con tre parti (Regione, Università e medico in formazione).

Esso definisce come Azienda e Università debbano, nell'ambito della rispettiva competenza, effettuare la programmazione dell'attività formativa e assistenziale dei medici in formazione, definire la partecipazione del medico in formazione specialistica alle attività assistenziali, nonché determinare gli adempimenti delle Amministrazioni in relazione ad alcuni aspetti gestionali quali la copertura assicurativa, l'accertamento dell'idoneità fisica, la rilevazione delle presenze, la mensa, la dotazione di vestiario ed accesso al sistema informativo.

Tale documento ha sostituito il precedente "Accordo attuativo locale in attuazione del Protocollo d'intesa tra Regione e università dell'Emilia Romagna del 16.02.2000 sulla formazione dei medici specialisti sottoscritto in data 09.07.2003" che però è stato applicato per gran parte del 2007 in attesa della definizione del nuovo Accordo attuativo di cui sopra.

La costituzione dei Dipartimenti ha rappresentato per l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena un obiettivo primario, infatti già da alcuni anni sono stati costituiti con delibera n. 155/2003, i Dipartimenti Integrati, a superamento dei Dipartimenti Misti, con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

In attuazione dei protocolli sottoscritti tra la Regione Emilia Romagna e le Università ubicate nel proprio territorio, tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena e l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia nel corso del 2007 hanno trovato applicazione i seguenti Protocolli sottoscritti in precedenza:

- Accordo attuativo locale in attuazione del protocollo d'intesa tra Regione e Università dell'Emilia Romagna del 18.03.98 per le attività assistenziali, sottoscritto in data in data 12.05.2000, che:
  - individua strutture di degenza e di servizio necessariamente adibite allo svolgimento delle attività didattiche dei corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia;

- definisce le funzioni, l'organizzazione e le modalità di gestione dei Dipartimenti misti, modulati sulla presenza di funzioni didattiche, di ricerca ed assistenziali;
- definisce le modalità di partecipazione dell'Università alla elaborazione dei programmi aziendali ed alla verifica periodica del loro stato di attuazione;
- definisce le modalità di ripartizione delle spese di gestione, di manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e delle attrezzature;
- detta disposizioni in materia di diritti e doveri del personale universitario con riferimento allo svolgimento dell'attività assistenziale in conformità con la normativa vigente;
- Protocollo di intesa per la partecipazione dei medici iscritti ai corsi di dottorato di ricerca alle attività assistenziali svolte nelle strutture convenzionate a direzione universitaria, sottoscritto in data 27.3.2001 con il quale in applicazione dell'art. 1, comma 25, della legge 14/1/1999, n. 4, viene disciplinato l'esercizio dell'attività assistenziale dei vincitori di concorso per l'ammissione a corsi di dottorato di ricerca.

L'accordo prevede che, in relazione all'attuazione del programma di ricerca, oggetto del corso di dottorato, l'Università, d'intesa con l'Azienda, consenta ai medici iscritti a corsi di dottorato di ricerca nel settore delle scienze medico - cliniche lo svolgimento di attività di assistenza e cura, laddove questa sia ritenuta strumentale e funzionale al perseguimento degli obiettivi previsti dai relativi programmi di ricerca, entro limiti predeterminati in modo da non pregiudicare lo svolgimento delle attività scientifiche stabilite, per ogni iscritto a corsi di dottorato, dal collegio dei docenti del corso medesimo.

- Accordo attuativo locale in attuazione del Protocollo d'intesa tra Regione e Università dell'Emilia Romagna del 16.02.2000 sulla formazione dei medici specialisti sottoscritto in data 09.07.2003 con il quale, in particolare, sono stabilite le modalità applicative relativamente a:
  - l'individuazione, per ciascuna scuola di specializzazione, delle strutture universitarie, ospedaliere e territoriali nelle quali deve essere svolta l'attività formativa dei medici in formazione specialistica (cosiddetta "rete formativa"), definite attraverso apposite convenzioni e i requisiti relativi agli organici e ai volumi di attività assistenziale necessari per assicurare a tutti gli specializzandi lo stesso standard formativo;
  - la definizione, per ogni singolo specializzando, dei tempi, le modalità della frequenza e la partecipazione alle at-

tività assistenziali, programmate dal Consiglio di Scuola, funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze professionali e con una graduale assunzione di responsabilità. Il tutto sotto la guida di un tutor;

- la partecipazione del personale del SSN, operante nelle strutture sanitarie coinvolte, alla formazione dei medici in formazione specialistica dell'area medico-chirurgica;
- la garanzia della copertura assicurativa, l'agevolazione all'accesso del servizio mensa, nonché la fornitura delle divise
- Protocollo di intesa a scopo di ricerca Biomedica e Sanitaria ( Facoltà di Bioscienze e Biotecnologie) con il quale Università e l'Azienda, mettendo a disposizione proprie risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche, collaborano, nell'ambito delle proprie competenze e per le proprie finalità, per la realizzazione di progetti di ricerca biomedica e sanitaria nei campi della genetica clinica, della medicina rigenerativa e della diagnostica avanzata, nonché per il loro trasferimento nell'attività clinico assistenziale. Le singole linee di ricerca sono definite volta per volta da intese specifiche e sono preventivamente sottoposte al parere del Comitato Etico. Sono oggetto di collaborazione, le ricerche in materia di DNA mitocondriale, di analisi mediante DNA microarrays, di sequenziamento di geni di interesse oncologico, in quanto volti ad una successiva eventuale applicazione in ambito assistenziale nell'ambito del piano regionale di sviluppo di eccellenza nel campo della genetica medica, con la costituzione di un Programma di Genetica Medica.
- Protocollo di intesa per la partecipazione dei medici titolari di assegni di ricerca, di cui all'art. 51, comma 6, della L. n. 449/1997, alle attività assistenziali svolte nelle strutture dell'Azienda, sottoscritto in data 04.06.2004, con il quale le parti permettono al titolare di assegno di ricerca nel settore delle scienze medico - cliniche lo svolgimento di attività di assistenza e cura, laddove questa sia ritenuta strumentale e funzionale al perseguimento degli obiettivi previsti dai relativi programmi di ricerca.
- Accordo tra l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena sulla corresponsione al personale universitario convenzionato della retribuzione di risultato e delle indennità accessorie, sottoscritto in data 11.01.2005. con il quale vengono stabilite le condizioni e le modalità per il riconoscimento al personale docente e ricercatore universitario delle indennità accessorie stabilite dal vigente C.C.N.L della Dirigenza medica, della retribuzione di risultato, dell'indennità di guardia notturna e festiva,

della pronta disponibilità articolata sugli istituti dell'indennità di pronta disponibilità e ore di straordinario fatte in pronta disponibilità.

- Convenzione tra l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (Dipartimento di Emergenza – Urgenza – Scuola di specializzazione in cardiocirurgia) , l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena e l'Ospedale privato Hesperia Hospital di Modena s.r.l. per esigenze didattiche integrative sottoscritto il 16/03/2004 avente ad oggetto, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 517/99, l'espletamento di attività chirurgiche ed assistenziali nel campo della cardiocirurgia presso Hesperia Hospital essenziali alla didattica e alla ricerca e per consentire alla Scuola di Specializzazione in Cardiocirurgia di esplicare le funzioni didattiche integrative, scientifiche ed assistenziali di competenza istituzionale dell'Università utilizzando spazi, strumenti e attrezzature altrimenti non disponibili presso l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena.
- Convenzione tra l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, l'Azienda Usl di Modena e la casa di cura Villa Pineta di Gaiato (Modena) avente ad oggetto, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 517/99, l'espletamento di attività assistenziali utili allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università, individuate nella Unità Operativa di Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria nonché anche per quanto concerne lo svolgimento di attività di tirocinio teorico-pratico da parte di studenti iscritti ai corsi di laurea attivati presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei medici in formazione specialistica di malattie dell'apparato respiratorio.
- Documenti di intenti per l'istituzione di un "Coordinamento Oncologico Provinciale", sottoscritto in data 07.03.2005 anche con l'azienda USL di Modena. con il quale le parti di, essendo a vario titolo coinvolte nell'approccio e nella gestione delle patologie oncologiche, hanno inteso procedere alla costituzione di un Coordinamento unitario in ambito della provincia di Modena di tutte le risorse esistenti e disponibili, per l'integrazione armonica e mirata delle attività di rilevazione epidemiologica, di ricerca clinica, di prevenzione primaria e secondaria, di diagnosi, terapia e riabilitazione in campo oncologico. L'attività di coordinamento persegue inoltre la finalità di consentire alle Istituzioni coinvolte, ciascuna per le proprie competenze, un più efficace controllo clinico-epidemiologico e una più efficiente gestione assistenziale della patologia, attraverso l'interazione professionale, clinica e organizzativa, in una logica di continuità dell'assistenza erogata.
- "Art. 4 del Protocollo di intesa tra Regione Emilia Romagna e Università – Atto Azienda-

le – Intesa tra l’Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena e l’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia” sottoscritto in data 31.05.2006 con il quale vengono definiti i rapporti riguardanti i Dipartimenti ad attività integrata, con particolare riferimento alla gestione delle strutture essenziali all’attività didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Detto accordo prevede anche l’istituzione di nuove strutture complesse, oltre che la trasformazione di altre strutture da semplici a complesse, nonché stabiliscono di istituire l’Unità Ricerca e Innovazione (URI), in sintonia con gli orientamenti espressi dalla Regione Emilia-Romagna con la legge 29/2004 e più recentemente con il protocollo d’intesa. Fermo restando che il Collegio di Direzione, organo dell’Azienda, deve divenire la sede privilegiata delle politiche di integrazione tra le funzioni di didattica, ricerca e di assistenza e i Dipartimenti Integrati la sede della loro realizzazione. L’URI nasce allo scopo di garantire un’efficace politica di sviluppo delle attività di ricerca e di creare le condizioni affinché l’attività di ricerca clinica, epidemiologica e dei servizi diventi sempre più parte integrante dell’assistenza sanitaria e del processo di formazione.

Per quanto riguarda l’offerta didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia essa é costituita per:

Le professioni mediche da :

- Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
- Corso in laurea di Odontoiatria
- 45 Scuole di Specializzazione area medica.

Le professioni sanitarie, di ben 10 corsi di laurea breve:

- Infermiere;
- Ostetrico;
- fisioterapista,
- logopedista,
- tecnico della riabilitazione psichiatrica,
- tecnico sanitario di laboratorio biomedico,
- tecnico sanitario di radiologia medica,
- tecnicofisiopatologia cardiocircolatoria per fusione vascolare,
- igienista dentale e dietista.

Tali corsi di laurea hanno avuto sede sia a Modena, presso l’Azienda Ospedaliero – Universitaria, sia presso la sede distaccata di Reggio Emilia (esclusivamente ai corsi di fisioterapista e tecnico sanitario di radiologia medica, mentre il corso di infermieristica è ripartito in maniera quasi simmetrica tra le due sedi).

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena al 31.12.2007 ha in essere convenzioni di tirocinio di formazione e di orientamento presso le proprie strutture con le seguenti Università e agenzie formative accreditate:

Università di Modena e Reggio Emilia:

- Facoltà di Ingegneria
- Laura specialistica in Farmacia e in Chimica

e Tecnologie Farmaceutiche

- Facoltà di Economia Marco Biagi
- Facoltà di Bioscienze e Biotecnologie
- Master di I° livello in “Cure ed assistenza transculturali-multietniche nel campo della salute e del welfare”

Università di Bologna:

- Facoltà Scienze Politiche, Corso di Laurea in Servizio Sociale
- Facoltà Scienze della Formazione
- Facoltà Ingegneria Biomedica.
- Scuola Specializzazione in Fisica Sanitaria

Università di Parma:

- per tutte le Facoltà

Università di Firenze:

- Scuola Specializzazione in Fisica Medica

Università Commerciale Luigi Bocconi Milano:

- per tutte le Facoltà

Università di Verona

- per tutte le Facoltà

Università di Firenze:

- Scuola Specializzazione in Fisica Medica

Università del Piemonte Orientale “A: Avogardo”:

- Corso Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

## 1.3

### La rete integrata dell’offerta regionale

In attuazione del Piani Sanitari Regionali 1999/2000 e 2000/2002 una serie di atti deliberativi della Giunta Regionale succedutisi negli anni pregressi hanno individuato in AOU di Mo:

- la sede Hub della rete regionale per le seguenti attività assistenziali:
  1. Cardiologia
  2. Chirurgia dei Trapianti
  3. Chirurgia della Mano
  4. Nefrologia Trapianti
  5. Unità Coronaria
  6. Terapia Intensiva Neonatale
  7. Genetica Oncologica
- la sede “Spoke” della rete regionale per l’assistenza a pazienti affetti da:
  1. Glicogenosi
  2. Emoglobinopatie congenite
  3. Malattie Emorragiche Congenite
  4. Sindrome di Marfan;
- la funzione di Presidio regionale, ex DM n. 279/2001, integrato nella rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie di 243 Malattie Rare.

Più in generale AOU di Mo si è proposta anche nel 2007 di operare nell’ambito previsto dal documento “Integrazione Policlinico - Baggiovara nell’ambito della rete Ospedaliera Provinciale”, Progetto Attuativo, approvato dalla Conferenza Sanitaria Provinciale in data 10 luglio 2003. che in particolare, testualmente, prevede:

“Mission di Baggiovara: sede di attività non programmata a prevalente orientamento chirurgico e del DEA di 2° livello; sede di gestione dei percorsi riabilitativi intensivi ed estensivi, intesi come necessario completamento del processo assistenziale rivolto al politrauma ed al paziente con esiti invalidanti di patologie neurologiche.

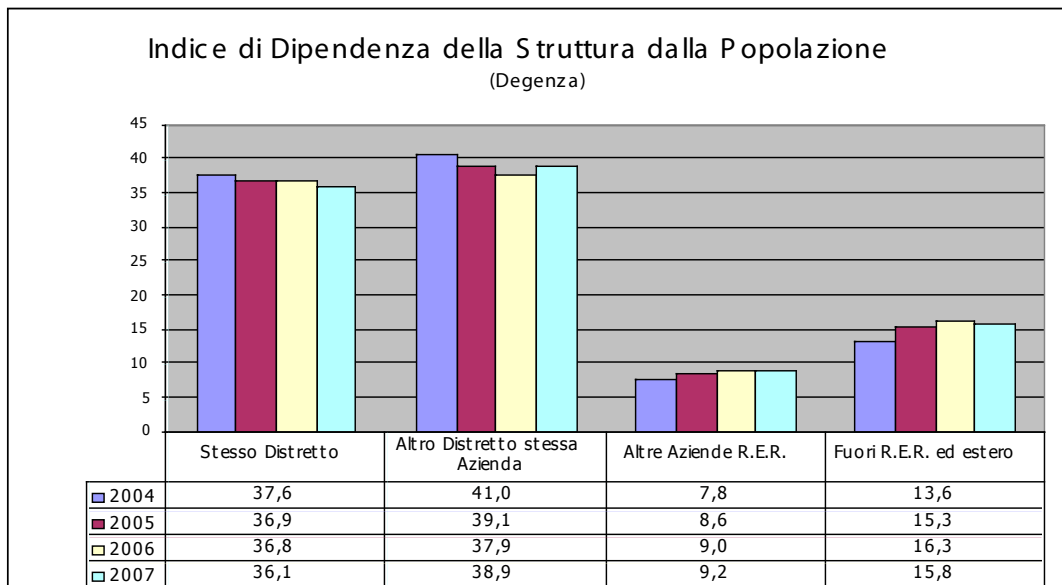
Mission del Policlinico: sede di insegnamento per corsi di laurea specialistica e per i corsi di laurea breve di area sanitaria, “per il quale si conferma il consolidamento delle attività elettive di 2° e 3° livello, con particolare riferimento all’ambito oncologico – internistico, trapiantologico, chirurgico specialistico e materno – infantile.”

Tale quadro programmatico, andato nel 2007 consolidandosi quanto a differenziazione della struttura dell’offerta ed a gestione della domanda di prestazioni da parte di AOU e AUSL di Mo, pare

confermato dalla composizione della provenienza dei pazienti fruitori dei servizi assistenziali di AOU Policlinico di Mo. Infatti è stato rilevato, sul versante delle attività di ricovero (Fig. 1.3.1 “Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione (Degenza)”):

- una accentuazione del trend alla riduzione di ricoveri per residenti nel bacino “naturale” costituito dal Distretto della Città di Modena scesi dal 36,8% e al 36,1% del 2007, e dalla riduzione dal 16,3% al 15,8% di ricoveri per residenti fuori Regione Emilia Romagna ed all’estero;
- un incremento della percentuale di ricoveri di assistiti residenti negli altri Distretti dell’AUSL di Mo e degli assistiti da altre AUSL della Regione Emilia Romagna, passati rispettivamente al 38,9% ed al 9,2%.

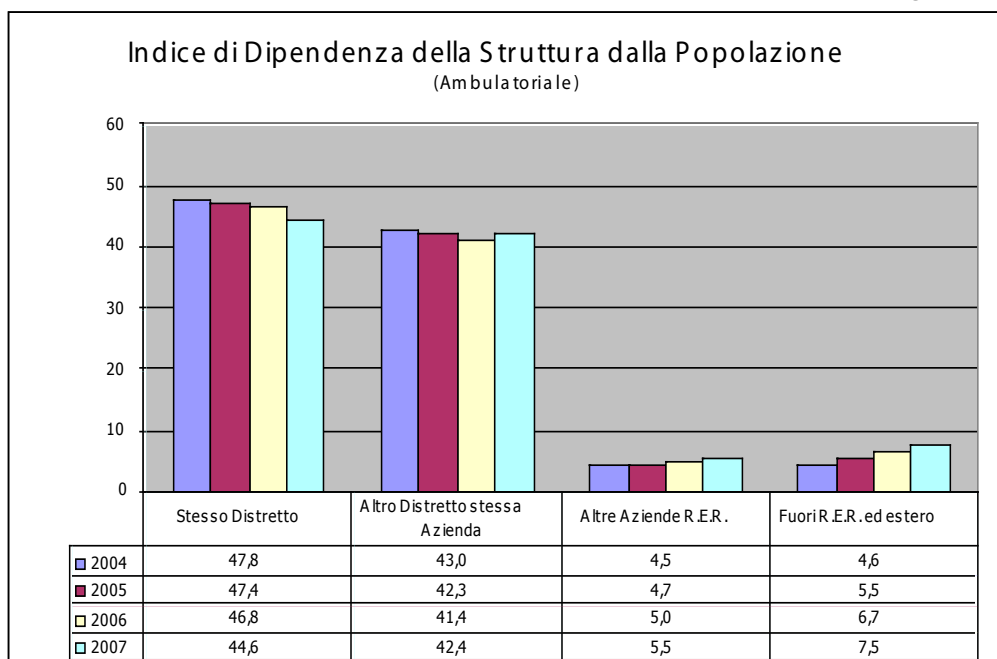
Fig. 1.3.1



Analogo fenomeno si è registrato per le attività di assistenza specialistica ambulatoriale (Fig. n° 1.3.2 “Indice di Dipendenza della struttura dalla popolazione (Ambulatoriale)”), con:

- una riduzione da 46,8% a 44,6 % delle prestazioni per residenti nel Distretto di Modena; un incremento per gli assistiti da AUSL di Modena residenti in altri distretti e per assistiti da altre AUSL della regione e di fuori regione.

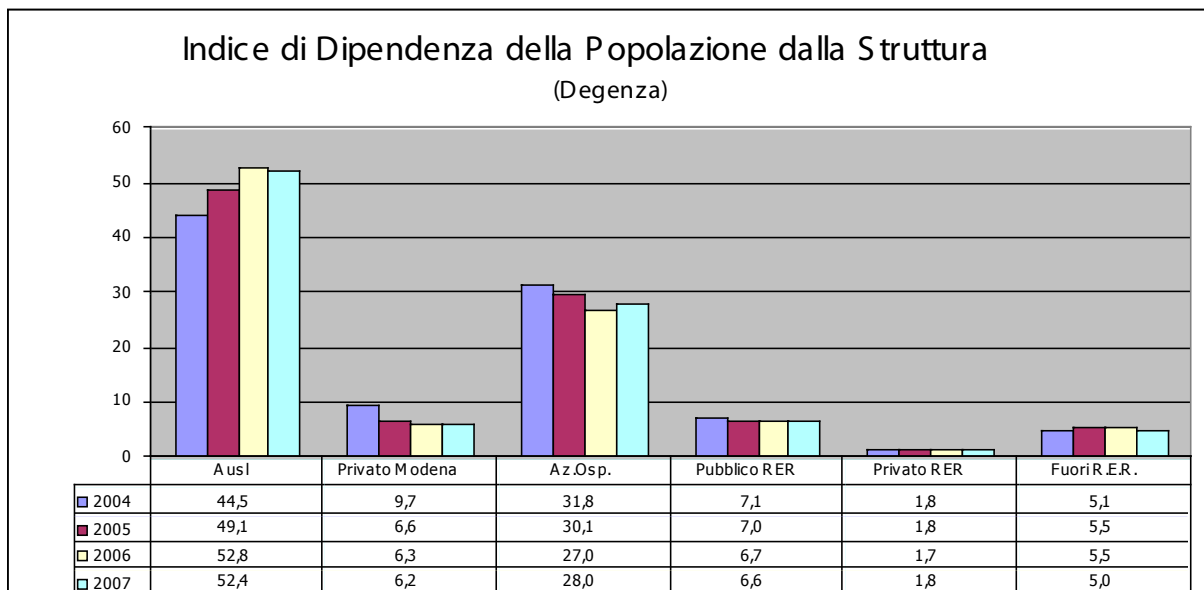
Fig. 1.3.2



La tendenza all'incremento dei ricoveri per assistiti da AUSL di Modena ma residenti in "altri distretti" rispetto a quello di Modena su descritta trova con-

ferma nel dato (Fig. n°. 1.3.3) relativo all'"Indice di Dipendenza della Popolazione dalla Struttura" per quanto attiene ai ricoveri

Fig. 1.3.3



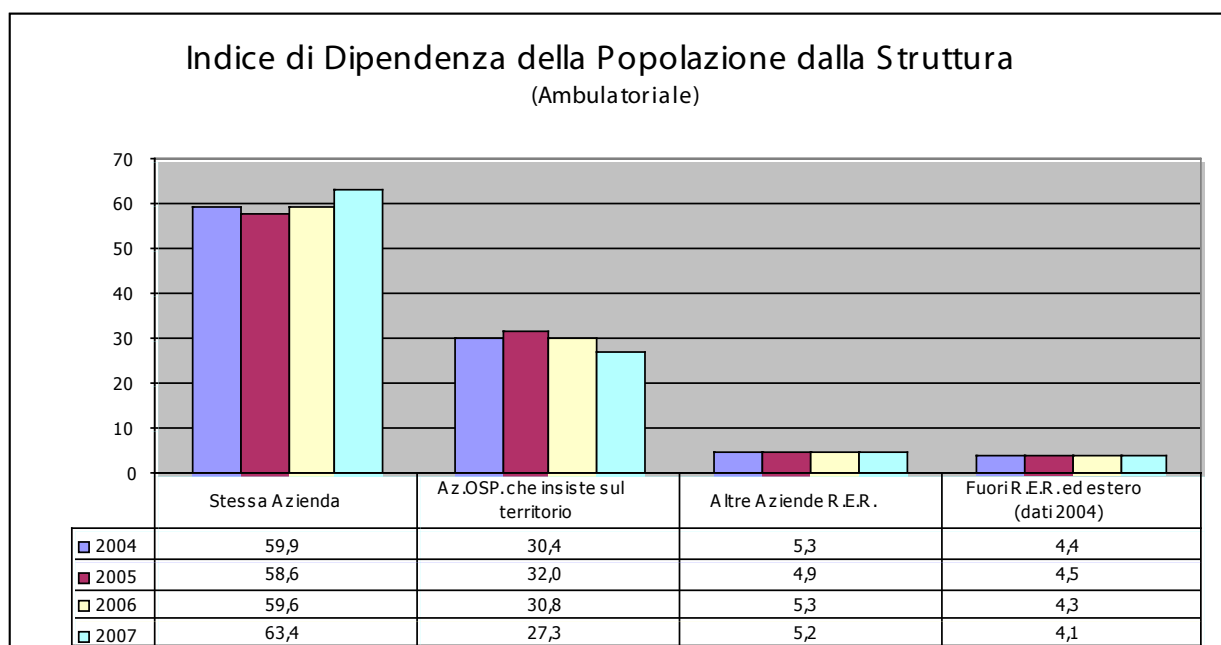
Si noti come sia incrementato dal 27% del 2006 al 28% del 2007 il ricorso ad AOU di Modena da parte di assistiti da AUSL di MO. Ciò si accompagna ad una lieve diminuzione in percentuale di dipendenza della popolazione dagli ospedali della AUSL di Modena, del privato di Modena degli altri ospedali della Regione Emilia-Romagna e di fuori regione. Fa eccezione la dipendenza dal privato della regione Emilia-Romagna che si registra in lievissimo incremento.

Ciò attesta un incrementato rapporto di "fiducia clinica" tra AOU Policlinico di Modena e la popolazione della sua provincia di riferimento e di un contributo alla riduzione al contenimento relativo della "spesa ospedaliera" di AUSL di Modena.

Un andamento virtuoso quindi, cui AOU Policlinico di Modena ha concorso assolvendo il suo ruolo non solo di ospedale di insegnamento ma anche di sede di centri "Hub" e "spoke" nella rete regionale e provinciale delle alte specialità o per patologie a basso impatto epidemiologico.

La riduzione della dipendenza della popolazione da AOU di Modena per le prestazioni ambulatoriali, (Fig. 1.3.4), non contraddice le risultanze dell'andamento dell'indicatore per i ricoveri già descritto, essendo stata generata dal trasferimento di prestazioni di Laboratorio avvenuto nel giugno 2007, nell'ambito della riorganizzazione prevista di tali attività presso il Laboratorio del Nuovo Ospedale Civile ed Estense di Modena a Baggiovara.

Fig.1.3.4

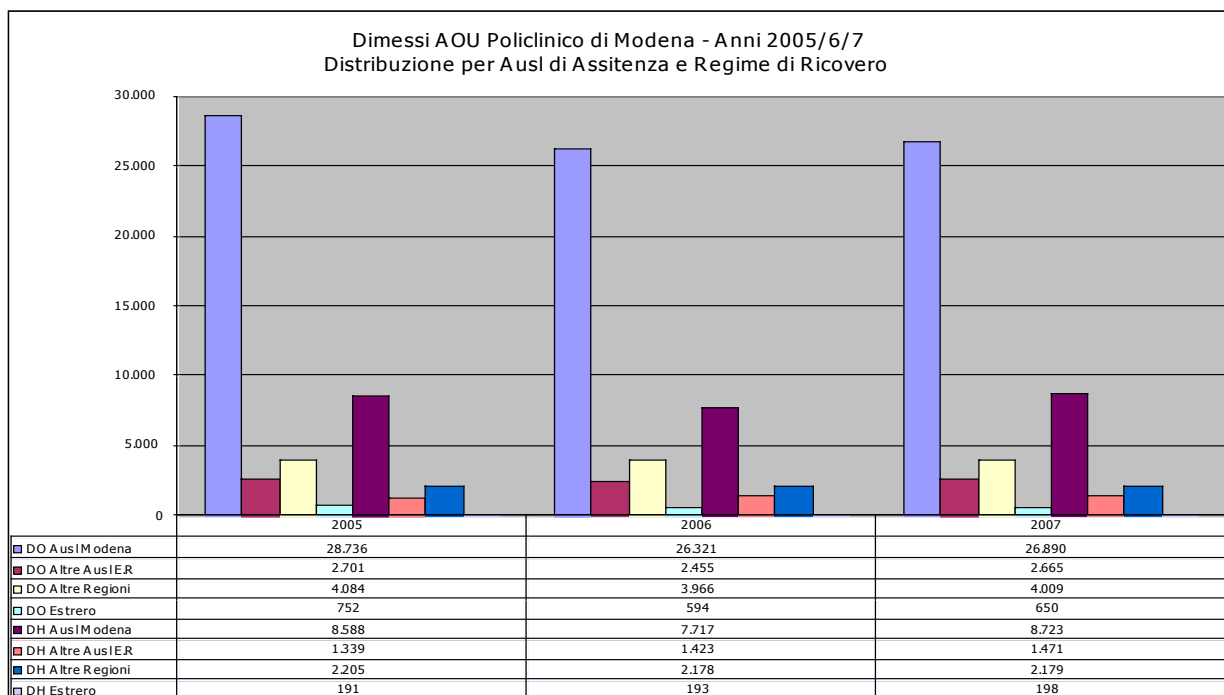


In termini assoluti il numero di ricoveri in degenza ordinaria ed in day hospital è incrementato nel 2007 rispetto al 2006 (Fig. 1.3.5), eccezion fatta per i Day hospital in favore di assistiti da AUSL di altre regioni, che rimangono stabili nel 2007 rispetto al

2006.

Si registrano infatti, lievi incrementi in numero assoluto sia per i ricoveri ordinari che per i day hospital, per tutte le altre tipologie di AUSL di assistenza.

**Fig.1.3.5**



## 1.4

### Osservazioni epidemiologiche

Si rimanda al Bilancio di Missione dell'AUSL di Modena per una descrizione generale della frequenza, della distribuzione e dei determinanti di salute e malattia nella popolazione residente nella Provincia e nella città di Modena, naturali bacini di utenza di AOU Policlinico di Mo.

In questa sede, come primissima esemplificazione di un contributo di iniziale e parzialissimo approfondimento epidemiologico tanto negletto quanto utile anche per il governo amministrativo non solo clinico della rete assistenziale regionale e nazionale, si ritiene utile riportare le 20 più frequenti diagnosi di dimissione da ricoveri ordinari e in day hospital nonché le 20 procedure chirurgiche più frequenti, anch'esse distinte per setting assistenziale, cioè per ricovero ordinario o in day Hospital.

Tali dati possono essere assunti come relativamente proxy, cioè come indicatore indiretto di un fenomeno di difficile, per ora, diretta misurazione, delle condizioni di malattia la cui prevenzione terziaria, cioè la prevenzione dell'aggravamento clinico o l'interruzione della progressione dei casi di malattia evidenti per segni e sintomi clinici, induce il ricorso a cure in costanza di ricovero., Ciò nella consapevolezza che il fenomeno descritto

to è condizionato dall'offerta di prestazioni assistenziali che notoriamente influenza la relativa domanda, e che tale offerta è modulata dallo sviluppo delle tecnologie assistenziali nel momento dato, e nel nostro contesto, dall'essere AOU parte di una rete di strutture assistenziali provinciale e regionale, nonché del fatto che esiste anche un'offerta nazionale extra regionale che può attrarre e soddisfare la domanda di cittadini della provincia di Modena.

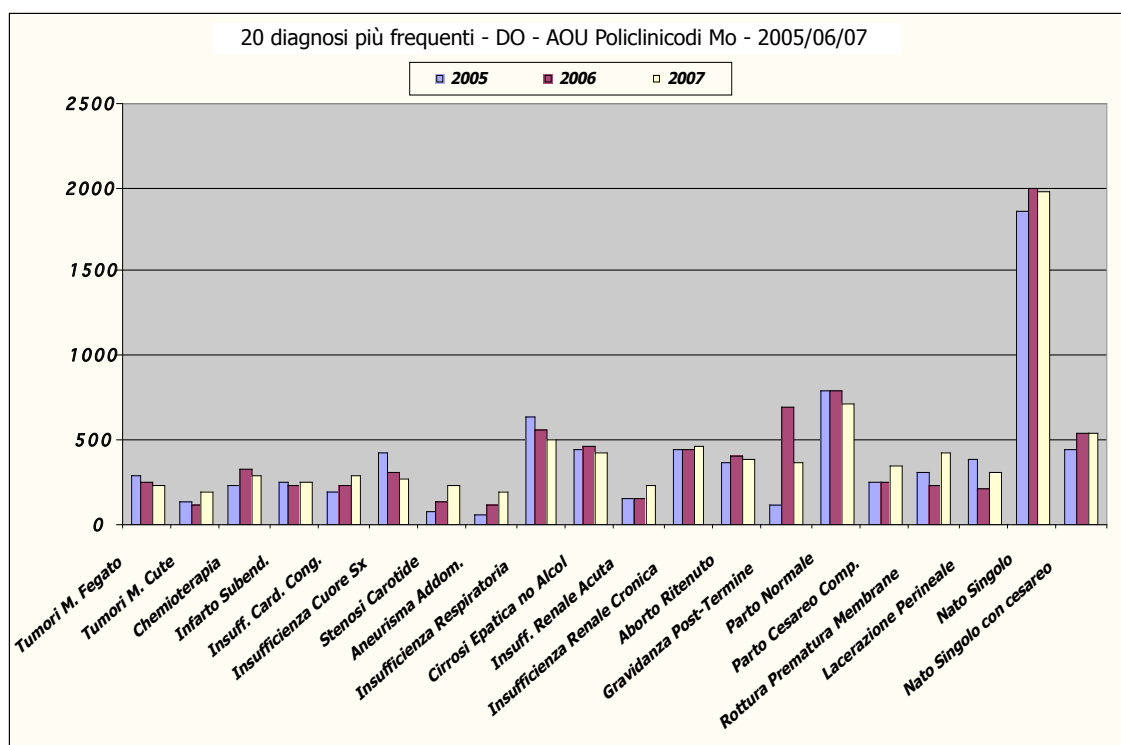
Tra le diagnosi principali alla dimissione da ricoveri ordinari presso AOU Policlinico di Mo nel 2007, come nel 2006 e nel 2005, la più frequente è risultata l'insufficienza respiratoria. (Fig. 1.4.1). Ciò è vero, però, se si prescinde dalla frequenza come diagnosi principale dei fattori condizionanti lo stato di salute cui sono da ricondursi i bisogni assistenziali dei neonati da parti naturali, che costituiscono il motivo in assoluto più frequente di ospedalizzazione, o da parti strumentali e le chemioterapie eseguite in ospedale per contenere rischi e sintomi collaterali. Si deve anche prescindere dalle attività assistenziali a tutela delle gravidanze naturali e patologiche che tra i motivi di ospedalizzazione sono i più ricorrenti e sono condizionati dall'essere AOU centro Hub provinciale per le gravidanze a rischio e la neonatologia nonché unica struttura di assistenza ostetricoginecologica della città di Modena.

E' inoltre da segnalarsi, anche in relazione alle fun-

zioni Hub relative all'interventistica cardiaca di AOU di Modena, che l'insieme delle patologie del cuore: insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro), insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio), infarto subendocardico, sindrome coronarica intermedia, ricorra oltre mille volte tra le diagnosi principali di dimissione da ricovero ordinario.

Molto frequenti in relazione alla funzione Hub connessa all'attività trapiantologia, sono le diagnosi principali, riferibili all'insieme delle patologie epatiche passibili di terapia con trapianto di fegato, di cirrosi epatica (senza menzione di alcol) e di tumore maligno primitivo del fegato, così come in ordine all'attività trapiantologia di rene, la diagnosi principale di insufficienza renale cronica.

Fig.1.4.1



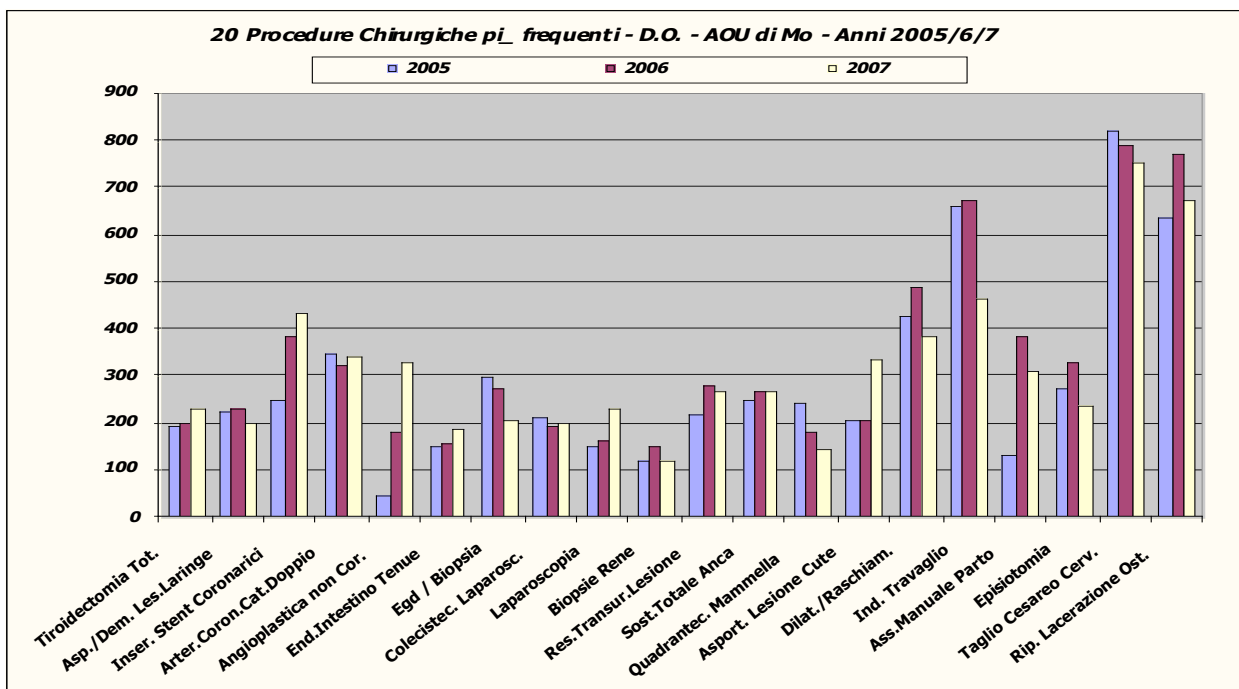
Il peso dell'attività assistenziale di ostetricia e ginecologia, delle prestazioni chirurgiche a carico di patologie della cute e le prestazioni assistenziali di chemioterapia rilevabili nelle ulteriori tabelle indicano gli ambiti principali di interazione tra domanda ed offerta di prestazioni assistenziali di AOU Policlinico di Mo.

Per quanto attiene alle prime venti procedure chirurgiche, (Fig. 1.4.2), fatta di nuovo l'esclusione di

quelle specifiche di ostetricia-ginecologia, in assoluto le più numerose, la più frequente risulta essere la "Inserzione di Stent nell'arteria coronarica", tra l'altro in incremento nel triennio in esame.

Tra le procedure chirurgiche più frequenti ed in incremento in ragione dell'affermarsi di nuove indicazioni e procedure terapeutiche, anche quelle vascolari non coronariche endoluminali e le arteriografie coronariche.

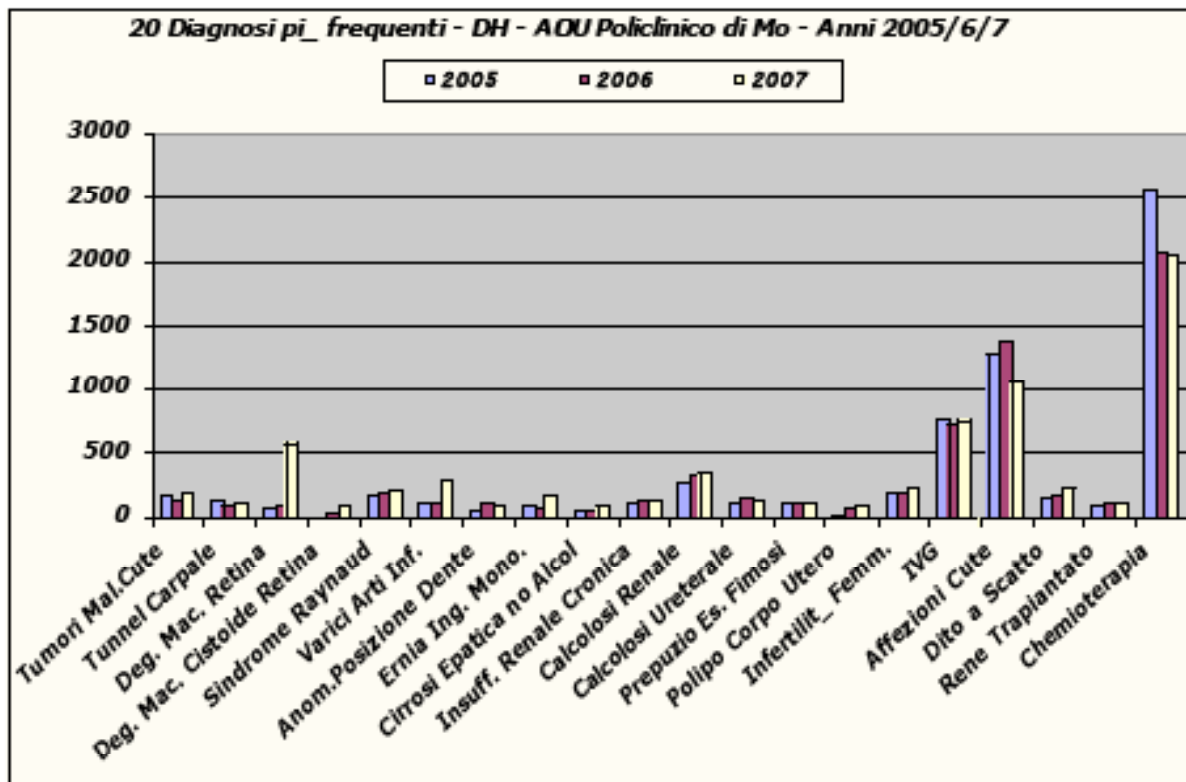
Fig.1.4.2



Tra le diagnosi principali più frequenti alle dimissioni da ricoveri in day hospital (Fig. 1.4.3), emerge la chemioterapia, che pur non essendo ne essendo codificato come diagnosi ma fattore condizionante

la salute presuppone la patologia oncologica come target della terapia farmacologia e comunque è da correlarsi allo sviluppo dell'attività oncologica di AOU di Mo.

Fig.1.4.3

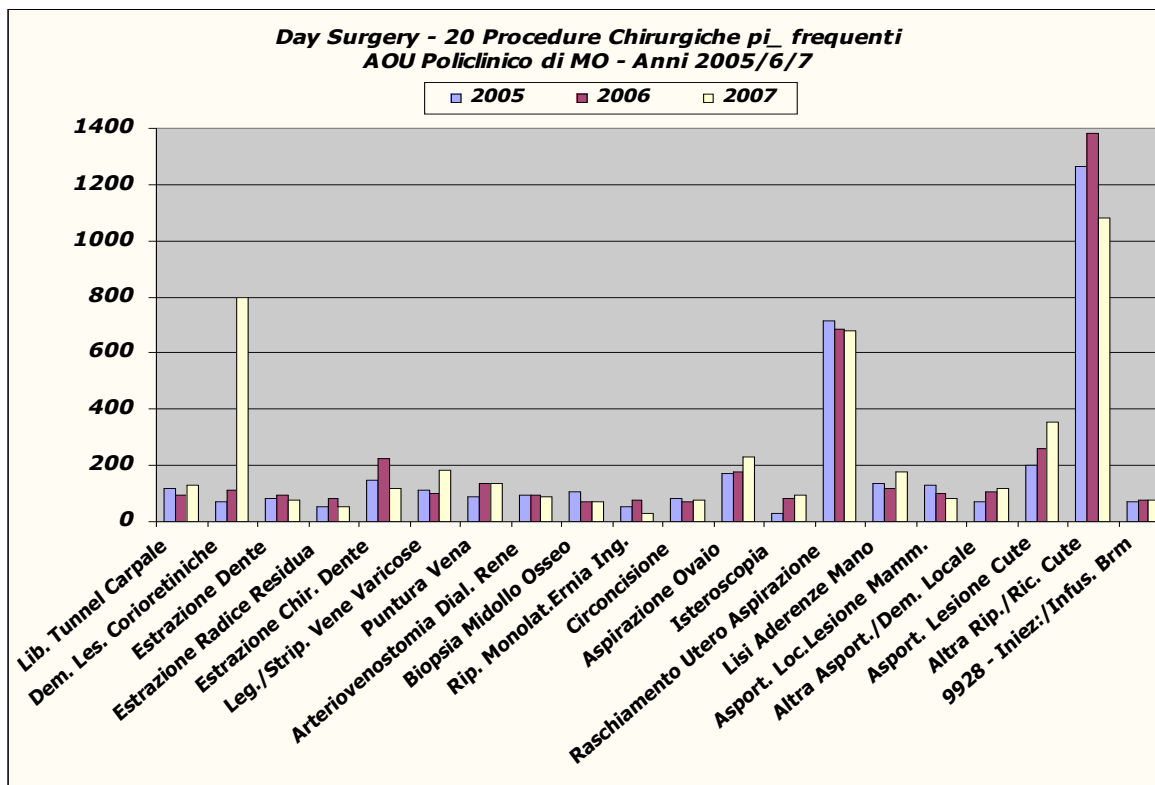




Tra le altre diagnosi più frequenti, quelle di interruzione volontaria di gravidanza, lesioni cutanee e della retina, tutte suscettibili di terapia chirurgica

correlano con le procedure chirurgiche più frequenti (Fig. 1.4.4), dedicata alla Day Surgery.

Fig.1.4.4



Per quanto attiene la patologia neoplastica, per la cui descrizione in termini epidemiologici si rimanda alle specifiche pubblicazioni del Registro Tumori della Provincia di Modena, è da segnalare che la notevole dispersione in varie voci del sistema di classificazione DRG della sua codifica non permette di rilevare prontamente l'entità della domanda assistenziale.

Nel corso dell'anno 2007 ben 3.270 pazienti affetti da tumore maligno sono stati curati presso AOU Policlinico di MO, con almeno un ricovero ordinario o in day hospital, per complessivi 4.271 episodi di cura. Nelle figure seguenti si riporta la distribuzione in numeri assoluti (Fig. 1.4.5) ed in percentuale (Fig. 1.4.6) dei pazienti e dei ricoveri per le 20 più frequenti sedi di insorgenza.

Fig. 1.4.5

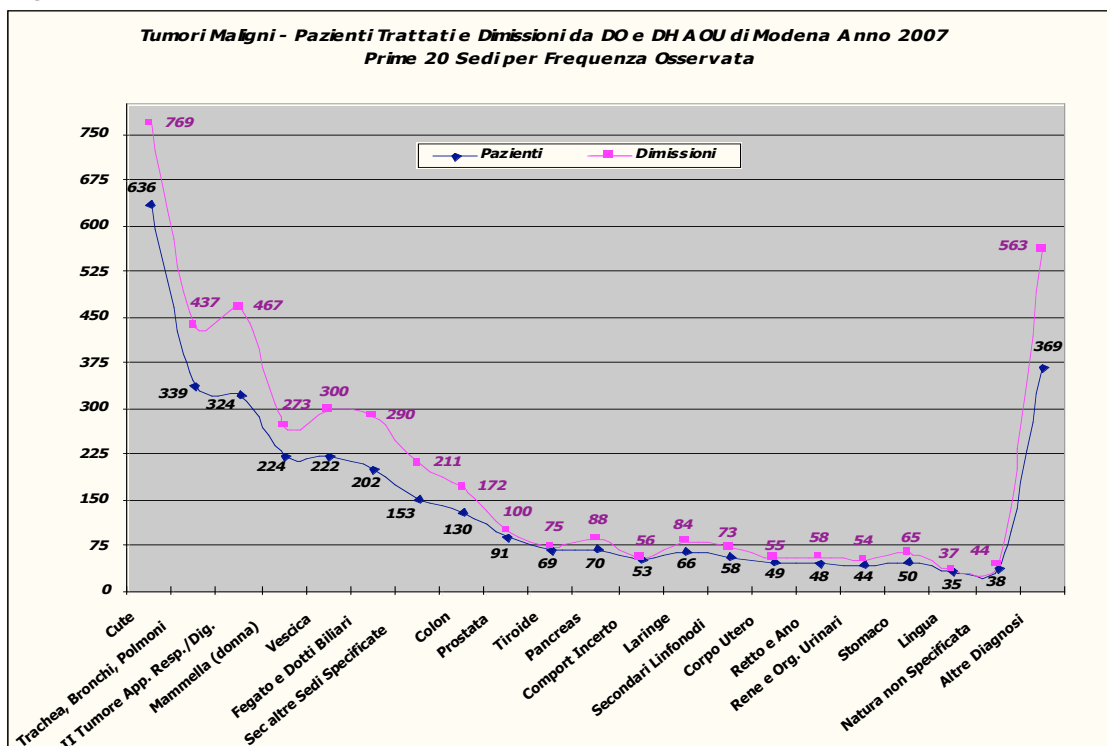
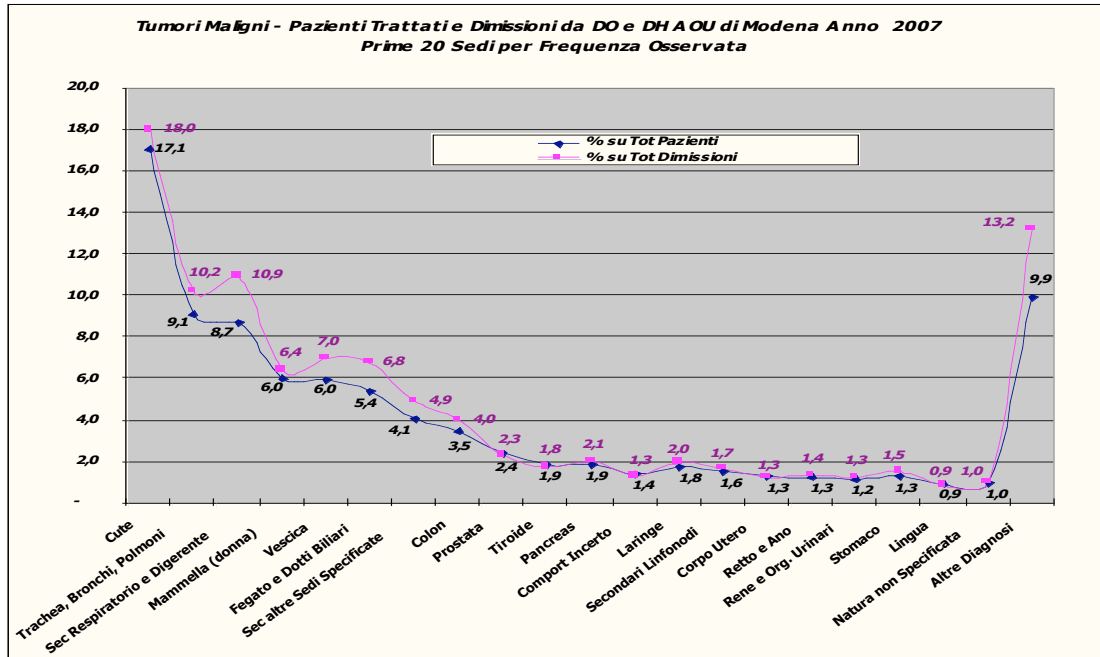


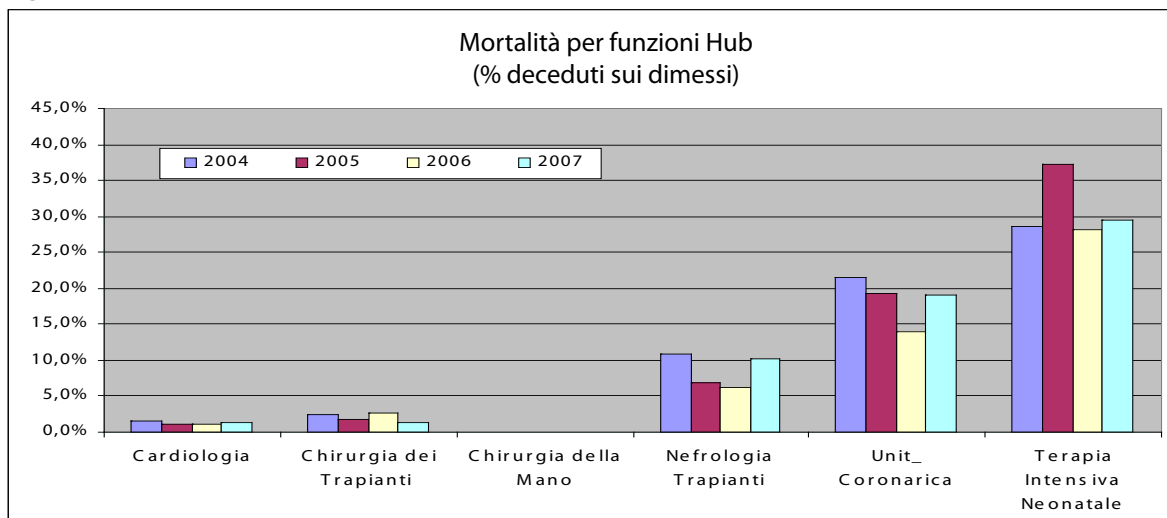
Fig. 1.4.6



Relativamente alle funzioni Hub (Fig. 1.4.7), nel 2007 il trend alla riduzione della mortalità intraospedaliera è confermato per quanto attiene la chirurgia dei trapianti, così come l'assenza di mortalità per la chirurgia della mano. Lievi inversioni di tendenza invece si registrano per le altre attività Hub.

I dati attestano non solo la qualità incrementata delle cure erogate AOU Policlinico di Modena, ma anche del progressivo aumento di efficacia terapeutica della medicina contemporanea in generale, ciò che costituisce elemento importante di osservazione epidemiologica e di pianificazione dei servizi assistenziali.

Fig. 1.4.7



## 1.5

### Accordo di fornitura

L'Accordo di Fornitura con l'AUSL di MO, azienda territoriale di riferimento, ha costituito e costituisce tutt'ora elemento fondamentale dell'attività dell' AOU Policlinico di Mo.

L'accordo per il 2007 ha previsto la stabilizzazione degli importi del 2006 e si è caratterizzato per:

- la richiesta di riduzione dei ricoveri ordinari e DH organizzativamente inappropriati, oggetto comunque di specifica attività di rilevazione e contestazione;
- promozione di attività a forte domanda sociale, quali Trapianti, Parti, Protesi d'Anca e Osservazione Breve Intensiva non diversamente ottimizzabili nella rete assistenziale ospedaliera provinciale, così come era previsto si realizzasse dopo la completa attuazione della precitata "Integrazione Policlinico - Baggiovara nell'ambito della rete Ospedaliera Provinciale", Progetto Attuativo, approvato dalla Conferenza Sanitaria Provinciale in data 10 luglio 2003;
- l'equilibrio tra domanda e offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale teso a contenere i tempi di attesa per prestazioni critiche garantendo al contempo l'appropriatezza della prestazione;
- l'appropriato utilizzo dei farmaci.  
Più in dettaglio, in data 8 febbraio 2007 è stato siglato con la AUSL di Modena un Accordo Fornitura Preliminare che prevedeva quanto segue:

#### A) Degenza

Il valore della degenza, calcolata con la maggiorazione tariffaria del 2% indicata dalla Regione, sarebbe stato pari ad € 107.558.187, quale sommatoria di

- € 87.250.000 quale valorizzazione della degenza, compreso l'hospice, esclusi i trapianti, parti e protesi ortopediche, tunnel carpale e cataratta, questi ultimi due ricondotti sotto la voce specialistica; da tale valorizzazione sono già decurtate le attività le attività residue già trasferite a Baggiovara
- € 4.400.000 per trapianti
- € 5.500.000 per chirurgia vascolare
- € 3.600.000 per i parti
- € 5.000.000 per protesi ortopediche
- € 1.818.187 per recupero mobilità passiva, intesa come incremento dell'attività per gli assistiti della Provincia di Modena (urologia-ginecologia- fecondazione assistita- ortopedia -protesi cocleari - chirurgia orl - chirurgia plastica e ricostruttiva)

La verifica delle mobilità passiva infraRER sarebbe stata effettuata trimestralmente. La verifica della mobilità extraregionale sarebbe avvenuto all'arrivo dei dati in banca dati regionale e gli effetti economici della verifica avrebbero avuto valore sull'anno successivo.

Si convenne anche che:

- ad eccezione dei trapianti, parti protesi, ortopediche, la cui valorizzazione definitiva sarebbe stata fatta a consuntivo sulle attività effettivamente svolte, i valori sarebbero stati intesi come ipotesi massima. Eventuali incrementi avrebbero dovuto essere preventivamente concordati; le aziende in corso d'anno avrebbero potuto concordare nuove iniziative finalizzate ad ulteriori recuperi di mobilità passiva, che avrebbero formato oggetto di specifici accordi integrativi
- tutta la produzione provinciale, pubblica e privata accreditata, sarebbe stata sottoposta a verifica di appropriatezza su base campionaria in base a specifico protocollo che le Aziende si impegnarono a stilare entro il 28 febbraio 2007.

#### B) Assistenza Specialistica

Il valore totale della specialistica, calcolata con gli stessi valori del 2006, sarebbe stata pari a € 26.542.000, quale sommatoria di:

- € 24.141.000 quale valorizzazione di tutte le attività specialistiche compreso il P.S. e con l'aggiunta di tunnel carpale e cataratta ambulatoriali
- € 620.000 per le attività OBI (Osservazione Breve Intensiva)
- € 550.000 per incrementi tariffario radioterapia
- € 150.000 per incremento attività di diagnostica strumentale oculistica e per screening audiologico neonatale
- € 750.000 per incrementi specifici: colonscopie per screening in particolare e per altre prestazioni da definire sulla base del Programma Specialistica Ambulatoriale

Si concordò a che:

- la valorizzazione complessiva avrebbe potuto essere ridefinita alla luce di eventuali nuove tariffe 2007 e sarebbe stata sottoposta a verifiche di appropriatezza prescrittiva attuate in base ad uno specifico protocollo concordato con le Aziende;

Tale valorizzazione avrebbe implicato:

- Il trasferimento amministrativo del Centro Prelievi del Poliambulatorio via del Pozzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena all'Azienda USL con un valore annuo di prestazioni pari a € 1.500.000;
- Il trasferimento delle Unità Operative e delle attività di anatomia ed istologia patologica dell'Azienda USL all'Azienda Ospedaliero-Universitaria;
- Committenze aggiuntive di volta in volta valorizzate, legate a programmi provinciali di riduzione di liste di attesa dell'Azienda USL, saranno di volta in volta valorizzate e formeranno oggetto di specifici accordi aggiuntivi

Le Aziende si impegnarono ad osservare come vincolanti gli standard regionali, che prevedevano una redistribuzione di prime visite e controlli del

70% e del 30 %, fatta eccezione per le attività di day service, oncologia, trapiantologia, nefrologie e reumatologia,

Anche per la specialistica i valori vanno intesi come ipotesi di massima; eventuali incrementi sarebbero stati preventivamente concordati

### C) Farmaci

I valori totali dei farmaci sarebbe stato pari ad € 12.000.000, stesso valore del 2005 e del 2006, da ricalcolare secondo l'effettivo andamento della spesa.

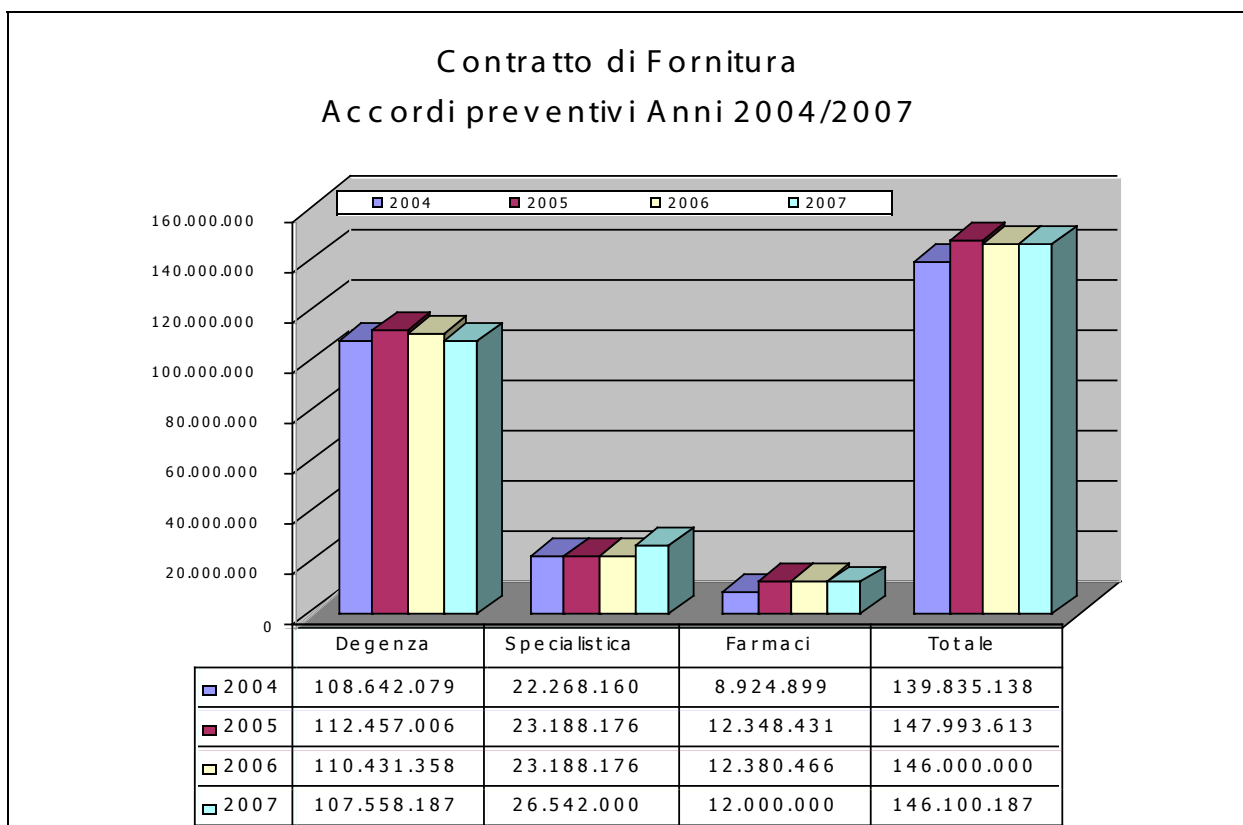
In sintesi, nella Figura 1.5.1 seguente si riportano gli importi dell'Accordo di Fornitura 2007, messi

in Bilancio, e li si confronta con quelli degli anni precedenti a partire dal 2004.

In particolare a confronto con il 2006 risalta il precitato obiettivo di:

- contenere la spesa/i costi di degenza, tramite la previsione della stabilizzazione degli importi del 2006 pur a fronte di tariffe regionali 2007 aumentate del 2%,
- contenere la spesa per farmaci, anche a fronte quanto meno di un possibile incremento dei prezzi di listino,
- assecondare, invece, l'incremento della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali

**Fig 1.5**



# capitolo 2

## profilo aziendale

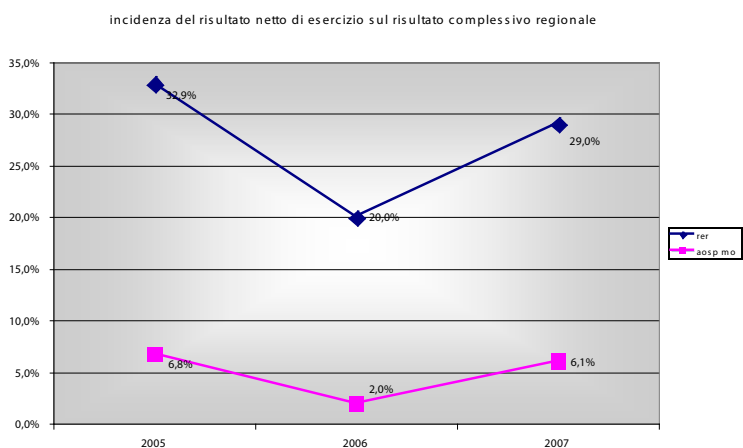
Tab 2.1

AOU Policlinico di Modena - Conto Economico Anno 2007 / Confronto 2006				
Titoli	2007	2006	Diff. 2007/2006	
	€	€	€	%
Contributi in conto esercizio	29.446.690,81	22.039.647,43	7.407.043,38	33,6
Proventi e ricavi di esercizio	224.443.579,48	217.915.574,67	6.528.004,81	3,0
Prestazioni di degenza ospedaliera	146.389.454,53	148.511.811,11	-2.122.356,58	-1,4
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	43.186.796,89	37.328.408,57	5.858.388,32	15,7
Somministrazione farmaci	19.715.297,59	16.504.668,49	3.210.629,10	19,5
Consulenze	997.973,51	1.028.698,00	-30.724,49	-3,0
Prestazioni diverse e cessioni di beni	4.510.934,96	4.257.182,01	253.752,95	6,0
Attività libero professionale	9.643.122,00	10.284.806,49	-641.684,49	-6,2
Rimborsi	10.392.859,39	16.742.185,40	-6.349.326,01	-37,9
Compartecipazione alla spesa	4.023.458,51	3.802.515,35	220.943,16	5,8
Incremento di immobilizzazioni				
Sterilizzazione quote ammortamento	3.228.753,92	3.179.292,43	49.461,49	1,6
Variazione delle rimanenze				
Altri ricavi	2.424.523,66	1.571.082,27	853.441,39	54,3
<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>273.959.865,77</b>	<b>265.250.297,55</b>	<b>8.709.568,22</b>	<b>3,3</b>
Acquisto beni di consumo	72.697.576,59	72.747.257,47	-49.680,88	-0,1
Acquisto di servizi sanitari	23.517.227,29	24.667.214,05	-1.149.986,76	-4,7
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	9.726.038,90	10.278.913,88	-552.874,98	-5,4
Attività libero professionale	7.293.386,10	7.781.531,28	-488.145,18	-6,3
Lavoro interinale e collaborazioni sanitarie	3.876.785,34	4.121.182,11	-244.396,77	-5,9
Altri servizi sanitari	2.621.016,95	2.485.586,78	135.430,17	5,4
Acquisti di servizi non sanitari	40.867.831,34	38.697.767,75	2.170.063,59	5,6
Manutenzioni	6.890.183,79	6.795.801,37	94.382,42	1,4
Servizi tecnici	25.006.452,08	23.682.728,10	1.323.723,98	5,6
Consulenze non sanitarie	462.609,33	226.261,42	236.347,91	104,5
Lavoro interinale e collaborazioni non sanitarie	421.818,60	556.401,41	-134.582,81	-24,2
Utenze	4.311.075,99	3.990.556,50	320.519,49	8,0
Assicurazioni	1.975.984,15	1.722.237,15	253.747,00	14,7
Formazione	969.263,83	928.389,63	40.874,20	4,4
Organi istituzionali	718.058,62	655.148,74	62.909,88	9,6
Altri servizi non sanitari	112.384,95	140.243,43	-27.858,48	-19,9
Godimento di beni di terzi	10.766.935,55	10.809.644,30	-42.708,75	-0,4
Costo del personale dipendente	107.643.095,03	108.027.770,32	-384.675,29	-0,4
Ammortamenti e svalutazioni	13.008.580,09	12.303.876,73	704.703,36	5,7
Variazione delle rimanenze di beni di consumo	-2.338.335,14	-1.637.968,44	-700.366,70	42,8
Accantonamenti per rischi	410.280,04	756.016,14	-345.736,10	-45,7
Altri accantonamenti	6.124.880,02	1.591.554,73	4.533.325,29	284,8
Oneri diversi di gestione	1.865.225,98	1.925.835,28	-60.609,30	-3,1
<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>274.563.296,79</b>	<b>269.888.968,33</b>	<b>4.674.328,46</b>	<b>1,7</b>
Differenza tra costi e valore della produzione	-603.431	-4.638.671	4.035.240,00	-87,0
Proventi da partecipazioni	250			
Altri proventi finanziari	213,01	1.254,71	-1.041,70	-83,0
Interessi e altri oneri finanziari	1.777.320,56	1.390.999,62	386.320,94	27,8
Proventi ed Oneri Finanziari	-1.776.857,55	-1.389.744,91	-387.112,64	27,9
Rettifiche di Valore di Attività Finanziarie				
Proventi straordinari	238.771,69	4.176.738,80	-3.937.967,11	-94,3
Oneri straordinari	37.914,70	509,84	37.404,86	7336,6
Totale Proventi e Oneri Finanziari	200.856,99	4.176.228,96	-3.975.371,97	-95,2
Risultato Prima delle Imposte	-2.179.432	-1.852.187	-327.245,00	17,7
Imposte	7.590.148,12	8.036.750,90	-446.602,78	-5,6
<b>RISULTATO DELL'ESERCIZIO</b>	<b>-9.769.580</b>	<b>-9.888.938</b>	<b>119.358,00</b>	<b>-1,2</b>

## 2.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

L'illustrazione degli elementi di sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale va intesa come un richiamo di aspetti della gestione aziendale che trovano in realtà un loro inquadramento completo nei documenti che compongono il Bilancio di Esercizio. Quest'anno, a differenza di quanto avvenuto nei precedenti bilanci di missione, gli indici economici vengono anch'essi presentati, come già avviene per quelli patrimoniali e finanziari, con riferimento ai dati 2007, grazie alla disponibilità della banca dati regionale. A fianco, si riportano le risultanze in forma aggregata del conto economico 2007, con il confronto con il corrispondente conto economico 2006.

**Fig 2.1.1**



Fonte: banca dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale sui bilanci riclassificati delle aziende sanitarie regionali.

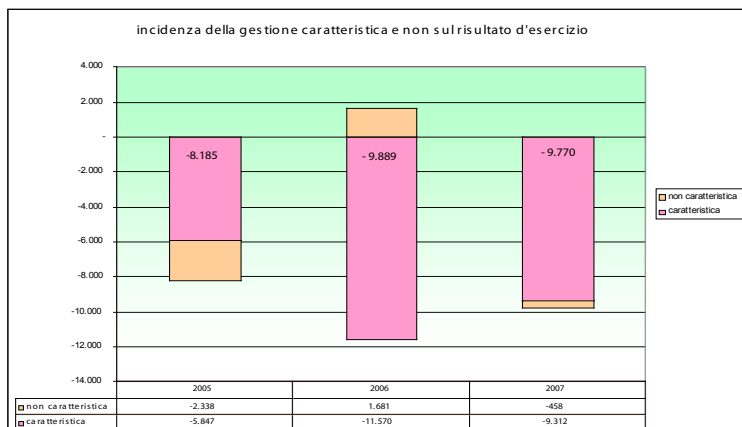
Per quanto riguarda la composizione del risultato netto d'esercizio, il grafico sottostante illustra il diverso contributo delle componenti caratteristiche e non caratteristiche della gestione.

La gestione caratteristica coincide con l'attività abitualmente svolta dall'Azienda e che ne costituisce la missione istituzionale, mentre rientrano nella gestione non caratteristica tutte le operazioni ad essa estranee come oneri e proventi finanziari, oneri e proventi straordinari (dove il termine straordinario è legato non all'eccezionalità o all'anormalità degli eventi, ma alla loro estraneità rispetto all'attività abituale). In particolare, la performance della gestione non caratteristica è fortemente caratterizzata dall'andamento delle sopravvenienze attive e passive, per loro natura non pianificabili e non riconducibili ad un trend omogeneo.

Quest'ultimo elemento, dopo la parentesi dell'esercizio 2006, nel quale ha inciso una posta attiva straordinaria particolarmente "pesante" (l'elimi-

nazione contabile del fondo ferie non godute), nel 2007 si è attestato su importi non significativi, tant'è che la perdita risulta principalmente attribuibile al "core" dell'Azienda, mentre le componenti finanziarie e straordinarie hanno scarsa rilevanza.

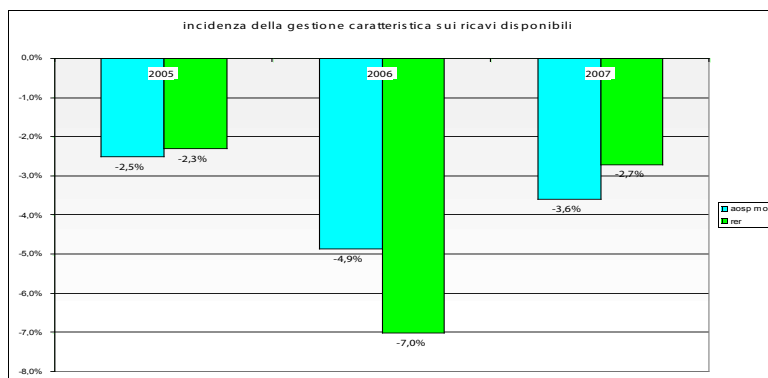
**Fig 2.1.2**



Fonte: banca dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale sui bilanci riclassificati delle aziende sanitarie regionali.

La gestione caratteristica evidenzia un trend di assorbimento dei ricavi disponibili che, ad eccezione del 2006, si mantiene sostanzialmente allineato a quello regionale. Ciò significa che il valore della produzione non è sufficiente per coprire i relativi costi, secondo una percentuale che rispecchia la media delle altre aziende ospedaliere.

**Fig. 2.1.3**



Fonte: banca dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale sui bilanci riclassificati delle aziende sanitarie regionali.

Sul fronte dei costi di produzione, di seguito viene rappresentato il grado di assorbimento dei ricavi disponibili, dettagliato per aggregati di fattori produttivi e confrontato con la media regionale delle aziende ospedaliere:

Fig. 2.1.4

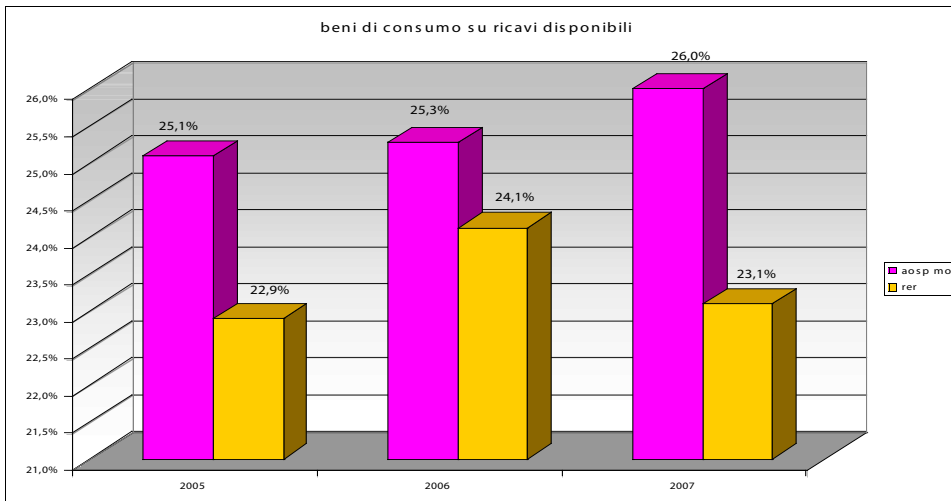


Fig. 2.1.5

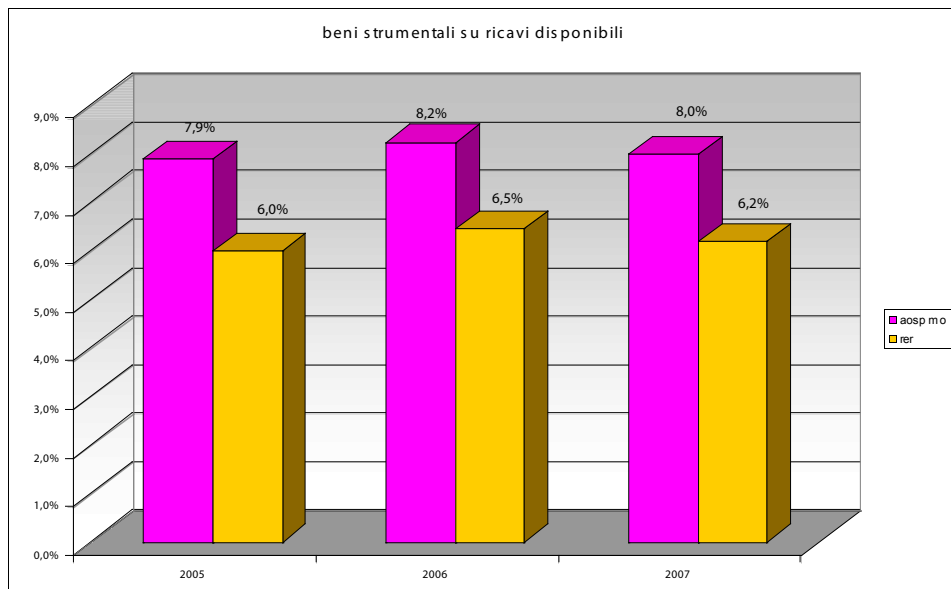
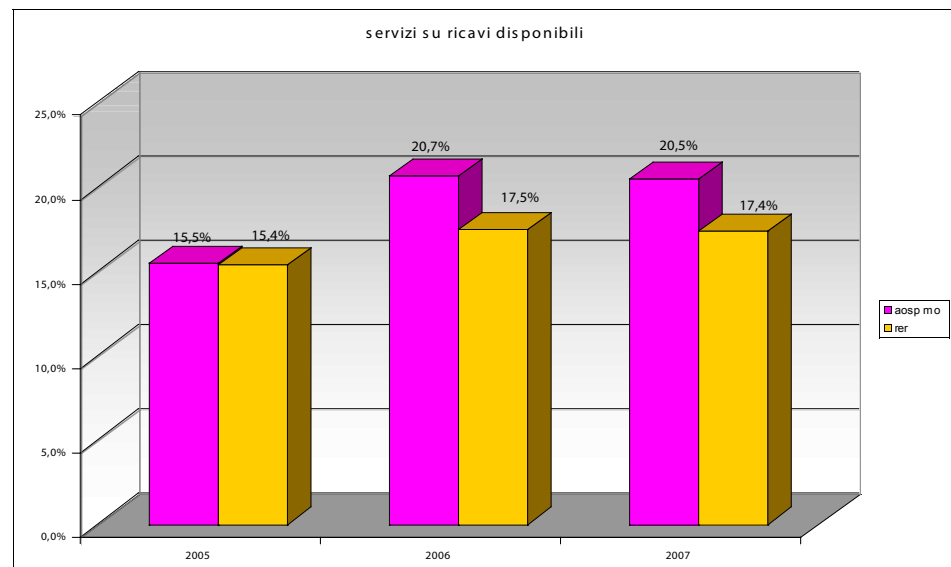


Fig. 2.1.6



Questo grafico richiede alcune integrazioni, che permettano di comprendere lo scostamento significativo che emerge nel 2007.

L'indice, infatti, viene elaborato dalla banca dati regionale al lordo dei farmaci in mobilità, che, per il Policlinico di Modena, hanno avuto un andamento in forte crescita: + 6,5 milioni di euro rispetto all'anno precedente, di cui 3,5 milioni di euro inseriti nei flussi di mobilità regionale ed extraregionale, 3 milioni di euro rimasti all'interno del bilancio aziendale.

Pertanto, depurato il costo per acquisto beni di consumo di queste variazioni, il grado di assorbimento sui ricavi disponibili si attesterebbe al 25,0% nel primo caso (cioè al netto dei 3,5 milioni di euro effettivamente rimborsati) e al 23,8% nel secondo caso (al netto di tutti i 6,5 milioni di euro non derivanti da consumi ospedalieri).

In entrambi i casi, la percentuale si riduce rispetto all'esercizio 2006 coerentemente con il trend regionale.



Fig. 2.1.7

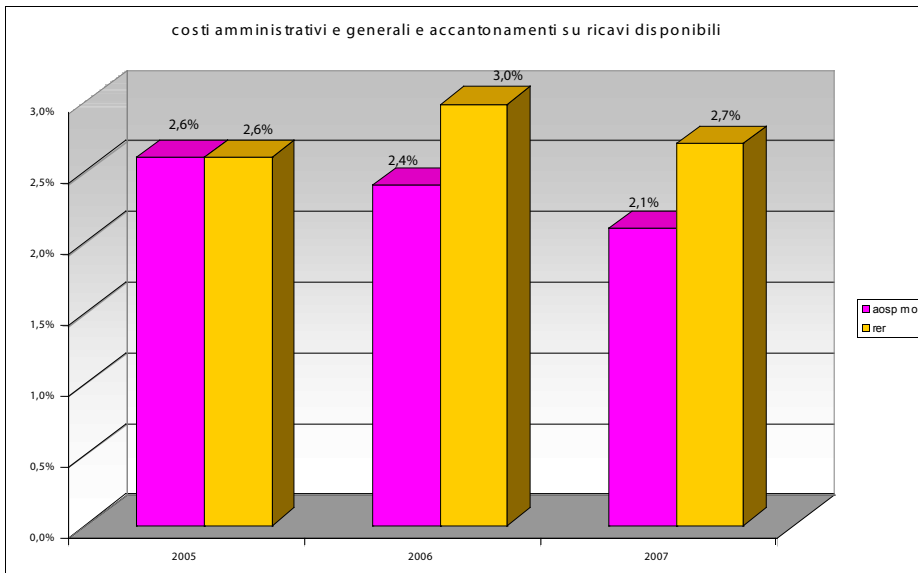
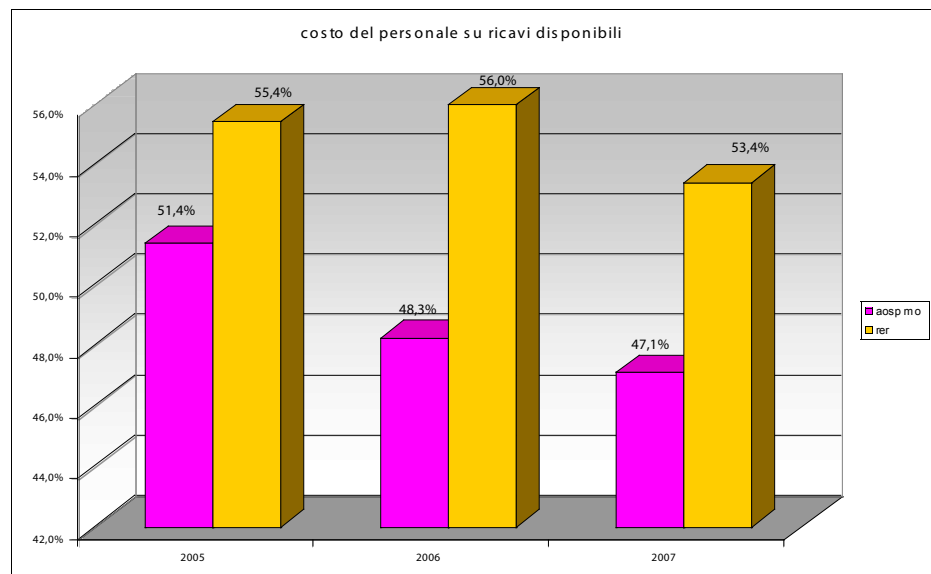


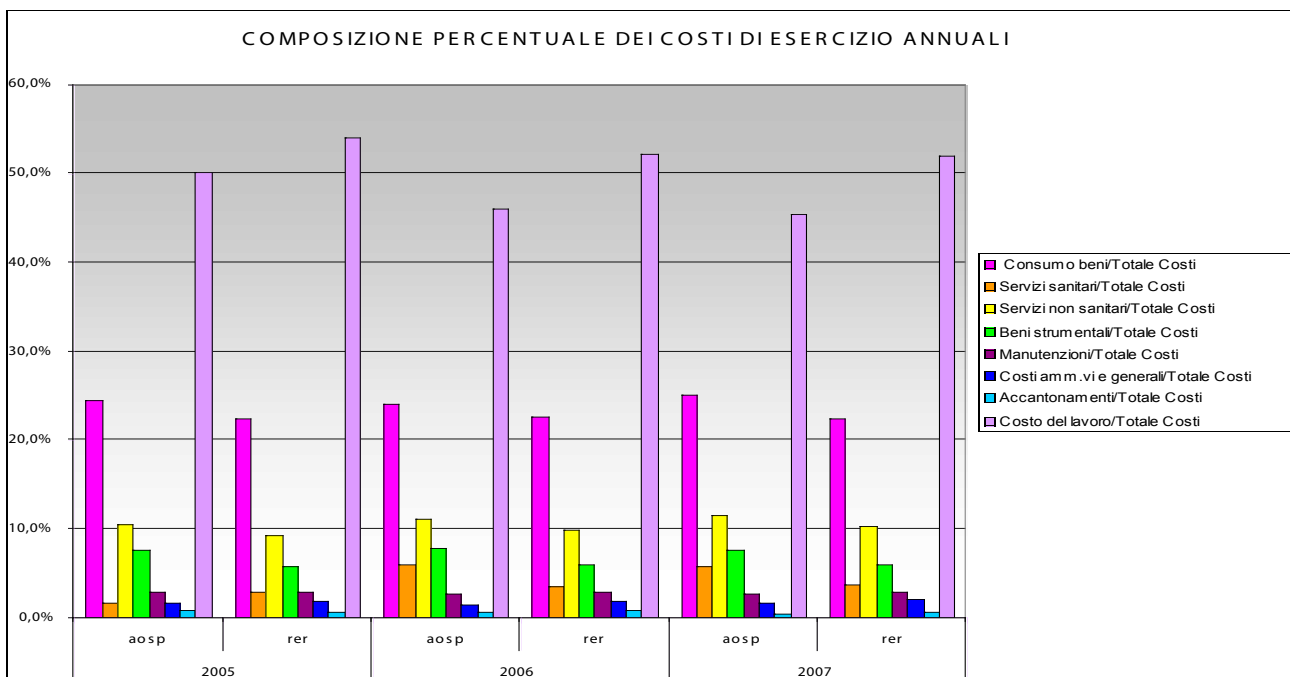
Fig. 2.1.8



Infine, viene presentata la composizione percentuale dei costi di esercizio annuali, anche in questo

caso comparata con quella regionale:

Fig. 2.1.9



L'andamento nell'ultimo triennio dei ricavi da mobilità attiva ha evidenziato il seguente trend:

Fig. 2.1.10

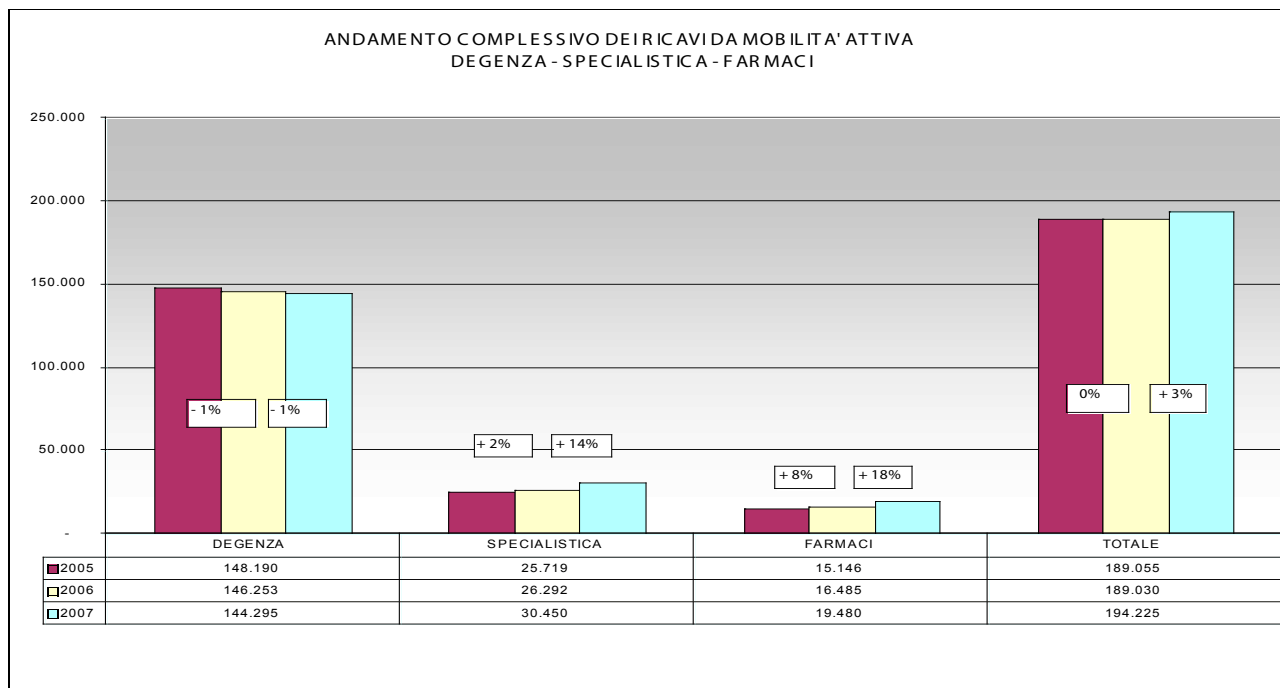
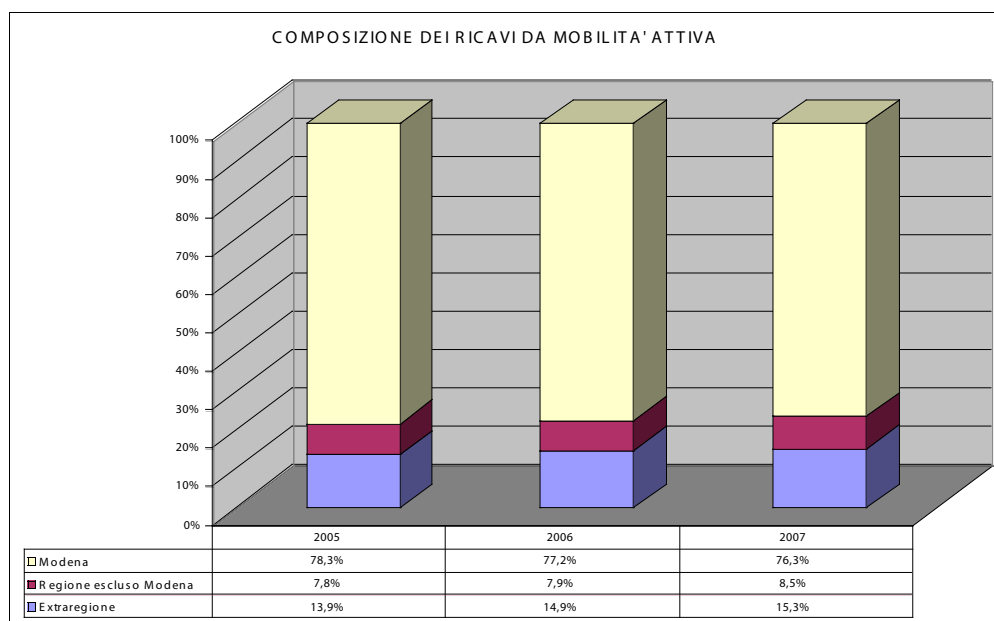


Fig. 2.1.11

Dall'analisi integrata di questi prospetti, si possono trarre alcune osservazioni generali sul posizionamento del Policlinico:

- si riduce la percentuale di assorbimento dei beni di consumo e dei beni strumentali, pur confermandosi su livelli più alti della media regionale;
- emerge nel 2006 e si conferma nel 2007 un significativo aumento dei costi per "Servizi sanitari e tecnici", che, pur a fronte di una crescita del livello medio regionale, si attesta su un +3%. Ciò è essenzialmente dovuto ai nuovi flussi economici di scambio di prestazioni sanitarie con l'Azienda UsI territoriale, conseguenti alla riorganizzazione ospedaliera provinciale, mentre la quota dei servizi tecnici in appalto rimane sostanzialmente costante;
- si riducono i costi amministrativi e generali e gli accantonamenti, che confermano un peso più basso rispetto alla percentuale regionale;
- si riduce infine in misura rilevante il peso del personale, per effetto del trasferimento all'ospedale di Baggiovara di alcune unità operative e del relativo personale.

Complessivamente, dal confronto con l'andamento



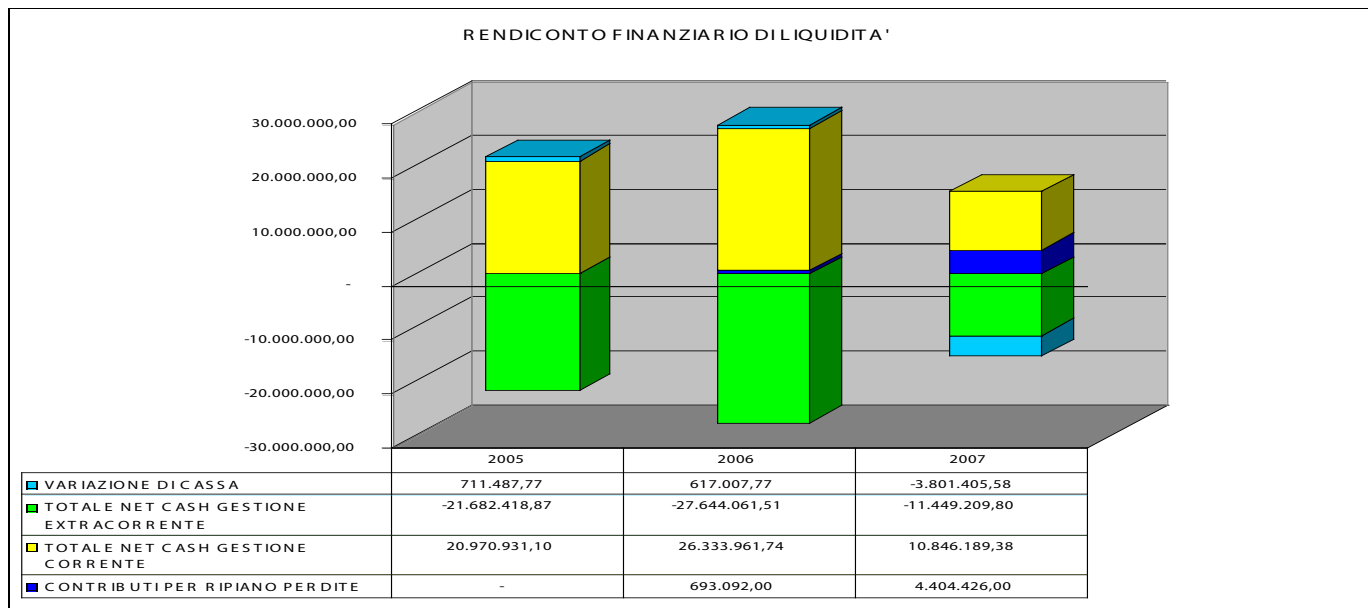
dei ricavi da mobilità attiva, i grafici rispecchiano il riassetto iniziato dal Policlinico nel 2005 e proseguito con più evidenza nel biennio successivo a seguito della progressiva realizzazione della rete ospedaliera provinciale.

Da una parte, la produzione evidenzia una riduzione contenuta nell'1-2% (concentrato nella degenza, mentre la specialistica ambulatoriale aumenta), con un riorientamento verso l'utenza infra ed extra regionale (dato coerente con la mission di alta specialità assegnata al Policlinico).

Dall'altra parte, si riducono i costi diretti (principalmente il personale e in minima parte anche i beni), aumentano gli scambi e si mantengono i costi fissi (servizi appaltati).

## 2.1.2 La sostenibilità finanziaria

Fig. 2.1.2.1

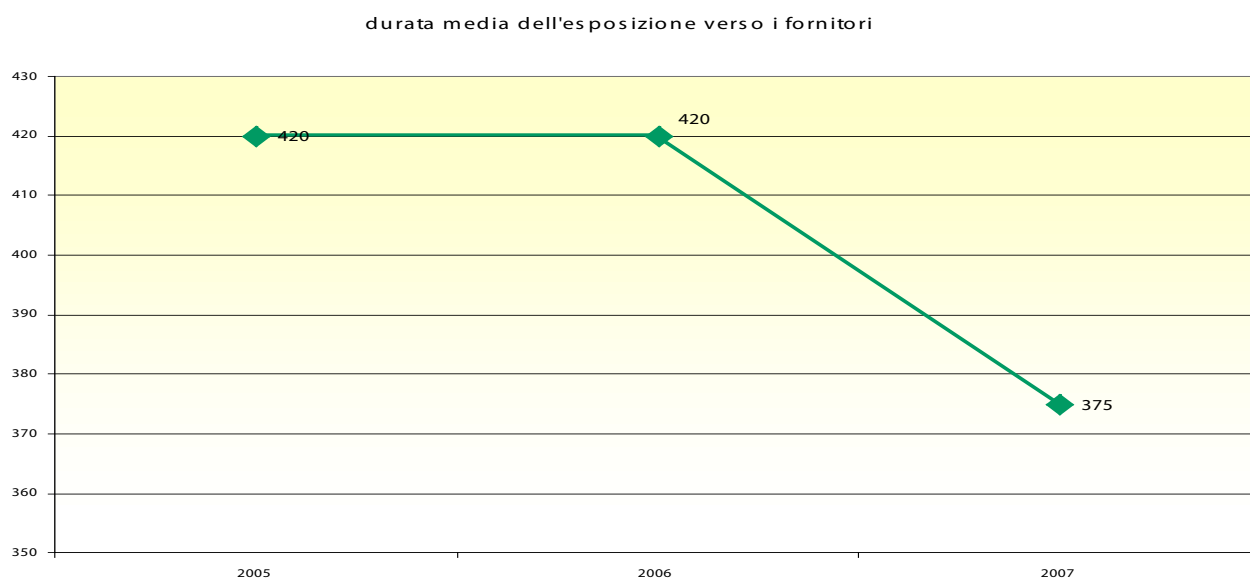


Rispetto all'esercizio 2006, la liquidità dell'anno 2007 si è mossa in modo complessivamente più coerente:

- si è ridotto il saldo negativo della gestione extracorrente, per effetto da una parte dell'incasso del mutuo acceso a settembre, dall'altra della riduzione dei tempi di riscossione dei finanziamenti in conto capitale

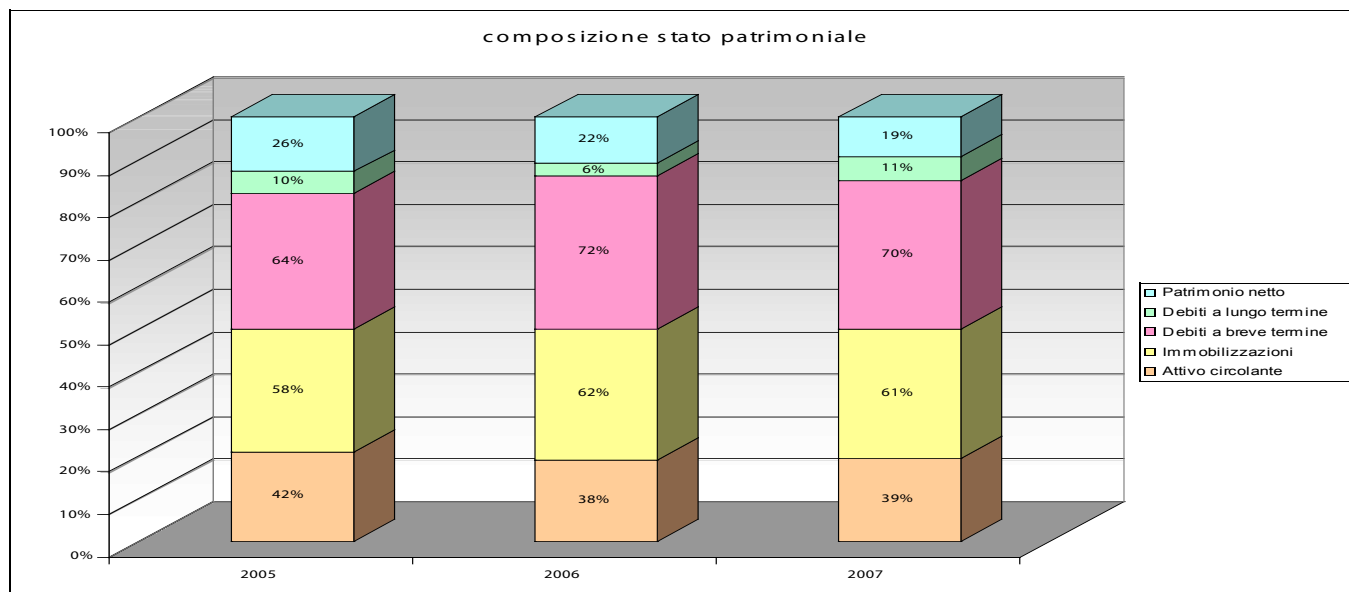
- si è ridotto il saldo positivo della gestione corrente, in conseguenza di un maggior pagamento di fatture ai fornitori di beni e servizi, come rappresentato dal grafico sottostante che illustra visivamente la riduzione dei tempi di pagamento maturata al 31.12.2007.

Fig. 2.1.2.2



## 2.1.3 La sostenibilità patrimoniale

Fig. 2.1.2.3



Dal confronto con gli esercizi precedenti, la situazione patrimoniale al 31.12.2007 evidenzia quanto segue:

1. il peso degli impieghi a medio - lungo termine (investimenti) rimane sostanzialmente stabile, con un piccolo decremento a favore dell'attivo circolante (crediti + rimanenze), che vede aumentare il proprio volume di crediti non riscossi;
2. prosegue l'erosione del patrimonio netto, per effetto delle sterilizzazioni e delle perdite por-

tate a nuovo, si riducono i debiti a breve termine, coerentemente con la diminuzione dei tempi di pagamento delle forniture, mentre aumentano quelli a medio - lungo termine, a causa dell'accensione di un nuovo mutuo.

Ne emerge, perciò, una situazione patrimoniale più equilibrata, ottenuta sostanzialmente grazie alla focalizzazione dell'attenzione sul rapporto investimenti - fonti di finanziamento, che, dall'esercizio 2007, diventa elemento cardine delle politiche di governo aziendale (vedi grafici sottoriportati).

Tab. 2.1.3.2 Valore Assoluto Nuovi Investimenti (in milioni di euro)

	2005	2006	2007
Immobilizzazioni Immateriali	0,095	1,180	1,149
Terreni			0,280
Fabbricati Indisponibili	6,793	8,204	6,076
Impianti e Macchinari	4,516	3,347	4,728
Attrezzature Sanitarie	4,454	7,301	6,983
Attrezzature Informatiche	0,772	0,616	0,365
Mobili e Arredi	0,914	0,293	0,894
Immobilizzazioni Materiali in Corso	3,437	6,239	11,578
<b>Totale</b>	<b>20,981</b>	<b>27,180</b>	<b>32,053</b>

Fig. 2.1.3.3

MODALITA' DI COPERTURA DEGLI INVESTIMENTI ANNO 2007

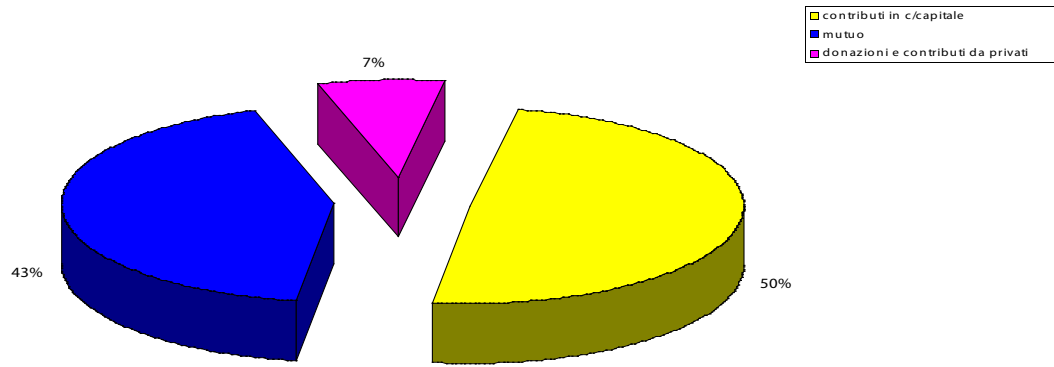


Fig. 2.1.3.4

grado di copertura investimenti con contributi pubblici

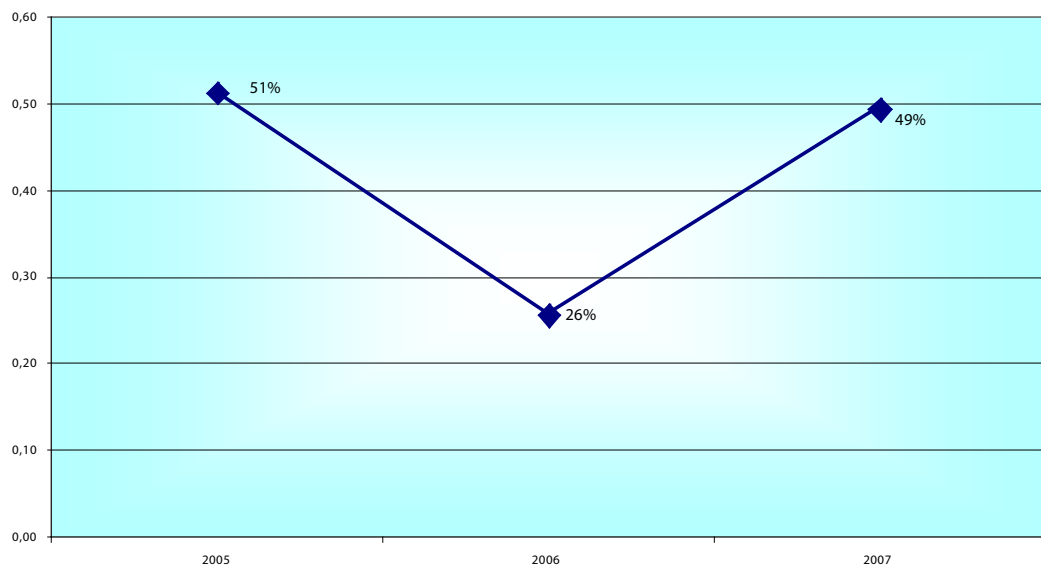
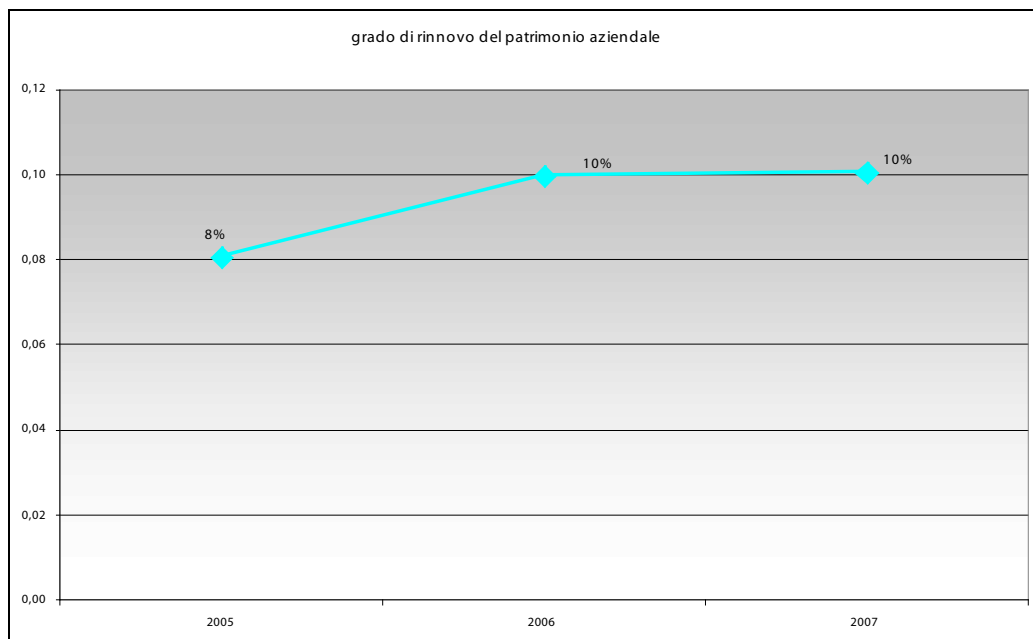
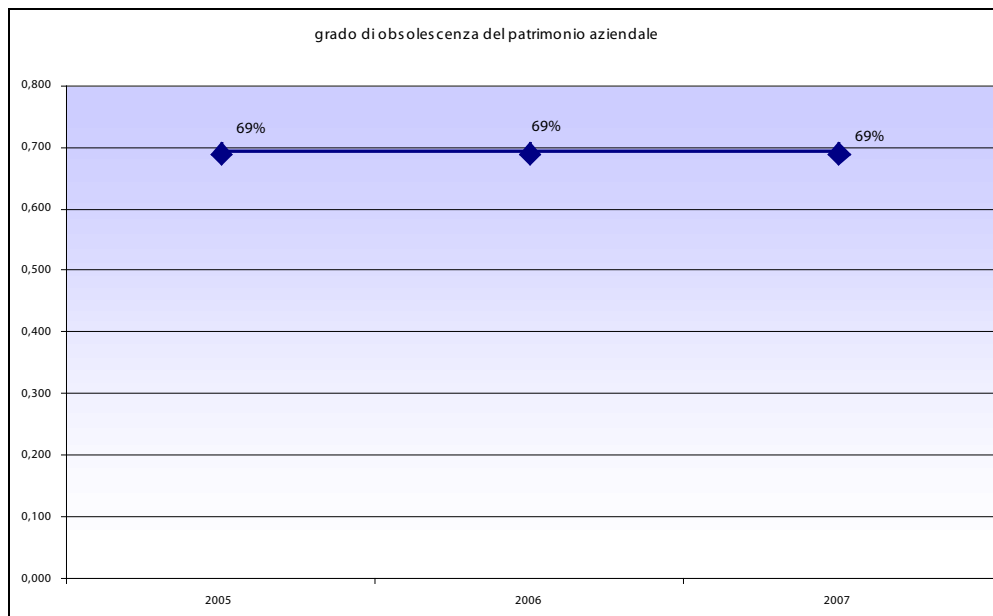


Fig. 2.1.3.5

grado di rinnovo del patrimonio aziendale



**Fig. 2.1.3.6**



## 2.2

### Impatto sul contesto territoriale (economico, sociale, culturale)

#### 2.2.1 Impatto economico

La rilevanza del contributo dell'AOU Policlinico di Modena all'economia del territorio è illustrata dalle tabelle figure e dai dati seguenti riferiti a: Contributo dell'Azienda all'economia del territorio

- Unità di personale totale e suddiviso per ruolo (Tab. 2.2.1.1)
- Numero di dipendenti dell' Azienda / totale occupati nell'ambito territoriale (Fig. 2.2.1.2)
- Numero totale di lavoratori stranieri
- Numero dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette (Fig. 2.2.1.3)
- Numero di dipendenti della azienda/totale occupati nell'ambito territoriale
- Numero di dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale (Fig. 2.2.1.5)
- Volume degli emolumenti erogati per personale dipendente; integrazione agli universitari; compensi a collaboratori, specializzandi, borsisti, ecc. (Tab. 2.2.1.6, Fig. 2.2.1.6a, Fig. 2.2.1.6b)
- Valore degli emolumenti corrisposti dall'Uni-

versità a ricercatori/docenti (Tab. 2.2.1.7)

- Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione (Tab. 2.2.1.8)

Relativamente al numero di studenti per corso di laurea ed al numero medici in formazione specialistica vedasi il quarto Paragrafo di questo secondo Capitolo.

#### 2.2.1.1 Unità di personale totale e suddiviso per ruolo

Il totale delle unità di personale in servizio presso AOU Policlinico di Modena è risultato essere nel 2007 di n° 2.618, delle quali 2.431 dipendenti dal SSR e 187 dipendenti da UNIMORE. Si è registrato un aumento rispetto all'anno precedente, ma si rimane ancora di ben 173 unità di personale al di sotto dei 2.791 unità di personale in servizio nel 2004 (Tab. 2.2.1.1). La distribuzione dei dipendenti per ruolo e profilo tra il 2004 e il 2007 si caratterizza per oscillare tra il 17 il 18% di medici, tra il 2 e il 2,4% di professionisti sanitari non medici, tra il 1 e lo 0,6% dei dirigenti dell'area tecnico-amministrativa, tra il 43 e il 44,3% di infermieri, tra il 9 e il 10% di tecnici sanitari, tra il 6,5 e 7,5% di OTAA/OSS, tra il 9 e 11% di altro personale tecnico, tra il 9 e il 9,6% di personale amministrativo, e quindi in generale, tra il 20 e il 21% di personale dirigente e 79-80% di personale non dirigente area comparto.

Fig. 2.2.1.1

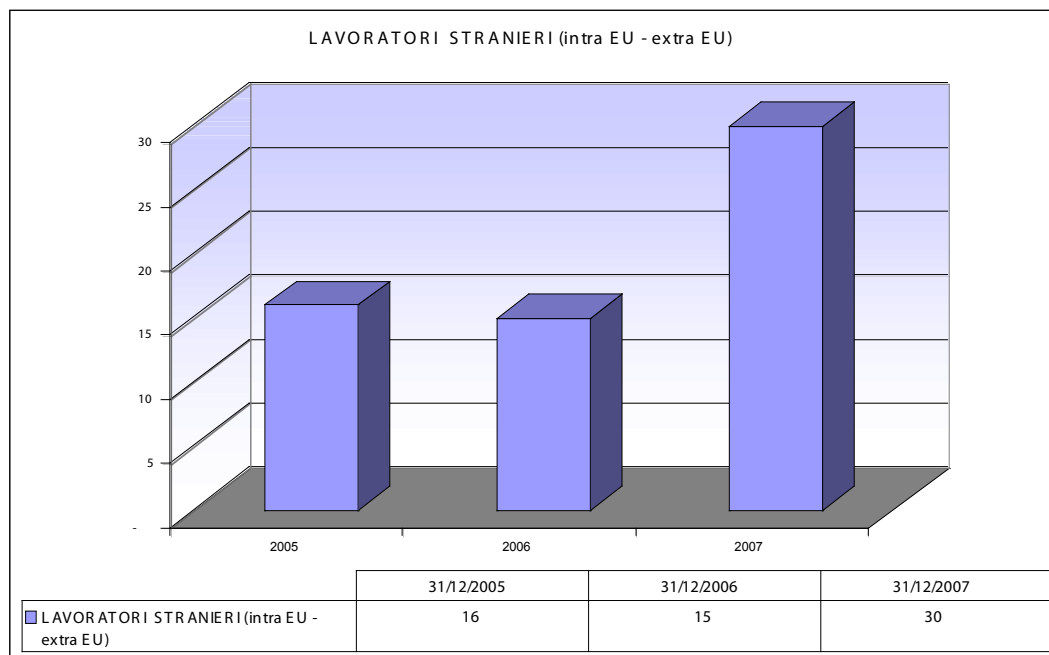
AOU Policlinico di Modena - Dotazione Organica - Andamento negli Anni 2004 - 2005 - 2006 -2007																
Anno*	Ente di Dipendenza	Area Dirigenza				Area Comparto						Ruolo Amministrativo	Totale Area Comparto	Totale Generale	Δ N. sul 2004	Δ % sul 2004
		Medici	Sanitari	Professionale/Tecnica/ Amministrativa	Totale Area Dirigenza	Ruolo Sanitario			Ruolo Tecnico							
						Infermieri	Tecnici Sanitari Riabil, Vigli.is.	Totale Ruolo Sanitario	OTAA - OSS	Altro Personale	Totale Ruolo Tecnico					
2004	SSN	354	31	17	402	1.209	247	1.456	187	307	494	248	2.198	2.600		
	Unimore	129	14		143	15	28	43		2	2	3	48	191		
	Totale	483	45	17	545	1.224	275	1.499	187	309	496	251	2246	2.791		
	% sul Totale 2004	17,0%	2,0%	1,0%	20,0%	44,0%	10,0%	54,0%	7,0%	11,0%	18,0%	9,0%	80,0%			
2005	SSN	365	33	17	415	1.155	255	1410	188	251	439	249	2098	2.513	-87	-3,3
	Unimore	137	20		157	15	24	39		2	2	3	44	201	10	5,2
	Totale	502	53	17	572	1.170	279	1.449	188	253	441	252	2142	2.714	-77	-2,8
	% sul Totale 2005	18,0%	2,0%	1,0%	21,0%	43,0%	10,0%	53,0%	7,0%	9,0%	16,0%	9,0%	79,0%			
2006	SSN	326	37	18	381	1.113	217	1.330	166	242	408	242	1.980	2.361	-239	-9,2
	Unimore	125	21		146	14	20	34		3	3	2	39	185	-7	-3,7
	Totale	451	58	18	527	1.127	237	1364	166	245	411	244	2.019	2.545	-246	-8,8
	% sul Totale 2006	17,7%	2,3%	0,7%	20,7%	44,3%	9,3%	53,6%	6,5%	9,6%	16,1%	9,6%	79,3%			
2007	SSN	333	42	17	392	1.144	223	1.367	193	241	434	238	2.039	2.431	-169	-6,5
	Unimore	123	22		144	14	24	38		3	3	2	43	188	-4	-2,1
	Totale	455	64	17	536	1.158	247	1.405	193	244	437	240	2.082	2.619	-173	-6,2
	% sul Totale 2007	17,4%	2,4%	0,6%	20,5%	44,2%	9,4%	9,3%	7,4%	9,3%	16,7%	9,2%	79,5%			

\* Nota Rilevazioni al 31 Dicembre

### 2.2.1.2 Numero totale di lavoratori stranieri

Il numero dei lavoratori stranieri è raddoppiato rispetto all'anno precedente, (Fig. 2.2.1.2), anche se si rimane al livello di poche decine.

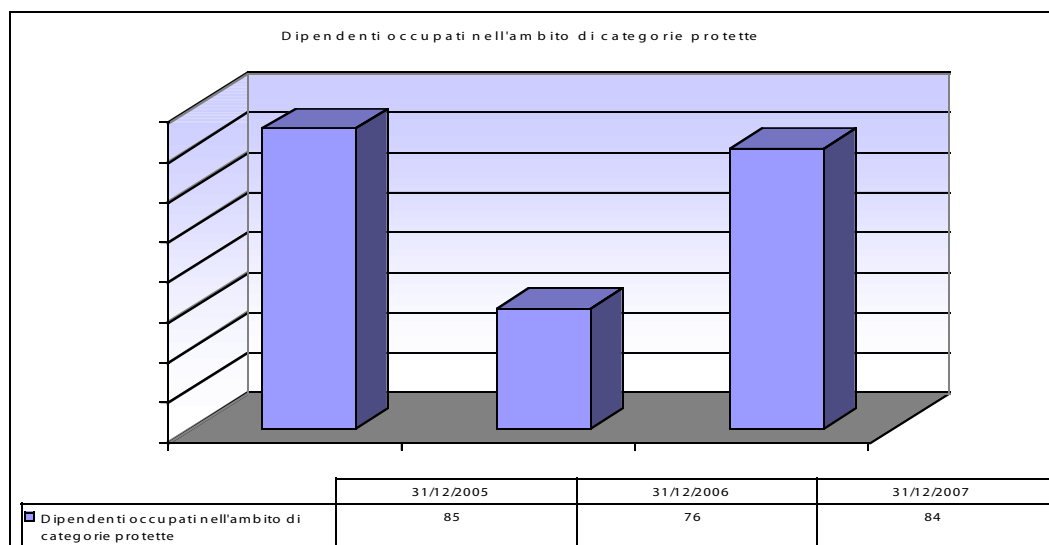
Fig. 2.2.1.2



### 2.2.1.3 Numero dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette

Relativamente alla occupazione nell'ambito di categorie protette si è registrato un ritorno ai livelli del 2005 dopo la riduzione registrata nel 2006. (Fig. 2.2.1.3)

Fig. 2.2.1.3



### 2.2.1.4 n° Dipendenti/Totale occupati Ambito Territoriale

Gli occupati medi in Provincia di Modena nel 2007 sono stati stimati dall'Istat in 316.000. (fonte: Indagine Istat. Rilevazione continua sulle forze di lavoro)

Gli occupati medi nel Comune di Modena nel 2006 sono stati stimati dal Comune di Modena in circa 82.000

Gli occupati presso AOU Policlinico di Modena, compreso il personale convenzionato dipendente dall'Università degli Studi di Modena e Reg-

gio Emilia ed assegnato alla Facoltà di Medicina e Chirurgia sono stati 2.619, al netto del personale assunto e cessato in corso d'anno.

Il contributo all'occupazione in Provincia di Modena e nel Comune di Modena di AOU Policlinico di Modena nel 2007 è quindi, stimabile rispettivamente, nel 0,83% e nel 2,6%.

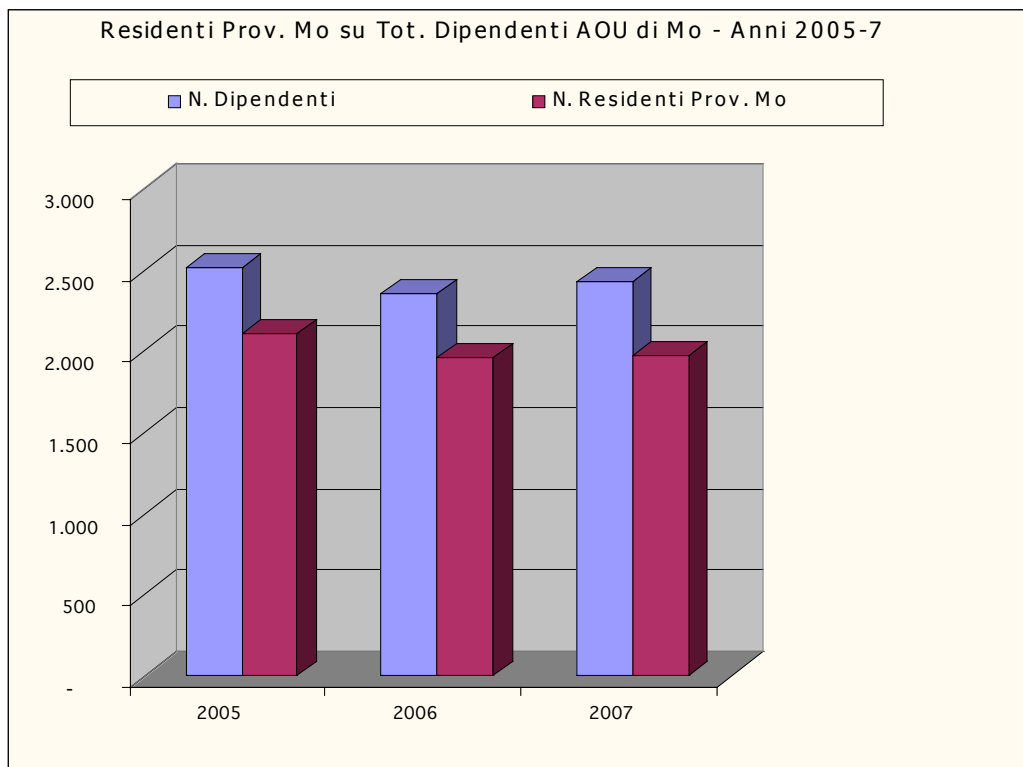
Tale stima non tiene conto dell'occupazione indotta tramite l'appalto di servizi nell'ambito delle funzioni di Ospitalità, Manutenzione ordinaria edile ed impiantistica, gestione impianti e dotazioni strumentali ed elaborazione dati. Ne consegue che la stima è certamente per difetto.



### 2.2.1.5 Numero di dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale

Nel 2007 i dipendenti residenti in provincia di Modena sono rimasti pressochè stabili rispetto all'anno precedente, ma la loro percentuale sul totale si è ridotta essendo determinato il già richiamato aumento dell'unità di personale nel 2007.

Fig. 2.2.1.5



### 2.2.1.6 Volume degli emolumenti erogati per personale dipendente; integrazione agli universitari; compensi a collaboratori, specializzandi, borsisti,

Gli emolumenti erogati a dipendenti del SSR nel 2007 sono diminuiti rispetto all'anno precedente (Tab. 2.2.1.6), così come gli emolumenti di addetti con contratto diverso da quello di dipendenza e le integrazioni a dipendenti di UNIMORE. Complessivamente si è scesi da quasi 89 milioni di euri a meno di 88 milioni di euri.

Tab. 2.2.1.6

Emolumenti a Dipendenti e Non - AOU di Mo - Anni 2005 - 2007						
	2005		2006		2007	
	€	%	€	%	€	%
R.11 - DIRIGENZA MEDICA	24.244.843,38		25.367.715,64		24.134.220,81	
R.10 - DIRIGENZA NON MEDICA	2.165.042,84		2.512.238,26		2.644.820,53	
R.1 - COMPARTO SANITARIO	36.942.695,34		36.141.691,76		36.697.122,15	
R.12 - DIRIGENZA PROFESSIONALE	386.093,39		444.331,34		436.837,06	
R.13 - DIRIGENZA TECNICA	179.741,12		94.607,88		70.359,58	
R.3 - COMPARTO TECNICO	9.401.880,54		9.029.648,03		8.993.040,46	
R.14 - DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	459.368,80		499.065,21		496.868,78	
R.4 - COMPARTO AMMINISTRATIVO	5.344.087,18		5.816.801,63		5.822.398,76	
Totale Emolumenti erogati Dipendenti AOUMo	79.123.752,59	90,02%	79.906.099,75	89,85%	79.295.668,13	90,34%
Integrazioni erogate a Dipendenti Uni.Mo.Re.	4.548.571,64	5,18%	4.349.324,95	4,89%	4.186.143,48	4,77%
Lavoro Interinale e Collaborazioni Sanitarie	3.518.647,66	4,00%	3.852.256,73	4,33%	3.674.560,37	4,19%
Lavoro Interinale e Collaborazioni non Sanitarie	477.926,82	0,54%	556.271,42	0,63%	421.818,60	0,48%
Borsisti	222.222,20	0,25%	267.327,38	0,30%	200.631,17	0,23%
Totale Emolumenti al netto di IRAP e Contributi	87.891.120,91	100,00%	88.931.280,23	100,00%	87.778.821,75	100,00%
IRAP	6.888.955,45	5,78%	7.386.499,21	6,14%	6.966.431,06	5,86%
Contributi Previdenziali	24.421.307,82	20,49%	24.067.382,40	19,99%	24.152.283,42	20,31%
Totale Emolumenti con Contributi Previdenziali e IRAP	119.201.384,18		120.385.161,84		118.897.536,23	

La distribuzione degli emolumenti non è stata omogenea per ruolo e profilo (Fig. 2.2.1.6a) essendosi registrato in realtà un aumento degli emolumenti per il personale del comparto sanitario e lievemente per la dirigenza non medica ed il comparto amministrativo. Tenendo conto di IRAP e contributi previdenziali la spesa per l'insieme del personale è ammontata a quasi 119 milioni di euri contro gli ol-

tre 120 milioni di euri del 2006 (Fig.2.2.1.6b). Tale andamento, in controtendenza rispetto all'incremento dell'unità di personale dipendente si spiega con il fenomeno del turn-over che determina la fuoriuscita di personale a più elevata retribuzione per le quote relative all'anzianità di servizio e per l'incremento più consistente registratosi tra le tipologie di personale a minor costo, nello specifico 2007 gli OTAA-OSS.

Fig. 2.2.1.6 a

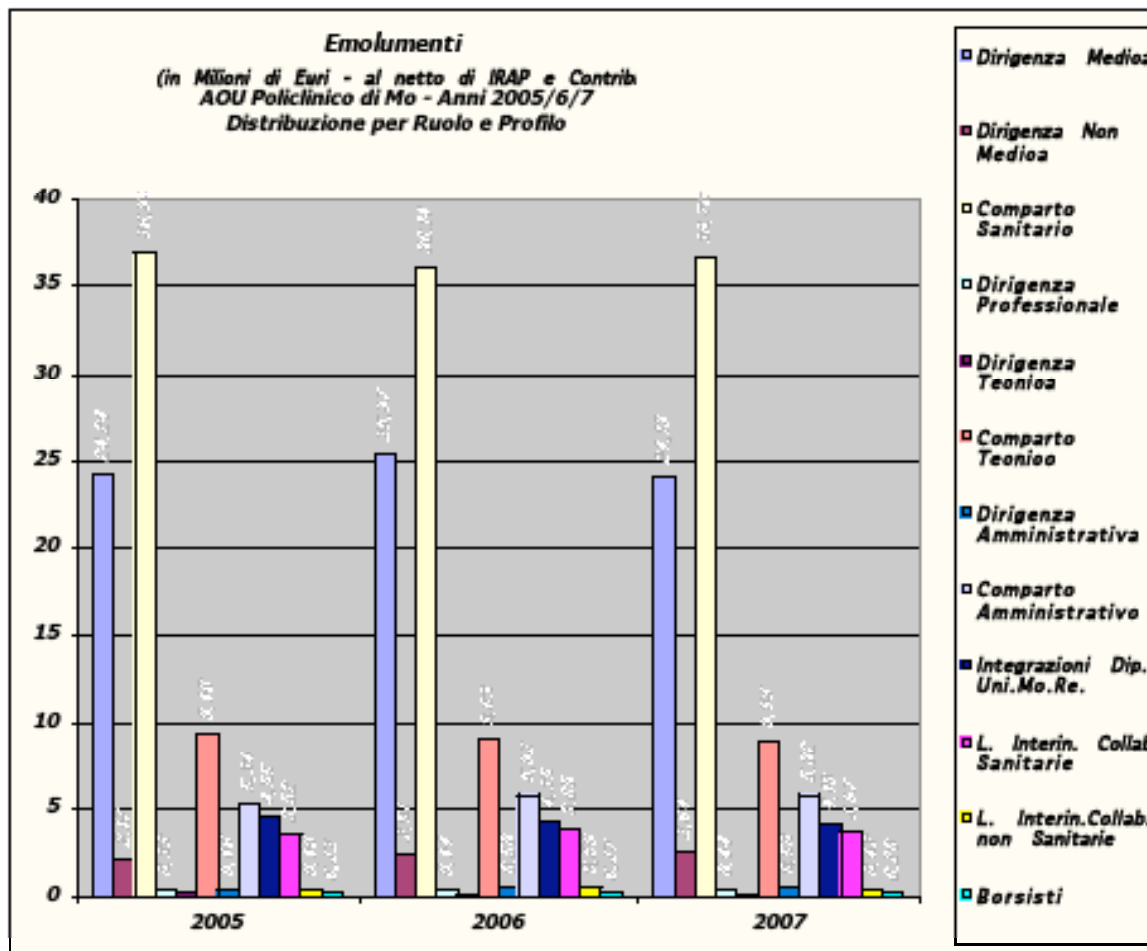
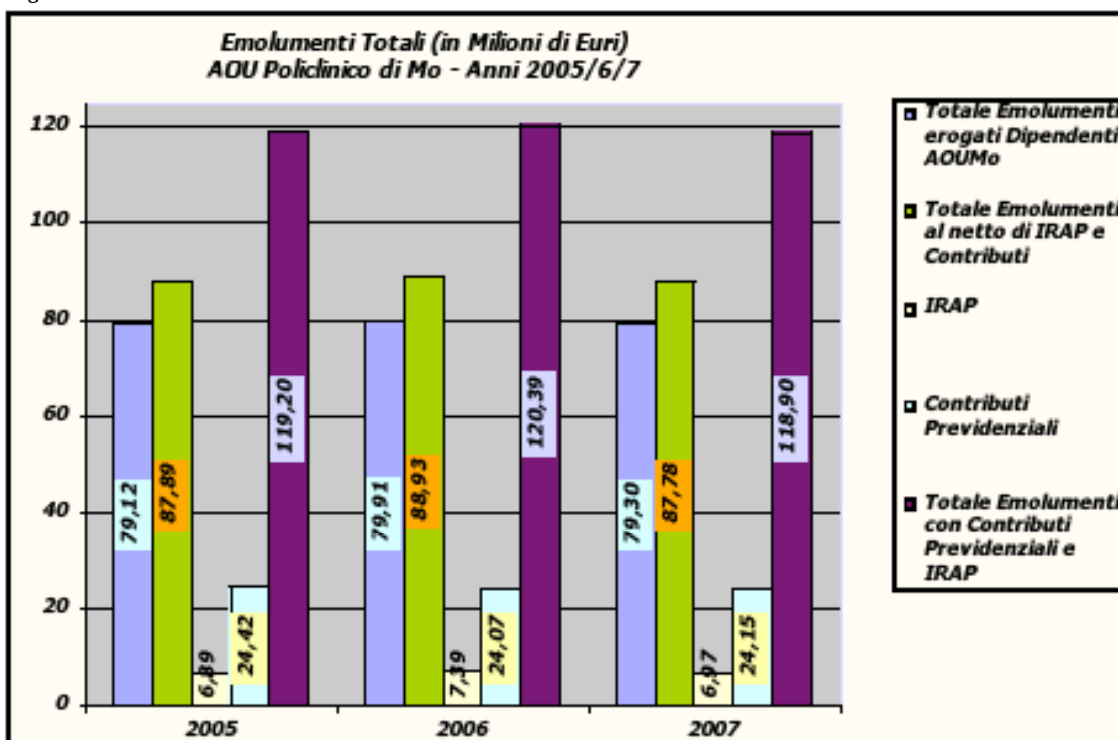
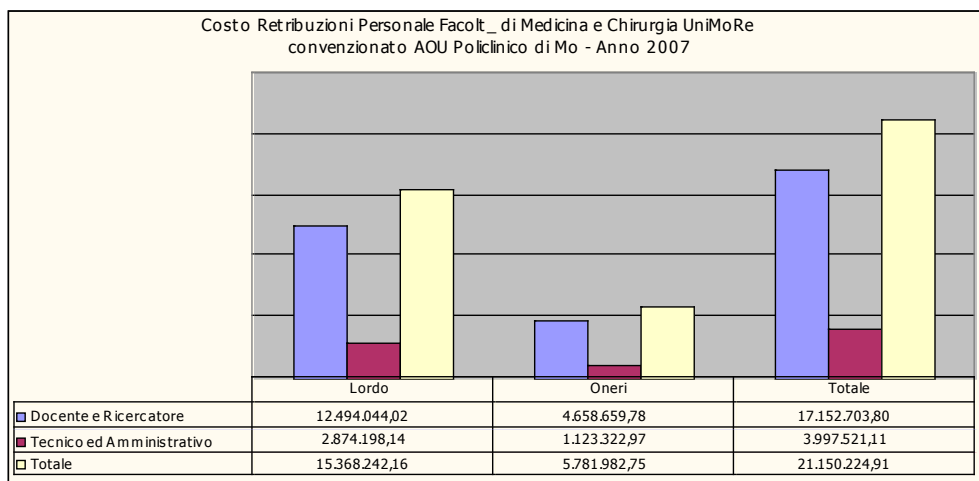


Fig. 2.2.1.6 b



### 2.2.1.7 Valore Emolumenti dip. UniMoRe



### 2.2.1.8 Servizi Acquistati Az. Prov. E Reg

Importi per Acquisti da Fornitori della Provincia di Modena - Distribuzione per Tipologia di Prodotto e UO Responsabile Procedimento - Aou Policlinico di Modena - Anno 2007		
Prodotti	Farmacia	Economato
Deflussori	€ 288,00	€ -
Monodose	€ 1.162,08	€ 50.400,00
Kit per Ginecologia/Ago	€ 4.788,00	€ 44,64
Deflussori E Filtri Prolunghe Siringhe E Tappi	€ 7.978,34	€ 51.969,84
Set Drenaggi Toracici Cateteri Toracici	€ 10.516,00	€ 969,86
Alcool/Acqua Ossigenata/Vasellina/Cotone/Borse/Caraffe/Materiale Plastico Laboratorio	€ 11.326,17	€ 25.080,58
Medicinali Extra P.T.R.	€ 38.106,76	€ -
Farmaci	€ 125.964,91	€ -
Filtri Rianimazione E Cartucce Filtri Dialisi	€ 138.936,53	€ 27.518,40
Sacche Sangue/Filtri Sangue/Set Per Plasma/Schede Macchina Trasfusionale	€ 374.904,36	€ 21.020,00
Sacche Sangue Per Plasmaferesi	€ 2.535.755,18	
Ago	€ -	€ 6.604,00
Ampolle Aereosol	€ -	€ 1.104,00
Camici Anatomia Patologica	€ -	€ 3.006,94
Cancelleria	€ -	€ 3.247,18
Drenaggi	€ -	€ 18.433,20
Drum	€ -	€ 648,00
Latte	€ -	€ 4.090,18
Licenze Software	€ -	€ 5.344,80
Manutenzione e Ampliamenti Informatici	€ -	€ 1.480.898,33
Materiale Fotografico	€ -	€ 124,58
Materiale Informatico	€ -	€ 62.877,84
Materiale Sanitario Vario	€ -	€ 5.345,64
Monouso Convivenza	€ -	€ 169.280,21
Noleggio Tv Urap e Senza Gettoniera	€ -	€ 6.904,72
Pile	€ -	€ 12.780,06
Prese Elettriche Presidio	€ -	€ 65.239,20
Protesi Odontoiatriche	€ -	€ 4.786,37
Protesi Odontoiatriche	€ -	€ 69.968,63
Stampati	€ -	€ 4.214,35
Tv	€ -	€ 4.837,68
Tv e lettori	€ -	€ 1.664,00
Scarico Dati Ambulatoriali		€ 60.606,20
<b>Totale per UO competente all'Acquisto</b>	<b>€ 3.249.726,33</b>	<b>€ 2.169.009,43</b>
<b>Totale Generale</b>	<b>€ 5.418.735,76</b>	

Nel 2007 gli emolumenti dei dipendenti di UNIMORE assegnati alla Facoltà di Medicina e Chirurgia ed integrati nell'AOU Policlinico di Modena ammontavano complessivamente (Fig. 2.2.1.7) ad oltre 15 milioni di euro e ad oltre 5,5 milioni di euro di contributi, superando complessivamente quota 21 milioni di euro.

Tali entità, sommate a quelle corrisposte e sostenute da AOU Policlinico di Modena per i dipendenti del SSR e per le figure legate da altre tipologie contrattuali porta rispettivamente oltre 103 milioni di euro gli emolumenti corrisposti al netto di contributi e IRAP e ad oltre 140 milioni di euro il costo totale del personale impegnato nelle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, che si espletano presso la nostra azienda e presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di UNIMORE per la quota parte integrata/convenzionata.

Il valore dei beni acquisiti presso aziende della provincia di Modena nel 2007 e complessivamente risultato di oltre 5 milioni di euro (Tab. 2.2.1.8). Le tipologie di tali beni acquisiti e varia comprendendo farmaci, dispositivi medici, materiali economici particolarmente per i servizi informatici.

**2.2.1.9 Numero Studenti per corso di laurea**  
**C.f.r. paragrafo 2.4.2 Didattica**

**2.2.1.10 N. Medici in Formazione specialistica**  
**C.f.r. paragrafo 2.4.2 Didattica**

**2.2.2 Impatto Sociale**

L'ammontare di donazioni, lasciti, e contributi (Tab. 2.2.2 a), su iniziativa di cittadini, fondazioni bancarie ed altri soggetti espressione della funzione sociale svolta dall'Azienda e del suo riconoscimento per l'anno 2007 ammonta complessivamente a € 1.328.945,95 ed è risultante nell'insieme di n. 30 erogazioni liberali per un ammontare di € 681.414,00 e di n. 12 donazioni per un importo di € 59.656,95.

La distribuzione per tipologia di donante e di donazione evidenzia che quelle in denaro sono state complessivamente n. 27 per un importo di € 222.890,00, i proventi dalle banche ammontano a € 1.046.400,00 e le donazione di beni a € 59.655,95. Rispetto all'anno 2006 (Tab. 2.2.2 b), si registra una

flessione complessiva del 31% per le prime due voci citate, mentre invece le donazioni dei beni sono incrementate del 30%.

Nell'anno 2007 la Fondazione Cassa di Risparmio di Modena a fronte di progetti di ricerca in ambito oncologico ha assegnato all'Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico di Modena i seguenti contributi:

- € 450.000,00 per il progetto di acquisto di una strumentazione Spect - Ct nell'ambito della ricerca "Imaging morfo-funzionale dei processi neoplastici: l'approccio SPECT-CT"
- € 510.000,00 per l'acquisto di una TAC per radioterapia nell'ambito della ricerca "Radioterapia 4D con gating respiratorio ..."
- € 86.000,00 per l'acquisizione di attrezzature destinate alla brachiterapia nell'ambito della ricerca "Potenziamento delle attività di brachiterapia con avvio di procedure di radioterapia intra-perioperatoria".

I predetti contributi vengono concessi all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena al termine dei Progetti e/o acquisti delle apparecchiature

Nella seguente tabella è illustrata la distribuzione per Donante.

**Tab. 2.2.2 a**

Erogazioni Liberali e Donazioni - AOU Policlinico di MO - Anno 2007								
Donante	Erogazioni Liberali			Donazioni		Totali		
	N	\$	€	N	€	N	\$	€
Privati cittadini	9		2.140,00	3	3.234,00	12		5.374,00
Associazioni	5		50.550,00	5	32.237,15	10		82.787,15
Banche	3		1.046.400,00			3		1.046.400,00
Case farmaceutiche	11		118.000,00	3	5.434,80	14		123.434,80
Altri*	2		47.200,00	1	18.750,00	3		65.950,00
<b>Totali</b>	<b>30</b>		<b>1.269.290,00</b>	<b>12</b>	<b>59.655,95</b>	<b>42</b>		<b>1.328.945,95</b>

\* (Aut. Ferrari + Università)

**Tab. 2.2.2 b**

Distribuzione per Tipologia di Donante e di Donazione AOU Policlinico di Modena - Donazioni Anni 2002/2007								
Anni	Denaro da Privati		Denaro da Fondazioni di origine bancaria e da Altri Soggetti		Altri beni		totali	
	N	€	N	€	N	€	N	€
2002	27	139.028,00	1	2.324.056,00	13	131.613,00	41	2.594.697
2003	43	178.844,00	1	400.000,00	21	96.800,00	65	675.644
2004	50	312.145,00	1	93.500,00	19	74.733,00	70	480.378
2005	43	268.032,00	1	67.179,00	8	44.526,00	52	379.737
2006	45	337.423,12	2	1.544.000,00	11	45.578,88	58	1.927.002
2007	27	222.890,00	3	1.046.400,00	12	59.655,95	42	1.328.945,95

### 2.2.3 Impatto culturale

AOU di Modena è proprietaria di alcune opere d'arte ed ha iniziato da qualche anno l'opera di catalogazione di tutto il patrimonio artistico culturale presente nel Policlinico ai fini della sua conservazione. Due di queste opere (dipinti su olio) sono state anche esposte in occasione della mostra "Le arti della salute. Il patrimonio culturale e scientifico della Sanità Pubblica in Emilia – Romagna" organizzata dall'Assessorato alla Sanità, dall'Assessorato alla Cultura e dall'Istituto per i Beni artistici Culturali e Naturali della Regione Emilia – Romagna nell'anno 2005.

L'opera di recupero del patrimonio artistico è proseguita anche nel corso del 2006 con la catalogazione complessiva di oltre 100 oggetti.

Sono stati inoltre effettuati sopralluoghi, prima del loro trasloco, nei locali in uso alle Unità Operative trasferite all'AUSL di Modena presso l'Ospedale di Baggiovara.

E' stata completata la catalogazione dei beni artistici ospitati nei locali in uso delle direzioni generale e sanitaria ed amministrativa e di quelli assegnati agli organi di staff, nonché la valutazione dei testi antichi custoditi provvisoriamente presso l'Ufficio Formazione ed Aggiornamento.

E' in programma la catalogazione dei beni artistici dislocati presso le sedi Dipartimentali.

### 2.2.4 Impatto Ambientale (Politiche di Risparmio energetico e rispetto ambientale: politiche tariffarie e fonti energetiche)

#### A) Energia Elettrica

Da 5 anni siamo sul mercato libero, cioè acquistiamo energia da un fornitore e produttore a prezzi più vantaggiosi del mercato vincolato; per fare ciò, abbiamo ottenuto dall'AEEG (Autorità per l'Energia Elettrica e per il Gas) la qualifica di cliente idoneo per elevati consumi, che ci permette di agire nel mercato libero.

L'acquisto dell'energia elettrica in tale mercato ha prodotto risparmi rispetto al vincolato di circa il 5-7% all'anno. Il nostro volume di consumo è di 25 GWh (25.000.000 kWh), per un importo medio annuo che si aggira sui € 2.800.000,00.

Nel novembre 2007 abbiamo aggiudicato la gara di fornitura di energia elettrica alla Edison S.p.A. di Milano (primo produttore e distributore privato di energia elettrica in Italia) che, a parità di consumo energetico, ci potrà garantire un risparmio atteso valutato nell'ordine del 5%. Tra l'altro siamo stati la prima azienda sanitaria, nella Regione Emilia-

Romagna, ad effettuare una gara del genere.

Questo per quanto riguarda il risparmio economico, mentre sul fronte del risparmio energetico vero e proprio, ci si è attivati:

1. installando sulle nuove U.T.A. (Unità di Trattamento Aria) degli inverter, per poter aumentare o diminuire al bisogno i volumi di aria necessari negli ambienti, a seconda del regime diurno o notturno;
2. installando, negli spogliatoi del personale, dei rilevatori di presenza, in modo che le luci si accendano solo al bisogno, e cioè mentre è presente il personale, e che non restino accese 24 ore al giorno;
3. ampliando l'impianto di condizionamento centralizzato in modo di utilizzare nel periodo estivo la centrale frigorifera al meglio, riducendo drasticamente gli split o i condizionatori da finestra, i quali sono più energivori;
4. installando in tutti i reparti lampade a basso consumo energetico (lampade elettroniche e fluorescenti, nonché reattori elettronici per lampade fluorescenti) ed eliminando tutte le lampade alogene.

#### B) Energia Termica

Allo scopo di perseguire un risparmio economico nel campo della gestione dell'energia termica, in occasione della gara in corso di predisposizione, si è deciso di scindere la fornitura del combustibile dall'appalto per la manutenzione degli impianti termoidraulici, sfruttando la possibilità di rivolgersi al mercato libero del gas naturale. Attualmente non è possibile stimare con esattezza il risparmio che si potrà conseguire, in quanto la decorrenza del nuovo contratto di appalto è fissata per il 1° gennaio 2009, ma si reputa possibile circa un 10% di minori costi (a parità di consumi).

Per quanto riguarda, invece, il risparmio energetico vero e proprio, sono state attuate o sono in programma le seguenti iniziative:

1. è stato sostituito un generatore di vapore, ottenendo un miglior rendimento ed un conseguente risparmio energetico;
2. è stato installato un sistema di rilevazione continua dei rendimenti di combustione delle caldaie; in prospettiva prevediamo di sostituire altri generatori di calore (partendo dai più obsoleti) e di ottimizzare la distribuzione dei fluidi;
3. è stata installata in via sperimentale, nella Palazzina Pneumologia, una batteria di pannelli solari per la produzione di acqua calda che sta dando ottimi risultati, tant'è che si raggiunge la quasi autosufficienza dell'edificio, nei periodi di maggior irraggiamento solare, per quanto riguarda la produzione di acqua calda sanitaria;
4. si è deciso di progettare ed installare un impianto di cogenerazione (ed eventualmente di trigenerazione, se le condizioni tecnico-economiche lo renderanno possibile); a tale proposito è stato commissionato uno studio di fattibilità che ci è stato consegnato nel Dicembre

2007 e che attualmente è al vaglio della struttura tecnica aziendale per la sua approvazione, a valle della quale verrà avviata la progettazione e quindi pubblicato un bando di gara per la costruzione e gestione dell'impianto;

5. nella gara per la manutenzione impianti termoidraulici di cui sopra rientrerà anche la redazione della "Diagnosi Energetica degli Edifici", da cui potranno scaturire proposte di dettaglio relativamente agli interventi da effettuare.

### C) Iniziative A Livello Regionale

L'Energy-Manager aziendale, P.I. Alberto Montanari, è stato messo a disposizione del Gruppo Regionale Energia (GRE), che sta portando avanti il discorso del risparmio energetico nelle aziende sanitarie, fungendo da supporto e perseguendo una linea comune per tutte le aziende della regione.

In tal senso, nel corso della riunione tenutasi in regione il 18 Luglio 2007, nell'ambito di uno screening di tutti i progetti di risparmio energetico delle singole aziende, volto alla loro analisi per una eventuale erogazione di incentivi, il nostro rappresentante ha presentato i progetti da noi individuati, che sono i seguenti:

- installazione di inverter sulle UTA;
- installazione di sensori di presenza per l'accensione delle luci;
- installazione di rivestimento a cappotto nel fabbricato del Nuovo Pronto Soccorso (edificio NBT);
- progettazione di un impianto di cogenerazione;
- sostituzione di tutti gli infissi di vecchio tipo ancora esistenti (legno e vetro semplice).

Nell'ambito della redazione del Piano Energetico Regionale, abbiamo partecipato all'udienza conoscitiva del 15/03/07, presentando una breve memoria.

Oltre a ciò, già nel corso del 2006 e poi nel 2007, abbiamo partecipato con l'Agenzia per l'Energia e lo Sviluppo Sostenibile (Comune di Modena) al progetto europeo PU-BENEFS.

In tale ambito era stata valutata la possibilità di un impianto di cogenerazione dimensionato in modo da soddisfare anche i fabbisogni del campus studentesco dell'Università di Modena e Reggio Emilia, ma gli ostacoli di tipo legislativo e fiscale esistenti in materia di distribuzione dell'energia impediscono una completa adesione a tale proposta, dovendosi limitare, sempre che ne sia comprovata la reciproca convenienza per Azienda e Università, alle sole utenze di quest'ultima esistenti all'interno del campus ospedaliero.

Infine, abbiamo partecipato attivamente, predisponendo quanto necessario, allo scopo di accedere ad un piano di finanziamenti per la diagnosi energetica, approvato con decreto 22/12/2006 del Minn. dello Sviluppo Economico e dell'Ambiente.

### D) Energie Alternative

Per quanto riguarda il solare termico, si è già detto

che è stata realizzata una prima installazione sperimentale che sta dando buoni risultati; pertanto nella prossima gara verranno incentivate, mediante sistema premianti, altri lotti di pannelli solari termici, anche se gran parte del vantaggio economico di questa tecnologia è attualmente garantito dagli sgravi fiscali, cui la nostra Azienda non ha accesso, in quanto si tratta di detrazioni sulle imposte (che noi non arriviamo a pagare, non producendo reddito fiscalmente imponibile).

Un discorso a parte merita il fotovoltaico, in quanto, oltre all'impossibilità di accedere agli sgravi fiscali (analogamente a quanto detto per il solare termico), nel nostro caso non è possibile sfruttare nemmeno i vantaggi del conto energia, poiché non possiamo fare lo scambio sul posto. Esemplicando: se si fa lo scambio sul posto dell'energia prodotta, con il fornitore in bassa tensione, si vanno a scontare i kWh prodotti da quelli consumati, ed in più si ha una incentivazione. Noi, invece, abbiamo una utenza in Media Tensione, per cui non possiamo fare lo scambio sul posto se non costruendo una apposita cabina nuova (circa 600.000 €) per immettere in rete l'energia prodotta. Siccome l'investimento per il solo l'impianto fotovoltaico è di circa 7.000 € per kW di impianto installato, ne consegue una ridotta convenienza per la costruzione dell'impianto, in quanto l'investimento per la cabina abbassa considerevolmente il vantaggio economico, se non quello energetico.

### E) Rispetto dell'Ambiente

Ricordando che solo una parte delle problematiche relative al rispetto dell'ambiente sono di competenza del Servizio Tecnico (ad es., non i rifiuti), si può dire che nel corso degli anni sono sempre state tenute in considerazione le tecnologie per la riduzione dell'impatto sull'ambiente; tra le iniziative principali ricordiamo:

- adeguamento alla normativa in materia di controllo delle emissioni in aria (DPCM 8/3/2002) eseguita nel 2003;
- progressiva riduzione delle emissioni acustiche degli impianti (centrale frigorifera, torri evaporative, nuove UTA installate, centrale termica - in corso, ecc.) in atto dal 2000;
- adeguamento alle nuove norme in materia di autorizzazione agli scarichi in atmosfera (D.Lgs. 152/2006 - Pte V); domanda presentata Ottobre 2007 dal titolare dell'appalto della gestione calore.

Il riferimento è alle "azioni che le Aziende sanitarie devono intraprendere per il perseguimento in campo energetico ed ambientale" elencate al punto 6 (a pag. 37) dell'Allegato B "Linee di programmazione per il 2007" della Delibera di Giunta Regionale Emilia-Romagna n. 686/2007 del 14/05/2007. a) privilegiare soluzioni progettuali, costruttive, organizzative e gestionali che siano allineate con quanto richiamato dal "Protocollo di Kyoto" e dalla "Dichiarazione di Johannesburg" Nell'ambito dei documenti di gara in corso di redazione per l'appalto dei servizi di manutenzione edile e

impiantistica verranno inseriti e valorizzati criteri progettuali, costruttivi, organizzativi e gestionali in linea con il "Protocollo di Kyoto" e con la "Dichiarazione di Johannesburg".

b) avviare percorsi per la diagnosi e la certificazione energetica degli edifici Ad inizio giugno 2007 è stata presentata alla Regione Emilia-Romagna una proposta di finanziamento per la diagnosi energetica di un edificio facente parte del Policlinico (l'unico che rispondesse alla griglia di requisiti richiesti per il finanziamento).

Inoltre, nell'ambito dei documenti di gara in corso di redazione per l'appalto dei servizi di manutenzione edile e impiantistica, tra gli adempimenti dell'aggiudicatario verrà inserita anche la diagnosi e la certificazione energetica degli edifici aziendali.

c) avviare un Sistema di Gestione Ambientale (SGA) nell'ottica della certificazione ambientale delle Aziende Il S.A.T.P. ha nominato un proprio rappresentante a disposizione del Referente aziendale per la gestione dei rifiuti, allo scopo di impostare e avviare un Sistema di Gestione Ambientale (SGA).

Inoltre, nel mese di Ottobre 2007, il S.A.T.P. ha assistito il gestore del servizio energia (SIRAM) per la presentazione della domanda per la nuova autorizzazione alle emissioni in atmosfera per adeguarsi al D.Lgs. 152/06 - P.te V.

d) rendere disponibili, a livello regionale, i dati informativi relativi alla gestione ambientale, con particolare riferimento agli aspetti riguardanti energia elettrica e termica e rifiuti, allo scopo di individuare la "best performance"

Il S.A.T.P., attraverso il proprio Energy-Manager, P.I. Alberto Montanari, ha messo a disposizione, a livello regionale, i dati in proprio possesso riguardanti i consumi di energie termica ed elettrica.

e) rendere disponibili immobili ed impianti per eventuali e condivise sperimentazioni di innovazione tecnologica, per la qualificazione dell'uso dell'energia e/o la riduzione dell'impatto ambientale; ovviamente restando ferma l'assoluta e prioritaria garanzia della sicurezza e continuità delle prestazioni sanitarie. Se ritenuto necessario e opportuno, il S.A.T.P. può fornire il proprio contributo tecnico e professionale per rendere disponibili immobili ed impianti per eventuali sperimentazioni in materia di innovazione tecnologica, qualificazione dell'uso dell'energia e/o riduzione dell'impatto ambientale. Per quanto riguarda l'innovazione tecnologica e la riduzione dell'impatto ambientale, la competenza professionale non è solo in capo al S.A.T.P., ma anche ad altre funzioni aziendali.

f) riconoscere e valorizzare il ruolo degli Energy Manager e dei Referenti aziendali per la gestione dei rifiuti. Da alcuni anni la nomina dell'Energy Manager (P.I. Alberto Montanari) viene formalizzata e comunicata alla F.I.R.E. (Agenzia Ministeriale preposta) nei tempi stabiliti.

g) rendere disponibili risorse professionali allo scopo di istituire Gruppi Tecnici Regionali con

specifiche competenze tecnico-amministrative in materia di energia elettrica ed ambiente. Il P.I. Montanari partecipa regolarmente alle riunioni degli Energy Manager delle aziende sanitarie che si tengono presso il Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

h) informare, orientare e sensibilizzare gli operatori sanitari in materia di energia ed ambiente per uno sviluppo sostenibile. Il S.A.T.P. è disponibile a fornire il proprio contributo tecnico e professionale per organizzare e condurre programmi di informazione, orientamento e sensibilizzazione degli operatori sanitari.

i) affermare nel bilancio di missione l'impegno aziendale per uno sviluppo sostenibile. Il S.A.T.P. ha fornito il proprio contributo tecnico e professionale ai fini della redazione del bilancio di missione, inserendo al suo interno una relazione che descrive l'impegno aziendale per uno sviluppo sostenibile.

#### 2.2.4.7 I Rifiuti Sanitari

Il governo del processo gestione dei rifiuti è stato attuato attraverso :

- l'applicazione della procedura aziendale "Gestione dei rifiuti" aggiornata sulla base delle Linee-guida regionali per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna che prevede verifiche periodiche nei punti di produzione, raccolta e deposito dei rifiuti;
- l'attivazione del nuovo deposito temporaneo (isola ecologica);
- l'avvio della nuova fornitura di servizio per il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti in unione l'acquisto con la azienda sanitaria territoriale.

L'obiettivo di "adeguamento dei comportamenti delle Aziende sanitarie verso gli standards più elevati" è stato perseguito attraverso la programmazione di corsi di formazione volti a far conoscere le più recenti linee - guida regionali e le opportunità di incrementare a livello aziendale la raccolta differenziata e la sicurezza nella gestione dei rifiuti rese disponibili a seguito della recente aggiudicazione di gara. In particolare, per il 2008 sono state programmate n. 4 edizioni di un corso sulla gestione dei rifiuti ospedalieri con partecipazione anche di docenti appartenenti al Gruppo regionale sul tema specifico; obiettivo specifico del percorso formativo è quello di incrementare la raccolta differenziata, migliorando in tutti i reparti e servizi la preselezione dei rifiuti, e favorire l'uso appropriato degli specifici contenitori.

Per i rifiuti prodotti dalla ristorazione è stato avviata la raccolta destinata al compostaggio.

La riduzione della quantità dei rifiuti prodotti è stata possibile grazie alla riduzione dei materiali

monouso con particolare riferimento all'area della ristorazione, infatti è stata programmata l'introduzione di posate in acciaio al posto di posate monouso per febbraio 2008.

La riduzione degli imballaggi del materiale sterile da sala operatoria attraverso la ridefinizione ed ottimizzazione del numero di pezzi di teleria non è stata raggiungibile nel corso del 2007 pur essendo però oggetto di valutazione.

L'accrescimento della quota di rifiuti avviati a recupero è stata oggetto di un progetto specifico di raccolta differenziata della carta, del vetro non sanitario e della plastica che è stato implementato durante il corso di tutto l'anno 2007.

Il miglioramento degli standard di igiene ospedaliera, in relazione alla riduzione del rischio infettivo associato alla produzione e manipolazione dei rifiuti: è collegato al più complessivo programma di gestione dei rifiuti secondo la procedura aziendale con particolare riferimento al corretto utilizzo dei contenitori per lo smaltimento di presidi taglienti e pungenti ed allo svuotamento delle sacche di urina prima dello smaltimento. Il corretto smaltimento di tali presidi è stato oggetto degli incontri di informazione per tutti i neo assunti ( ai sensi dell'art. 21 del Dlgs. 626/94 ), di formazione per i dipendenti ( ai sensi dell'art. 22 del DLgs 626/94 ) ed argomento specifico della Procedura Aziendale in tema di gestione dei rifiuti. Ciascun infortunio con esposizione a rischio biologico che risulti da non corrette modalità di smaltimento dei rifiuti , sia che coinvolga i dipendenti dell' Azienda ospedaliera – Universitaria che i dipendenti delle Ditte in appalto , è già oggetto di analisi specifica e di immediato avvio di azioni correttive.

Nell'anno 2007, l'attività di prevenzione e controllo di conformità è stata realizzata effettuando verifiche/ispezioni in tutto l'ospedale con compilazione di check list condivise e validate dalla Direzione aziendale .

La riduzione dei costi di gestione è risultato atteso dalle azioni di miglioramento sopra descritte; il monitoraggio permetterà di documentare la prevista riduzione dei rifiuti a rischio infettivo in forma complessiva attraverso registrazioni sistematiche con supporto informatico.

#### 2.2.4.8 La Mobilità

Il tema mobilità sostenibile è stato affrontato da questa Azienda già dal lontano anno 2000, quando per la prima volta, gli Enti locali hanno cominciato a riflettere su cosa fare nel contesto delle indicazioni scaturite dai protocolli di Kyoto.

Trainante è stata l'Amministrazione Comunale; dietro i suoi primi progetti l'Azienda ha cominciato ad analizzare la situazione della mobilità al proprio interno, cercando di fotografare lo stato dell'arte, monitorare gli elementi di maggiore criticità e studiare misure adeguate.

Si è cercato di sviluppare analisi e riflessioni su

#### 1. questionari sulla mobilità dei dipendenti :

- provenienza (urbana extra urbana, ecc...)
- tipologia di mezzi (propri, pubblici, ecc...)
- offerta interna di parcheggi auto, bici, moto, ecc..
- iniziative messe in campo per regolamentare l'accesso

**2. aderire ad iniziative promozionali sull'uso dei mezzi pubblici "urbani"** (accordo fra Azienda, Comune e società dei trasporti) – con contributo di 50 € sulla stipula di abbonamento personale annuale

**3. revisione del regolamento di accesso a sosta all'interno dell'area del Policlinico.'**

**4. Pubblicità sulle opportunità di utilizzo di car-pooling e carschering**

**5. Aderire e condividere scelte di sviluppo della mobilità urbana con l'utilizzo di mezzi pubblici**

I dati che rendono meglio l'idea di quanto possa essere dimensionato il problema, evidenziano: L'accesso all'area del campus ospedaliero (Fig. 2.2.4.8) è consentito attraverso il rilascio di permessi che consentono in modo continuativo a :

Personale ospedaliero	2.444
Personale universitario integrato	184
Contrattisti	161
Borsisti	9
Personale universitario non integrato (specializzandi, assegnisti, dottorandi)	643
Organizzazioni sindacali	3

Oltre a questi mezzi autorizzati, l'accesso quotidiano di automezzi alla struttura, nella fascia oraria 8,00-12,00, rilevata nel dettaglio (Tab. 2.2.4.8) e suddivisa fra le varie tipologie di modalità di accesso, indicata un dato medio di 854 unità suddivise fra:

- Prestazioni sanitarie
- Ambulanze ed automediche
- Accompagnatori
- Disabili
- Day Hospital
- Manutenzione
- Taxi
- Mezzi di Enti pubblici
- Mezzi in supporti ai cantieri
- Altro

L'accesso suggerito e consigliato ai dipendenti avviene dall'ingresso di Via Campi (zona retrostante l'ingresso principale di Via del Pozzo), utilizzato in media da circa 2000 dipendenti.

La provenienza del personale ospedaliero ed universitario, studenti ed altri frequentatori delle attività aziendali, si è dimostrata la più variegata, con una forte provenienza distribuita sul territorio extra urbano. Questo dato ha ridotto le possibilità di intervenire in modo trasversale, con iniziative omogenee. Diverso è stato l'impatto con l'analisi sui dati di provenienza urbana, che pur evidenziando uno scarso utilizzo del mezzo pubblico, ha consentito comunque di studiare ed aderire ad



**Largo del Pozzo - entrata Policlinico  
Conteggi 05.10.2007 - Fascia rilievo 10:24-12:15**

Motivo	10:24-10:36	10:36-10:45	10:45-11:00	11:00-11:15	11:15-11:30	11:30-11:45	11:45-12:00	12:00-12:15	TOTALE
Prestazioni sanitarie	6	3	4	5	3	1	0	1	27
Dipendenti Policlinico	4	2	4	5	6	10	13	48	88
Ambulanza, Automediche	4	2	6	8	8	4	2	0	31
Accompagnatori	6	6	4	8	10	14	8	66	106
Disabili	0	2	4	8	7	9	6	49	72
Day Hospital, Manutenzione	6	2	2	1	3	2	7	28	48
Taxi	0	0	0	0	2	0	3	2	7
Enti Pubblici	0	0	4	4	3	1	1	15	28
Carabinieri	2	3	3	1	3	0	3	4	19
Altro *	6	3	7	13	10	10	11	14	69
<b>TOTALE</b>	<b>42</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>45</b>	<b>64</b>	<b>36</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	<b>355</b>

**Largo del Pozzo - entrata Policlinico  
Conteggi 08.10.2007 - Fascia rilievo 8:00-12:00**

Motivo	8:00-8:15	8:15-8:30	8:30-8:45	8:45-9:00	9:00-9:15	9:15-9:30	9:30-9:45	9:45-10:00	10:00-10:15	10:15-10:30	10:30-10:45	10:45-11:00	11:00-11:15	11:15-11:30	11:30-11:45	11:45-12:00	TOTALE
Prestazioni sanitarie	4	3	4	3	1	1	4	5	8	2	1	5	1	1	0	7	53
Dipendenti Policlinico	15	14	19	15	7	3	2	2	8	1	4	2	3	3	2	7	106
Ambulanza, Automediche	1	5	2	3	2	4	2	3	8	0	4	3	4	4	2	7	53
Accompagnatori	7	11	7	5	13	14	11	12	11	7	10	6	5	15	15	8	169
Disabili	8	10	8	9	4	7	11	7	5	9	10	5	5	7	7	9	122
Day Hospital, Manutenzione	5	11	11	7	3	3	5	5	6	4	4	6	8	4	5	5	93
Taxi	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Enti Pubblici	1	1	1	1	3	1	2	1	1	3	0	2	3	2	2	2	28
Carabinieri	0	3	2	6	2	3	3	1	1	0	2	2	1	2	1	4	30
Altro *	27	18	8	10	21	10	12	13	19	6	9	11	8	11	6	17	205
<b>TOTALE</b>	<b>68</b>	<b>73</b>	<b>61</b>	<b>59</b>	<b>58</b>	<b>64</b>	<b>59</b>	<b>69</b>	<b>84</b>	<b>29</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>55</b>	<b>47</b>	<b>67</b>	<b>854</b>

**Confronto Fascia rilievo 10:45-12:00**

**Largo del Pozzo - entrata Policlinico  
05.10.2007 - Fascia rilievo 10:45-12:00**

Motivo	TOTALE	%
Prestazioni sanitarie	12	6%
Dipendenti Policlinico	29	17%
Ambulanza, Automediche	25	11%
Accompagnatori	44	19%
Disabili	33	14%
Day Hospital, Manutenzione	15	6%
Taxi	5	2%
Enti Pubblici	14	6%
Carabinieri	10	4%
Altro *	45	20%
<b>TOTALE</b>	<b>234</b>	<b>100%</b>

**Largo del Pozzo - entrata Policlinico  
08.10.2007 - Fascia rilievo 10:45-12:00**

Motivo	TOTALE	%
Prestazioni sanitarie	12	6%
Dipendenti Policlinico	29	17%
Ambulanza, Automediche	25	11%
Accompagnatori	44	19%
Disabili	33	14%
Day Hospital, Manutenzione	15	6%
Taxi	5	2%
Enti Pubblici	14	6%
Carabinieri	10	4%
Altro *	45	20%
<b>TOTALE</b>	<b>234</b>	<b>100%</b>

**Largo del Pozzo - entrata Policlinico  
08.10.2007 - Fascia rilievo 10:45-12:00**

Motivo	TOTALE	%
Prestazioni sanitarie	19	8%
Dipendenti Policlinico	17	7%
Ambulanza, Automediche	19	8%
Accompagnatori	52	21%
Disabili	34	14%
Day Hospital, Manutenzione	28	11%
Taxi	2	1%
Enti Pubblici	11	4%
Carabinieri	10	4%
Altro *	53	22%
<b>TOTALE</b>	<b>245</b>	<b>100%</b>

**Largo del Pozzo - entrata Policlinico  
08.10.2007 - Fascia rilievo 8:00-12:00**

Motivo	TOTALE	%
Prestazioni sanitarie	53	6%
Dipendenti Policlinico	106	17%
Ambulanza, Automediche	53	6%
Accompagnatori	160	19%
Disabili	122	14%
Day Hospital, Manutenzione	93	11%
Taxi	3	0%
Enti Pubblici	28	3%
Carabinieri	30	4%
Altro *	206	24%
<b>TOTALE</b>	<b>854</b>	<b>100%</b>

**Largo del Pozzo - entrata Policlinico  
05.10.2007 - Fascia rilievo 10:24-12:15**

Motivo	TOTALE	%
Prestazioni sanitarie	23	6%
Dipendenti Policlinico	48	14%
Ambulanza, Automediche	31	9%
Accompagnatori	66	19%
Disabili	49	14%
Day Hospital, Manutenzione	28	8%
Taxi	7	2%
Enti Pubblici	15	4%
Carabinieri	19	5%
Altro *	69	19%
<b>TOTALE</b>	<b>355</b>	<b>100%</b>

\* Con la dicitura "Altro" si intendono i seguenti veicoli:

- elicotti;
- mensa CIR;
- diretti a convegni o appuntamenti di lavoro;
- che effettuano tornate notturne;
- che effettuano consegne o caricolscarico;
- carrai/autotreni;
- privi di autorizzazione;
- ecc.

iniziative di sostegno messe in atto sia dall'amministrazione Comunale che dall'Azienda consortile trasporti (ATCM). Si è sostenuto un intervento di contributo finanziario rivolto a coloro che stipulavano un abbonamento annuale personale alla rete urbana. Iniziativa certamente lodevole, ma che ha portato complessivamente risultati di scarsa adesione.

Il Policlinico è raggiungibile anche direttamente con il treno, tramite la linea Modena Sassuolo "Gigetto", che con il recente prolungamento con arrivo alla stazione Ferroviaria centrale, ed la conseguente attivazione della fermata "Policlinico" che offre così una ulteriore opportunità di arrivo all'Ospedale.

Per rendere ordinato e razionale l'utilizzo degli spazi interni del campus ospedaliero, è stato approvato ed implementato un regolamento di accesso e sosta, che porta a selezionare in modo sostanziale l'ingresso e sosta all'interno del campus ospedaliero, destinando particolare attenzione alle categorie disagiate di utenti e del personale dipendente. Per

quanto riguarda l'utilizzo di mezzi alternativi ai veicoli a motore, sono stati organizzati parcheggi per biciclette, posti in concomitanza con l'arrivo delle piste ciclabili della viabilità urbana. È stato predisposto anche un punto di carschering di biciclette dell'Amministrazione comunale, all'interno del circuito della mappa comunale, per offrire una ulteriore possibilità agli utenti che accedono al Policlinico di usufruire di questo servizio di mobilità alternativa.

In prospettiva è allo studio un progetto di un nuovo parcheggio di biciclette e motocicli, di circa 500/600 posti, attrezzato, coperto e presidiato tecnologicamente.

La prossima approvazione e pratica esecuzione del nuovo "Piano direttore Aziendale", prevederà a breve anche un ulteriore significativo intervento e revisione sulla mobilità interna, correlato razionalmente con i nuovi modelli distributivi delle attività.

Per quanto riguarda la mobilità urbana con l'utilizzo di mezzi pubblici, l'Azienda ha fortemente

Fig. 2.2.4.8



collaborato con l'Amministrazione Comunale nel progetto di prolungamento della linea filobus n. 7, che porta al Policlinico. Questa linea è stata potenziata, il percorso allungato, portandolo ad un nuovo capolinea in via Gottardi (area Universitaria facoltà di Ingegneria), con un passaggio all'interno del campus ospedaliero. L'Azienda ha offerto la disponibilità di tutta l'area (ex novo) sulla quale è stata costruita la viabilità esclusiva del filobus. Il prolungamento di questo percorso prevede tre soste all'interno del campus; è stata così aumentata l'offerta funzionale del servizio. Il trasferimento del capolinea della linea a in Via Gottardi, consente altresì di poter offrire a tutti gli utilizzatori, la possibilità di un ulteriore ampio parcheggio scambiatore, molto capiente e spesso disponibile in grandi quantità.

Il tratto interno della linea all'interno dell'area ospedaliera prevede anche tre fermate, in corrispondenza del Poliambulatorio (per gli utenti che accedono alle attività specialistiche ambulatoriali dell'Ospedale), e dell'uscita in via Campi per gli studenti universitari.

Da ultimo è operativo un protocollo con il servizio taxi, che prevede una tariffa calmierata di 6 €, per la tratta Stazione FS/Policlinico e Stazione Auto-corriere/Policlinico e viceversa.

Tutti questi sono strumenti messi in campo per incentivare l'uso alternativo dell'automezzo.

## 2.3

### Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza LEA

Molte attività rientranti nel livello essenziale di assistenza "assistenza distrettuale" si realizzano all'interno della struttura ospedaliera del Policlinico.

Di seguito si riportano alcuni dati, sintetici, ma ritenuti significativi per illustrare simili attività, suddivisi per tipologia.

#### 2.3.2 Assistenza distrettuale

##### 2.3.2.1 La rete delle cure palliative

Presso AOU Policlinico di Mo è attivo dal 2002 l'unico hospice presente ad oggi nella Provincia di Modena, dotato di n. 10 posti letto e collocato all'interno del Dipartimento di Oncologia ed Ematologia. Rappresenta un elemento estremamente qualificante e una significativa componente della rete provinciale delle cure palliative.

Dall'anno di avvio le attività si sono sviluppate sia in senso quantitativo, dai 237 dimessi del 2002 ai 282 del 2007, anno che ha fatto però registrare una lieve flessione rispetto al 2005 ed al 2006, sia in senso qualitativo, caratterizzandosi, anche in ambito regionale per la forte integrazione con le attività territoriali di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) per pazienti oncologici.

Tale stato di cose è supportato anche dai dati relativi ad ulteriori aspetti:

- la percentuale di ricoverati provenienti da A.D.I. rappresenta nel 2007 oltre il 50% del totale delle ammissioni, contro una media regionale pari al 8 %,
- le dimissioni verso A.D.I. rappresentano oltre il quarto delle dimissioni, contro una media regionale pari a 12%.
- la degenza media, che nel 2007 per i pazienti trattati presso il nostro Hospice hanno è stata di 12.6 giornate, contro una media regionale pari a 17.5.

Tab 2.3.2.1

AOU di Modena - Hospice Posti Letto, Dimessi e DMD Anni 2004 - 2007				
Anno	2004	2005	2006	2007
Posti Letto	10	10	10	10
Dimessi	253	286	297	282
Degenza media (gg.)	11	12,7	12,5	12,8
Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Banca dati Hospice				

### 2.3.2.2 Assistenza Farmaceutica:

La Distribuzione Diretta in Dimissione da ricovero e da ambulatori specialistici

Come confermato dalle indicazioni regionali, riguardo ad una politica di distribuzione diretta, ed in accordo con l'AUSL di Mo, anche nel corso del 2007 si è mantenuto presso il Policlinico que-

sto progetto di erogazione diretta (L. 405), che ha fornito significativa collaborazione per l'abbattimento della spesa farmaceutica territoriale e per la conduzione di una politica del farmaco di respiro provinciale.

Ne fa fede la tabella seguente che indica nel 10% l'incremento rispetto al 2006 di accessi alla distribuzione diretta di farmaci e nell'12% l'incremento del risparmio per AUSL di Mo con il superamento dei 5.000.000 di euri.

**Tab. 2.3.2.2**

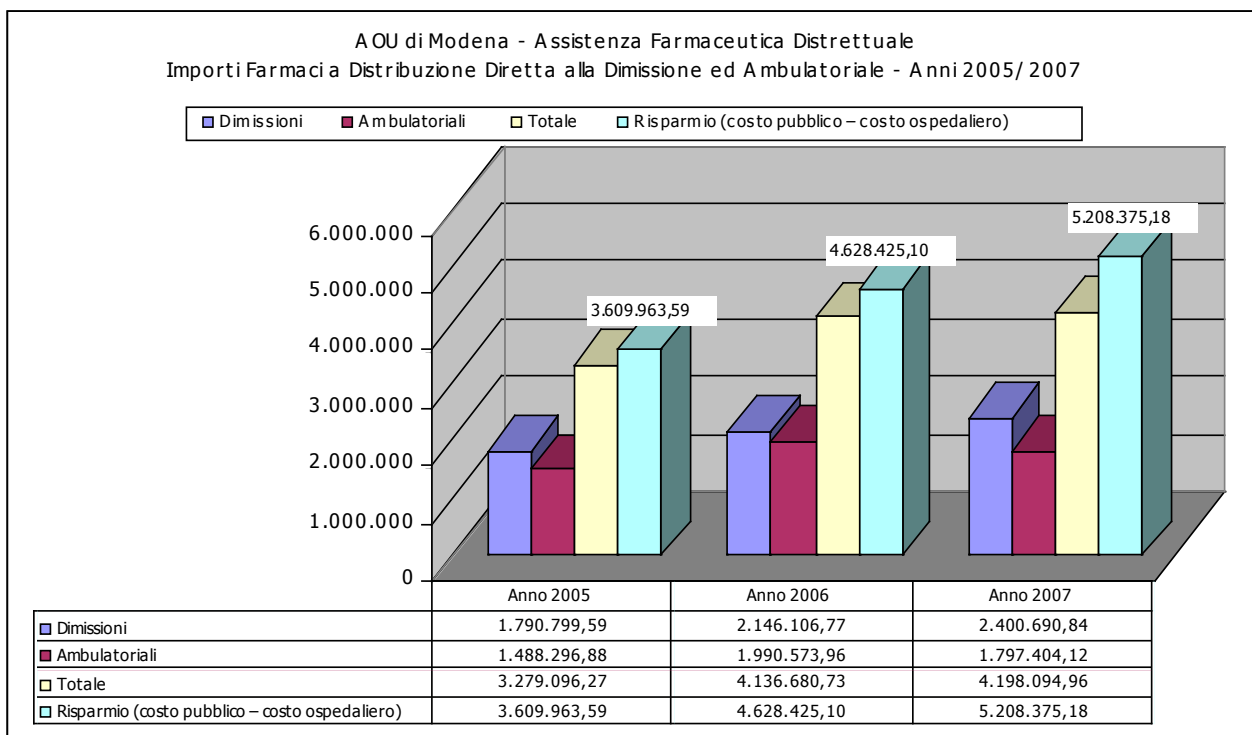
Confronto dati 2006/2007					
Accessi '06	Accessi '07	%	Risparmio '06	Risparmio '07	%
51.475	56.585	+10%	€ 4.628.425,10	€ 5.208.374,59	+12%

Il fenomeno (Fig. 2.3.2.2) appare in trend positivo dal 2005, se si esclude la diminuzione del valore dei farmaci a distribuzione in ambito ambulatoriale nel 2007 dovuta al trasferimento all'AUSL di interi settori di attività ambulatoriale, quale quella Neurologica, con cospicua distribuzione di farmaci. Risulta evidente il successo in AOU Policlinico di Modena dell'applicazione del progetto regionale, ormai consolidatosi negli anni e che, grazie al continuo monitoraggio della UO di Farmacia e alla

completa collaborazione delle UUOO cliniche, che applicano ormai questa procedura di routine, e all'aumento dei pazienti oncologici in terapia con farmaci orali ha permesso di veder aumentare i risultati economici, pur nell'ambito di un sostanziale mantenimento.

Si ricorda che il risparmio sulla spesa viene calcolato come differenza tra la spesa ospedaliera sostenuta per acquisire i prodotti e la spesa territoriale non effettuata.

**Fig. 2.3.2.2**



Nel corso del 2007, oltre all'attenzione al raggiungimento dei risultati economici, è stata garantita la massima attenzione anche rispetto a:

- informazione ai cittadini dei percorsi farmaceutici post-dimissione;
- appropriatezza delle prescrizioni;
- rispetto delle Note AIFA e dei Piani Terapeutici;

- aderenza al Prontuario Terapeutico Provinciale.

Nel corso dell'anno sono state inoltre eseguite varie analisi a campione sull'adesione alla prescrizione per Principio Attivo da parte dei Medici (indotto sul territorio), che hanno permesso di individuare ambiti di miglioramento che verranno perseguiti nel corso del 2008.

### 2.3.3 Assistenza specialistica ambulatoriale

Si seguito vengono riportate, figure e dati relativi

ai seguenti indicatori e descrittori delle attività specialistiche ambulatoriali.

#### 2.3.3.1 Valori e volumi della produzione dell'azienda sul totale del valore e volumi della provinciale (pubblico e privato convenzionato)

Il volume e il valore della produzione di prestazioni specialistiche di AOU Policlinico di Modena nel 2007 (Tab. 2.3.3.1) si attestato rispettivamente su numero 2.265.099 prestazioni e su € 38.738.059 rappresentando rispettivamente il 22,2% ed il 31,8% del totale della produzione provinciale, nel pubblico e nel privato accreditato. Tali risultanze

sono inferiori a quelle del 2006, anno nel quale le prestazioni furono n° 2.465.527 ed il valore fu di € 39.053.015. Tali flessioni sono esclusivamente dovute al trasferimento presso il nuovo Ospedale Civile-Estense di Baggiovara dell'AUSL di Modena di attività di laboratori e di riabilitazione

Tab. 2.3.3.1

Volumi e Valore Specialistica Ambulatoriale sul Totale Provinciale - AOU Policlinico di Mo - Anno 2007							
Tipologia delle Prestazioni		Prestazioni			Importi (€)		
		N.	% su tot. Aziendale	% su tot. Provinciale per pre-stazione	Val.	% su tot. aziendale	
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	85.912	3,8	19,0	5.170.405	13,3	33,1
	D2-D.Strument. no radiaz.	105.449	4,7	18,5	4.014.604	10,4	18,1
	D3-Biopsia	5.559	0,2	47,9	324.593	0,8	52,8
	D9-Altra diagnostica	16.353	0,7	36,0	370.762	1,0	41,4
	Totale	213.273	9,4	19,7	9.880.364	25,5	25,1
Laboratorio	L1-Prelievi	87.058	3,8	14,2	225.436	0,6	13,05
	L2-Chimica clinica	1.102.786	48,7	18,9	3.957.661	10,2	21,3
	L3-Ematologia/coagulaz.	218.227	9,6	22,2	1.153.990	3,0	34,9
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	2.546	0,1	23,5	25.642	0,1	28,1
	L5-Microbiologia/virologia	71.720	3,2	21,2	1.168.484	3,0	36,7
	L6-Anatomia ed ist.patol.	22.903	1,0	38,6	728.191	1,9	48,8
	L7-Genetica/citogen.	11.494	0,5	98,8	1.091.774	2,8	99,2
	Totale	1.516.734	67,0	19,3	8.351.179	21,6	28,3
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	5.720	0,3	41,0	58.319	0,2	41,7
	R2-RRF	5.319	0,2	4,3	38.354	0,1	4,4
	R3-Terapia Fisica	1.876	0,1	5,7	5.409	0,0	6,5
	R9-Altra riabilitazione	3.009	0,1	33,8	25.638	0,1	33,5
	Totale	15.924	0,7	8,9	127.721	0,3	10,9
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	41.688	1,8	100,0	3.343.670	8,6	100,0
	T2-Dialisi	35.139	1,6	51,6	6.145.022	15,9	51,8
	T3-Odontoiatria	4.675	0,2	22,2	211.447	0,5	20,9
	T4-Trasfusioni	1.325	0,1	98,1	73.956	0,2	98,5
	T5-Chirurgia ambulatoriale	13.294	0,6	33,3	2.260.786	5,8	34,3
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	55.439	2,4	35,8	577.190	1,5	36,3
	Totale	151.560	6,7	46,4	12.612.071	32,6	51,6
Visite	V1-Prima visita	211.392	9,3	24,2	4.405.250	11,4	23,1
	V2-Visita di controllo	152.429	6,7	43,7	2.528.334	6,5	41,7
	V3-Osservaz.breve intensiva	3.787	0,2	37,5	833.140	2,2	37,5
	Totale	367.608	16,2	29,9	7.766.724	20,0	28,4
<b>Totale Aziendale</b>		<b>2.265.099</b>	<b>100</b>	<b>21,2</b>	<b>38.738.059</b>	<b>100,0</b>	<b>31,8</b>



### 2.3.3.2 Valore e volumi delle prestazioni critiche

Le prestazioni critiche sul totale della produzione provinciale crescono in volume ed in valore

assoluto (Tab. n. 2.3.3.2) ma la loro incidenza sui rispettivi totali provinciali decresce. Il problema dell'appropriatezza prescrittiva permane!

Tab 2.3.3.2

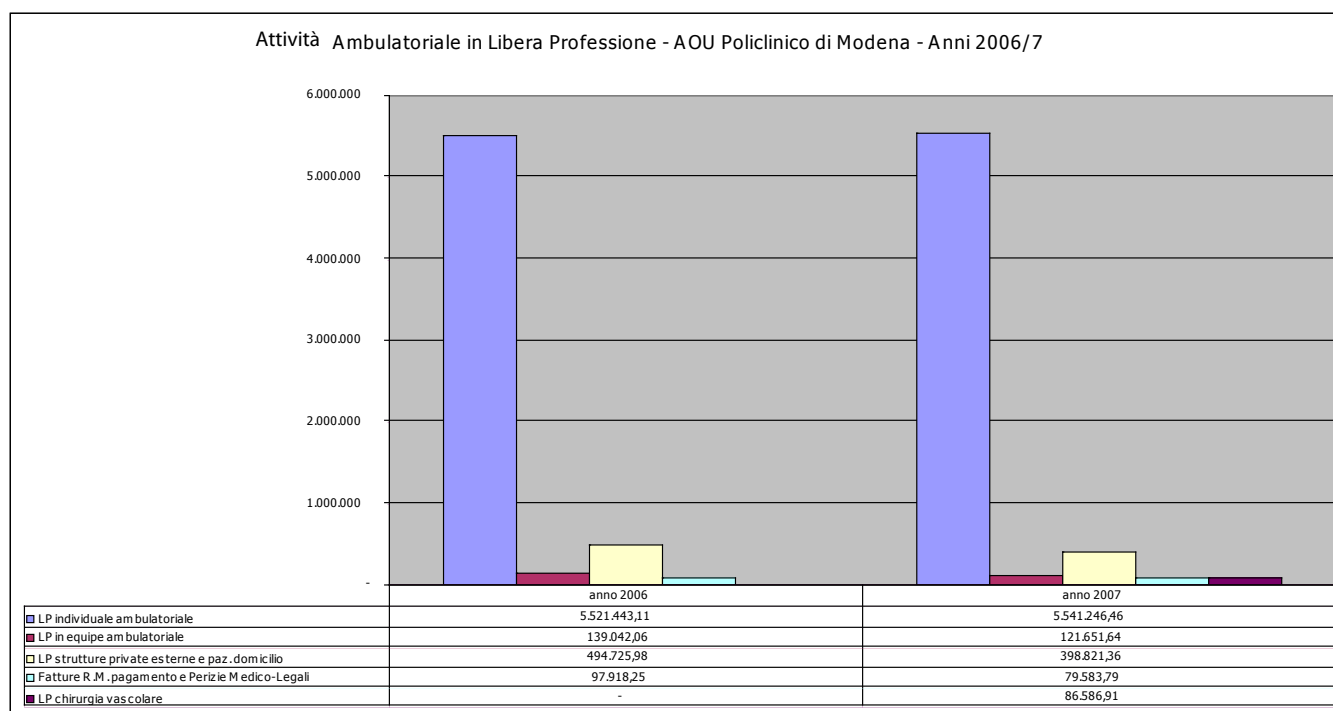
Valore e Volumi Prestazioni Critiche, Incidenza % sul Totale Provinciale Anni 2004 - 2007				
	2004	2005	2006	2007
Nr° Prestazioni	26.950	27.556	30.399	33.344
% su Totale Provinciale	22,20%	10,20%	9,70%	9,10%
Valore in €	1.230.933	1.237.396	1.591.077	2.002.273
% su Totale Provinciale	29,30%	14,50%	14,60%	13,30%

### 2.3.3.3 Attività libero professionale

La attività libero professionale nel 2007, come riportato nella figura seguente, appare in lieve crescita nella forma individuale rispetto all'anno pre-

cedente, mentre nelle altre forme si registrano lievi flessioni

Fig. 2.3.3.3



### 2.3.3.4 Prestazioni a CUP

Le prestazioni prenotate a Cup scendono al 13% nel 2007 (Tab 2.3.3.4) per effetto dei precitati fenomeni di trasferimento di attività specialistica

ambulatoriale di Laboratorio e Riabilitazione presso il nuovo ospedale di Baggiovara della AUSL di Modena.

Tab 2.3.3.4

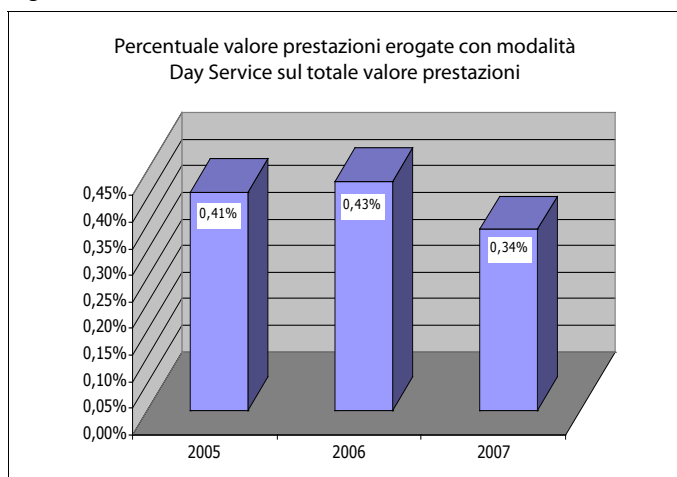
Percentuale delle Prestazioni prenotate CUP - Anni 2004 - 2007				
	2004	2005	2006	2007
Totale Prestazioni Specialistiche	6.068.454	6.392.891	6.396.032	6.431.055
Totale Prestazioni Diagnostica Strumentale e Visite ad esterni	3.322.104	3.643.212	3.860.057	3.799.066
Totale Prestazioni Diagnostica Strumentale e Visite Prenotate CUP	822.431	821.929	792.323	493.945
Percentuale Prestazioni Prenotate Cup sul Totale per Esterni	24,76%	22,56%	20,53%	13,00%

### 2.3.3.5 Day Service

Nel corso del 2007 si è registrata una flessione nell'utilizzo del Day Service come modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

gazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Fig. 2.3.3.5



### 2.3.3.6 Indice di performance effettivo per visite e diagnostica

Anche per il 2007 si confermano gli standard nazionali e regionali costituiti dall'obiettivo di erogare il 100% delle prestazioni ambulatoriali urgenti entro 7 giorni dal momento della prenotazione, di erogare il 90% delle visite specialistiche programmabili entro 30 giorni e di erogare il 90% delle prestazioni diagnostiche programmabili entro 60 giorni. In proposito è da segnalare l'ottima performance dell'AOU Policlinico di Modena

(Tab. 2.3.3.6), costituita dall'espletamento entro 30 giorni del 73% delle prestazioni terapeutiche. Nelle altre tipologie prestazionali le performance si conformano sostanzialmente, talora essendo lievemente migliori talora no, con i trends regionale e dell'AUSL di Mo. Tale tematica è peraltro condizionata dal governo dell'offerta e della domanda che sono sostanzialmente affidate all'AUSL e deve trovare soluzione nell'ambito del Contratto di fornitura e di idonee iniziative di "governo clinico" coordinato.

Tab 2.3.3.6

Tempi d'Attesa per Prestazioni Ambulatoriali a carico del SSN Programmabili							
% Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private -Anno 2007 - escluso PS							
Totale Regionale							
Tipologia prestazione	Totale Prestazioni Erogate carico SSN programmate con						
	gg att<1	1-30 gg	1-45 gg	1-60 gg	1-75 gg	1-90 gg	> 90 gg
Diagnostica	3.840.924	51,15	66,39	74,9	81,23	85,8	14,2
Laboratorio	18.614.656	88,08	93,68	95,27	96,56	98,01	1,99
Riabilitazione	982.968	70,33	82,64	88,52	91,53	93,46	6,54
Prestazioni Terapeutiche	692.743	60,02	75,4	82,17	86,65	90,26	9,74
Visite	3.554.042	49,94	63,58	71,61	78,12	83,8	16,2
Ausl Modena							
Tipologia prestazione	Totale Prestazioni Erogate carico SSN programmate con						
	gg att<1	1-30 gg	1-45 gg	1-60 gg	1-75 gg	1-90 gg	> 90 gg
Diagnostica	478.107	47,6	61,2	74,85	85,75	92,54	7,46
Laboratorio	1.933.188	94,89	97,38	98,31	98,96	99,4	0,6
Riabilitazione	139.684	59,24	78,66	87,14	91,67	94,28	5,72
Prestazioni Terapeutiche	47.569	65,4	78,26	86,22	91,52	95,28	4,72
Visite	409.737	46,01	65,91	79	88,23	93,57	6,43
AOU Modena							
Tipologia prestazione	Totale Prestazioni Erogate carico SSN programmate con						
	gg att<1	1-30 gg	1-45 gg	1-60 gg	1-75 gg	1-90 gg	> 90 gg
Diagnostica	78.389	45,26	58,76	69,99	78,06	85,58	14,42
Laboratorio	207.402	91,95	97,36	99,08	99,67	99,89	0,11
Riabilitazione	2.197	57,94	67,32	76,33	81,88	87,48	12,52
Prestazioni Terapeutiche	13.871	73,01	82,02	89,52	93,41	94,82	5,18
Visite	90.435	51,63	65,64	76,43	84,92	90,63	9,37

### 2.3.3.7 Attività di governo clinico in collaborazione con l'Ausl per qualificazione consumi prestazioni specialistiche

In tema di qualificazione dei consumi delle prestazioni specialistiche è stata adottato uno specifico atto normativo regionale, la DGR n. 1532/2006.

Nelle more della redazione di uno specifico Piano contenimento tempi di attesa predisposto dalla AUSL di Modena e da approvarsi dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, nel corso del 2007 è comunque continuata l'attività congiunta, Ausl di Mo e AOU Policlinico di Modena, tesa a promuovere l'appropriatezza prescrittiva.

Il predetto Piano in proposito testualmente asserisce:

“ Oltre alle iniziative già effettuate in anni precedenti sulla diagnostica MOC ed Ecocolordoppler, sono state avviate e in parte già concluse iniziative che hanno visto il coinvolgimento e il confronto delle due Aziende sanitarie modenesi, sulle seguenti principali tematiche di interesse:

- è stato promosso uno specifico tavolo di lavoro sulle prestazioni di Laboratorio, affidato ad un gruppo interaziendale e interdisciplinare (laboratoristi, medici di medicina generale, direzione aziendale, CeVEAS). Il gruppo ha avviato una valutazione sull'appropriatezza dei test diagnostici, finalizzata all'eventuale introduzione o eliminazione di test nonché alla condivisione fra le due Aziende sanitarie modenesi delle modalità di prenotazione, esecuzione e refertazione delle indagini.
- in occasione dell'inserimento a prenotazione CUP della diagnostica radiologica pesante, sono stati definiti più livelli di priorità per la richiesta di TC e RMN e sono state definite le patologie e condizioni cliniche che giustificano la richiesta degli esami urgenti. E' attualmente in via di completamento un'analisi a posteriori sull'appropriatezza delle richieste urgenti e sono in corso iniziative di formazione per i prescrittori
- nell'ambito dei percorsi di follow-up formalizzati, sono state definite le tempistiche di controllo clinico per il glaucoma e altre patologie oculistiche gestite a livello ambulatoriale e quelle per i pazienti nefropatici nell'ambito del progetto regionale “Prevenzione dell'Insufficienza Renale Progressiva”; sono stati condivisi a livello provinciali i protocolli per il follow-up del carcinoma mammario e del colon-retto
- è stato affrontato il problema dell'appropriatezza prescrittiva dell'ecocardiografia e il confronto fra specialisti e MMG sull'argomento proseguirà nell'ambito degli incontri del “Tavolo Ospedale-territorio” (gruppo permanente di confronto fra MMG e ospedalieri su tematiche di interesse comune); un altro argomento già affrontato nel “Tavolo Ospedale-territorio” è la gestione del paziente con scompenso cardiaco
- è stato affrontato il problema dell'appropriatezza prescrittiva in ambito reumatologico, con particolare riferimento alla diagnosi pre-

coce dell'artrite reumatoide all'esordio (early arthritis) che viene presa in carico tramite un percorso dedicato

- sono stati condivisi i criteri di accesso e le tempistiche di followup alla diagnostica strumentale del melanoma (videomicroscopia a sonda ottica)
- sono state definite e condivise le corrette modalità di preparazione e sedazione per gli esami endoscopici”

Nella qualificazione dei consumi delle prestazioni specialistiche rientrano peraltro tutta una serie di attività ambulatoriali specialistiche mirate a gestire specifiche tipologie di Pazienti, come è nella tradizione della “medicina specialistica ospedaliera” Nel 2007 ad esempio, presso l'AOU Policlinico di Modena si sono consolidate le eseguenti attività ambulatoriali cardiologiche nell'ambito di unop specifico Progetto Prevenzione Cardiovascolare:

#### a. Prevenzione primaria

Per quanto riguarda la prevenzione cardiovascolare primaria è stato attivato c/o il Policlinico di Modena un Centro Cardiometabolico con lo scopo non solo di correggere i fattori di rischio delle patologie cardiovascolari ma anche di modificare gli stili di vita.

Unitamente a questo è attivo da 10 anni il Centro Benessere Donna che si occupa delle problematiche connesse alla menopausa precoce.

b. Prevenzione secondaria. Da ottobre 2007 è attivo un ambulatorio dedicato per il follow up intensivo della Cardiopatia Ischemica in pazienti ad alto rischio. In tale ambulatorio vengono effettuate controlli mirati e vengono forniti sussidi educativi atti a completare l'iter terapeutico-riabilitativo dei pazienti dimessi dalla Cardiologia. E' altresì attivo da anni l'ambulatorio dello Scompenso Cardiaco, finalizzato ad evitare riospedalizzazioni e con lo scopo di ottimizzare la messa a punto della terapia in pazienti con insufficienza cardiaca cronica. Tale ambulatorio è collegato al Centro Trapianti di Bologna ed esegue anche screening di pazienti candidabili al trapianto.

A completamento esiste l'Ambulatorio Aritmologico che si occupa del follow up dei pazienti con fibrillazione atriale, di quelli sottoposti ad ablazione nonché dei pazienti portatori di device (ICD).

### 2.3.4 Assistenza Ospedaliera in regime di ricovero

#### 2.3.4.1.1 Struttura dell'Offerta

Nel 2007 presso AOU Policlinico di Modena si è sostanzialmente confermata la dotazione di posti letto dell'anno precedente (Tab. 2.3.4.1).

Si segnala che dei 775 posti letto totali:

- n. 34, pari al 4,4%, sono di di Terapia Intensiva (n. 9 di Rianimazione, n. 9 di Terapia Intensiva Post Operatoria, n. 8 di Terapia Intensiva Neonatale, n. 8 di Unità Terapia Intensiva Coronarica)
- n. 87, pari al 11,2%, sono di DH
- n. 25, pari al 3,2% sono di Lungodegenza
- n. 630, pari all'82,2% sono di degenza ordinaria.



Tab. 2.3.4.1.1

Dotazione Posti Letto AOU Policlinico di Modena Anni 2006 - 2007 (Rilevazione al 31/12)									
Dipartimenti e UU.OO.	2006			2007			Diff. 2007/2006		
	D.O.	D.H.	Tot.	D.O.	D.H.	Tot.	D.O.	D.H.	Tot.
Lungodegenza Post-Acuzie Riabilitazione Estensiva**	25		25	25		25			
Dermatologia	16	1	17	16	1	17			
Gastroenterologia	15		15	15		15			
Malattie Infettive	27	4	31	27	4	31			
Medicina I	11		11	11		11			
Medicina II	28		28	28		28			
Nefrologia	17	2	19	17	2	19			
Nefrologia Trapianti	6		6	6		6			
Reumatologia	6	1	7	6	1	7			
<b>Dip. Medicine e Specialità Mediche</b>	<b>151</b>	<b>8</b>	<b>159</b>	<b>151</b>	<b>8</b>	<b>159</b>			
Chirurgia I	12		12	18		18	6		6
Chirurgia II	12		12	18		18	6		6
Chirurgia dei Trapianti	18	1	19	18	1	19			
Chirurgia Toracica	14		14	14		14			
Chirurgia Vascolare	11		11	11		11			
Chirurgia Vascolare c/o Baggiovara	22	1	23	22	1	23			
I Servizio di Anestesia e Rianimazione	12		12	9		9	-3		-3
Terapia Intensiva Post Operatoria (T.I.P.O.)	9		9	9		9			
Urologia	31	4	35	31	4	35			
<b>Dip. Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche</b>	<b>141</b>	<b>6</b>	<b>147</b>	<b>150</b>	<b>6</b>	<b>156</b>	<b>9</b>		<b>9</b>
Chirurgia Pediatrica	8	1	9	8	1	9			
Neonatologia	12		12	12		12			
Neonatologia Intensiva	8		8	8		8			
Pediatria ad Indirizzo Oncoematologico	7	4	11	7	4	11			
Ginecologia	24	2	26	24	2	26			
Ostetricia	34	2	36	34	2	36			
Pediatria	20	3	23	20	2	22		-1	-1
<b>Dip. Materno Infantile</b>	<b>113</b>	<b>12</b>	<b>125</b>	<b>113</b>	<b>11</b>	<b>124</b>		<b>-1</b>	<b>-1</b>
Ematologia	15	5	20	15	5	20			
Ematologia-Trapianto di Midollo	7		7	7		7			
Malattie dell'Apparato Respiratorio	38	10	48	38	10	48			
Oncologia	21	20	41	21	20	41			
Osservazione Breve Oncoematologica	19	2	21	19	2	21			
<b>Dip. Oncologia, Ematologia e Patologie dell'App. Respiratorio</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>137</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>137</b>			
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	2	1	3	2	1	3			
Chirurgia Maxillo-Facciale	7		7	7		7			
Odontoiatria e Chirurgia Oro-Facciale		1	1		1	1			
Malattie oftalmologiche	14	1	15	14	1	15			
Otorinolaringoiatria	21	1	22	26	1	27	5		5
<b>Dip. Chirurgie Specialistiche Testa-Collo</b>	<b>44</b>	<b>4</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>4</b>	<b>53</b>	<b>5</b>		<b>5</b>
Tossicologia e Farmacologia Clinica	2	3	5	3	2	5	1	-1	
<b>Dip. Medicina di Laboratorio</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>-1</b>	
Medicina d'Urgenza	32		32	32		32			
Cardiologia	20		20	20		20			
Cardiologia Intensiva	8		8	8		8			
Chirurgia d'Urgenza	12	1	13				-12	-1	-13
<b>Dip. Emergenza-Urgenza</b>	<b>72</b>	<b>1</b>	<b>73</b>	<b>60</b>		<b>60</b>	<b>-12</b>	<b>-1</b>	<b>-13</b>
Ortopedia e Traumatologia	40	3	43	40	3	43			
Chirurgia della Mano	12	3	15	12	3	15			
<b>Dip. Patologie dell'Apparato Locomotore</b>	<b>52</b>	<b>6</b>	<b>58</b>	<b>52</b>	<b>6</b>	<b>58</b>			
Ricoveri a Pagamento (067)	10		10	10		10			
Day Hospital (02) *		12	12		13	13		1	1
<b>Totale **</b>	<b>685</b>	<b>89</b>	<b>774</b>	<b>688</b>	<b>87</b>	<b>775</b>	<b>3</b>	<b>-2</b>	<b>1</b>
<b>Totale Posti Letto Acuti (escluso Lungodegenza)</b>	<b>660</b>	<b>89</b>	<b>749</b>	<b>663</b>	<b>87</b>	<b>750</b>	<b>3</b>	<b>-2</b>	<b>1</b>

\* Day Hospital (02): afferiscono a tale struttura i ricoveri in DH della Chir. Gen. 1, 2, 3 e Chir. Vascolare + Med. 1 2 e Gastro

\*\* La degenza Post acuzie è Struttura per Lungidegenza

### 2.3.4.1.2/3/4 Contributo dell'Azienda alla dotazione provinciale di posti letto per acuti, per lungodegenza e riabilitazione in assoluto e per mille abitanti.

Un aspetto abbastanza peculiare della realtà modenese è dato proprio dal contributo percentuale della Azienda Ospedaliero Universitaria alla dotazione di posti letto provinciale, che essendo pari al 26,4%, colloca quella Modenese al livello più basso della Regione (Tab. 2.3.4.2/3/4). Nelle altre realtà provinciali, l'Azienda nella quale insiste l'attività assistenziale di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina, il contributo di questa si attesta di norma attorno al 50%, con la sola eccezione della realtà bolognese, con le sue peculiarità in termini di presenza di strutture private accreditate e dell'unico IRCSS regionale.

L'attuale percentuale registra le modifiche decrementali intervenute in coerenza alla programmazione ospedaliera provinciale: dal 31 % del 2005 al 27 % del 2006. La scomposizione del dato evidenzia che la dotazione di letti per acuti continua ad attestarsi sul 30 % mentre cala significativamente quella per riabilitazione e lungodegenza: la prima

scompare e la seconda passa dal 15 al 10,4 %, sempre in ossequio alla programmazione provinciale che ha indicato nell'ospedale di Baggiovara il polo ospedaliero riabilitativo per la Provincia di Modena.

Nel 2007 AOU Policlinico di Modena ha utilizzato una dotazione di Posti Letto complessivi pari a 1,15 per 1000 abitanti della Provincia, dei quali 1,12 per acuti e 0,037 per Lungodegenza, attestandosi l'offerta di posti letto di Ausl di MO al 2,4 per 1000 e quella privata allo 0,82. Quest'ultima è presente essenzialmente nel settore della Riabilitazione con una dotazione pari al 64,4 % del totale specifico

Si noti come in ambito provinciale, a fronte di una dotazione complessiva di 4,37 posti letto per mille abitanti, la dotazione complessiva per acuti sia pari a 3,73 per 1000 abitanti, mentre quella di riabilitazione e di Lungodegenza rispettivamente siano pari allo 0,29 ed allo 0,36 per mille.

Tab. 2.3.4.1.2/3/4

Provincia di Modena - Posti Letto - Distribuzione per Ente Proprietario e Tipologia – Anno 2007												
Enti Proprietari	Acuti			Riabilitazione			Lungodegenza			Totali		
	N. Posti Letto	% sul Totale PL per Acuti Prov. di Mo	N. Pl *1000 Ab. Provincia di Mo	N. Posti Letto	% sul Totale PL per Riabilitazione Prov. di Mo	N. Pl *1000 Ab. Provincia di Mo	N. Posti Letto	% sul Totale PL per Lungodegenza Prov. di Mo	N. Pl *1000 Ab. Provincia di Mo	N. Posti Letto	% sul Totale PL Prov. di Mo	N. Pl *1000 Ab. Provincia di Mo
AUSL di Modena	1347	53,9	2,01	69	35,6	0,1	196	81,3	0,292	1612	54,9	2,4
AOU di Modena	750	30	1,12				25	10,4	0,037	775	26,4	1,16
<b>Totale PL Pubblici</b>	<b>2097</b>	<b>83,9</b>	<b>3,13</b>	<b>69</b>	<b>35,6</b>	<b>0,11</b>	<b>221</b>	<b>91,7</b>	<b>0,33</b>	<b>2387</b>	<b>81,3</b>	<b>3,56</b>
Strutture Private Accreditate Prov. Mo.	403	16,1	0,6	125	64,4	0,19	20	8,3	0,03	548	18,7	0,82
<b>Totale Provinciale</b>	<b>2500</b>	<b>100</b>	<b>3,73</b>	<b>194</b>	<b>100</b>	<b>0,29</b>	<b>241</b>	<b>100</b>	<b>0,36</b>	<b>2935</b>	<b>100</b>	<b>4,38</b>

Nota: le strutture private non accreditate hanno una dotazione di ulteriori 34 pl per acuti

### 2.3.4.2 Attività HUB

Relativamente alle discipline ed attività che afferiscono, secondo le previsioni del vigente P.S.R. 1999-2001, alla programmazione regionale secondo il modello H&S, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena viene individuata come riferimento Hub per:

- la terapia intensiva neonatale,
- il trapianto di organi (rene e fegato),
- l'attività di emodinamica diagnostica ed interventiva
- la genetica molecolare-oncologica,

La nostra Azienda è inoltre stata individuata dal livello regionale quale unico riferimento per le attività di chirurgia della mano.

L'AOU Policlinico di Modena anche nel corso del 2007 ha ottemperato alle previsioni della programmazione regionale destinando, tra l'altro, alle attività assistenziali per le quali è centro "Hub" complessivamente n. 72 posti letto pari al 9,8 % dei complessivi 775 in attività al Dicembre dello stesso anno (Tab. 2.3.4.2.1/2a).

**Tab. 2.3.4.2.1/2a HUB**

Centri Hub AUO di Mo - Dotazione PL				
Discipline	Ord.	D.H.	Totale	% su Tot PL AUO
008-Cardiologia	20		20	2,6%
009-Chirurgia dei Trapianti	18	1	19	2,5%
036-Chirurgia della Mano	12	3	15	1,9%
048-Nefrologia Trapianti	6		6	0,8%
050-Unità Coronarica	8		8	1,0%
073-Terapia Intensiva Neonatale	8		8	1,0%
<b>Totale</b>	<b>72</b>	<b>4</b>	<b>76</b>	<b>9,8%</b>

#### 2.3.4.2.1/2b Ricoveri extra provincia ed extra regione per funzioni HUB e non HUB

Tra le funzioni HUB si segnala il centro di Chirurgia dei Trapianti come una struttura ad elevatissima attrattività extra regionale, mentre Chirurgia della Mano conferma la sua natura di centro HUB regionale con oltre il 36% di provenienze da AA.UU. SS.LL della regione Emilia-Romagna. Si segnala come tra le funzioni non HUB regionali Malattie Infettive e Tropicali faccia registrare una notevole

attrattività extra regionale con quasi il 50% di provenienze dei suoi ricoverati (Tab 2.3.4.2.1/2b).

Numerose sono le discipline con attrattività extra regionale e regionale superiore anche notevolmente al 10% ciò conferma la funzione di nodo importante del SSR e provinciale di AOUPoliclinico di Modena.

Tab. 2.3.4.2.1/2b

Dimessi 2007 AOU Policlinico di Modena Distribuzione per UU.OO distinte in Funzioni Hub Regionali e Altre Funzioni e per AUSL di Assistenza									
Reparto di ammissione	Azienda USL di Assistenza				Totale Generale	Azienda USL di Assistenza			
	Estero	Extra RER	RER No MO	Modena		Estero	Extra RER	RER No MO	Modena
	N.	N.	N.	N.		%	%	%	%
00801-Cardiologia	5	125	37	1.107	1.274	0,4	9,8	2,9	86,9
00904-Chirurgia Trapianti	6	209	65	112	392	1,5	53,3	16,6	28,6
03602-Chirurgia Della Mano	66	713	1.116	1.161	3.056	2,2	23,3	36,5	38
04801-Nefrologia Trapianti	1	27	5	91	124	0,8	21,8	4	73,4
05001-Unita' Coronarica	4	30	16	581	631	0,6	4,8	2,5	92,1
07301-Terapia Intensiva Neonat.	15	9	35	169	228	6,6	3,9	15,4	74,1
<b>Tot. Funzioni Hub Regionali</b>	<b>97</b>	<b>1.113</b>	<b>1.274</b>	<b>3.221</b>	<b>5.705</b>	<b>1,7</b>	<b>19,5</b>	<b>22,3</b>	<b>56,5</b>
02401-Malattie Infettive e Tropicali	37	794	283	482	1.596	2,3	49,7	17,7	30,2
05801-Gastroenterologia	9	318	29	378	734	1,2	43,3	4	51,5
07101-Reumatologia		141	43	241	425		33,2	10,1	56,7
00201-Day Hospital	6	285	42	699	1.032	0,6	27,6	4,1	67,7
02901-Nefrologia	2	233	32	599	866	0,2	26,9	3,7	69,2
01001-Chirurgia Maxillo Facciale	8	99	59	204	370	2,2	26,8	15,9	55,1
03801-Otorinolaringoiatria	8	436	310	1.274	2.028	0,4	21,5	15,3	62,8
03601-Ortopedia e Traumatologia	28	453	287	1.651	2.419	1,2	18,7	11,9	68,3
01301-Chirurgia Toracica	6	81	27	438	552	1,1	14,7	4,9	79,3
00902-Chirurgia Generale	7	90	25	494	616	1,1	14,6	4,1	80,2
06401-Oncologia	13	467	178	2.601	3.259	0,4	14,3	5,5	79,8
01801-Ematologia	10	89	41	531	671	1,5	13,3	6,1	79,1
01201-Chirurgia Plastica	3	44	61	233	341	0,9	12,9	17,9	68,3
04902-Terapia Intensiva		4		27	31		12,9		87,1
04903-Terapia Intensiva		8	6	50	64		12,5	9,4	78,1
02605-Medicina Generale	7	74	21	531	633	1,1	11,7	3,3	83,9
02602-Medicina Generale	10	156	29	1.147	1.342	0,7	11,6	2,2	85,5
03401-Oculistica	14	180	122	1.566	1.882	0,7	9,6	6,5	83,2
04301-Urologia	24	169	88	1.560	1.841	1,3	9,2	4,8	84,7
01402-Chirurgia Vascolare	4	89	56	867	1.016	0,4	8,8	5,5	85,3
01401-Chirurgia Vascolare	2	27	11	269	309	0,6	8,7	3,6	87,1
03901-Pediatria	27	132	139	1.277	1.575	1,7	8,4	8,8	81,1
00903-Chirurgia Generale	12	26	17	269	324	3,7	8	5,2	83
05201-Dermatologia	4	107	91	1.264	1.466	0,3	7,3	6,2	86,2
03501-Odontoiatria e Stomatol.	6	26	70	260	362	1,7	7,2	19,3	71,8
05501-Farmacologia Clinica		10	31	104	145		6,9	21,4	71,7
00901-Chirurgia Generale	12	56	25	742	835	1,4	6,7	3	88,9
06801-Pneumologia	10	56	20	1.088	1.174	0,9	4,8	1,7	92,7
04901-Terapia Intensiva	1	5	3	114	123	0,8	4,1	2,4	92,7
03701-Ostetricia e Ginecologia	349	257	371	5.516	6.493	5,4	4	5,7	85
01101-Chirurgia Pediatrica	8	30	103	643	784	1	3,8	13,1	82
05101-Astanteria	34	62	30	1.754	1.880	1,8	3,3	1,6	93,3
06201-Neonatologia	7	8	23	266	304	2,3	2,6	7,6	87,5
06501-Oncoematologia Pediatrica	21	15	85	475	596	3,5	2,5	14,3	79,7
03101-Nido	62	48	104	2.778	2.992	2,1	1,6	3,5	92,8
<b>Tot. Funzioni Non Hub Regionali</b>	<b>751</b>	<b>5.075</b>	<b>2.862</b>	<b>32.392</b>	<b>41.080</b>	<b>1,8</b>	<b>12,4</b>	<b>7</b>	<b>78,9</b>
<b>Totale Complessivo</b>	<b>848</b>	<b>6.188</b>	<b>4.136</b>	<b>35.613</b>	<b>46.785</b>	<b>1,8</b>	<b>13,2</b>	<b>8,8</b>	<b>76,1</b>

### 2.3.4.2.3 Indicatori di attività dei centri hub

Gli indicatori di performance e di esito delle UUOO. delle funzioni HUB con posti letto segnano conferme e scostamenti dalle performance dell'anno precedente. (Tab. 2.3.4.2.3a).

Le attività delle funzioni HUB senza posti letto (Tab. 2.3.4.2.3b) mostrano nel 2007 un'attività ormai consolidata.

Tab 2.3.4.2.3a

Indicatori di Attività dei centri HUB Anni 2006/2007															
Centri HUB	2006					2007					Diff. 2007-2006				
	Dimessi	gg./acc.	DMD	Deceduti		Dimessi	gg./acc.	DMD	Deceduti		Dimessi	gg./acc.	DMD	Deceduti	
	N.	N.	N.	N.	%	N.	N.	N.	N.	%	N.	N.	N.	N.	%
00801-Cardiologia	1.834	8.391	4,58	22	1,2	1.830	8.686	4,75	23	1,3	-4	295	0,17	1	0,1
00904-Chirurgia dei Trapianti	385	4.309	11,19	10	2,6	403	5.029	12,48	5	1,2	18	720	1,29	-5	-1,4
03602-Chirurgia della Mano	2.689	5.038	1,87		0,0	3.052	5.527	1,81	0	0,0	363	489	-0,06	0	0,0
04801-Nefrologia Trapianti	209	704	3,37	29	13,9	137	1.634	11,93	14	10,2	-72	930	8,56	-15	-3,7
05001-Unita' Coronarica	144	1.731	12,02	9	6,3	188	701	3,73	36	19,1	44	-1.030	-8,29	27	12,9
07301-Terapia Intensiva Neonatale	64	1.635	25,55	18	28,1	61	943	15,46	18	29,5	-3	-692	-10,09	0	1,4
<b>Totale</b>	<b>5.325</b>	<b>21.808</b>		<b>88</b>	<b>1,7</b>	<b>5.671</b>	<b>22.520</b>		<b>96</b>	<b>1,7</b>	<b>346</b>	<b>712</b>		<b>8</b>	<b>0,0</b>

Tab 2.3.4.2.3b Attività di Genetica e Genetica Oncologica:

Genetica e Genetica Oncologica - Prestazioni Universitarie Convenzionate Distribuzione per Area di Patologia Clinica e Laboratorio di Ricerca AOU Policlinico di Mo - Anno 2007		
Struttura	(Macro)Obbiettivi Clinici	N°
Ematologia	Lab. Morfologia cito-isto patologica*	9.960
	Lab. Citogenetica ematologica*	6.367
	Lab. Biologia cellulare*	488
	Lab. Biologia MolecolareP	8.590
Anatomia Patologica	Genomica neoplastica oncologia	504
	Studio sui geni solo su tumori di feti e neonati morti	506
Laboratorio Miogen	Genetica Molecolare	415
Genetica Clinica	Lab. Genetica Medica	2.822
Centro Malattie Eredo-Metaboliche del Fegato (CEMEF)	Lab. Metabolismo del ferro	200

Note:

\* N. Determinazioni

\*\* di cui 125 1° livello + 55 2° livello

### 2.3.4.3 Attività Ospedaliera

Appare utile in sede di descrizione del contributo di AOU Policlinico di Modena alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza ai residenti in provincia di Modena premettere quanto segue.

Nel 2007 dei poco più di 670.000 cittadini residenti in provincia di Modena al 31/12/2006 ed assistiti da AUSL di Modena, 87.801, pari 131 per 1000 abitanti, hanno usufruito di assistenza ospedaliera in degenza ordinaria o in day hospital, per complessivamente 123.612 episodi di ricovero, pari a 184,5 ricoveri per 1000 abitanti comprensivi dei

neonati sani.

Di essi, 66.536, pari al 75,78 % del totale, hanno usufruito di un solo ricovero nell'anno (Fig. 2.3.4.3a e b), corrispondente al 53,83% del totale degli episodi di ricovero, mentre gli altri 21.265, pari al 24,42% del totale, hanno usufruito di due o più ricoveri corrispondenti al 46,2 % del totale degli episodindi cura.

Le figure 1.4.1. e 1.4.2 illustrano le distribuzioni in valori assoluti ed in percentuale per classe di numerosità di ricoveri per paziente.

Fig. 2.3.4.3a

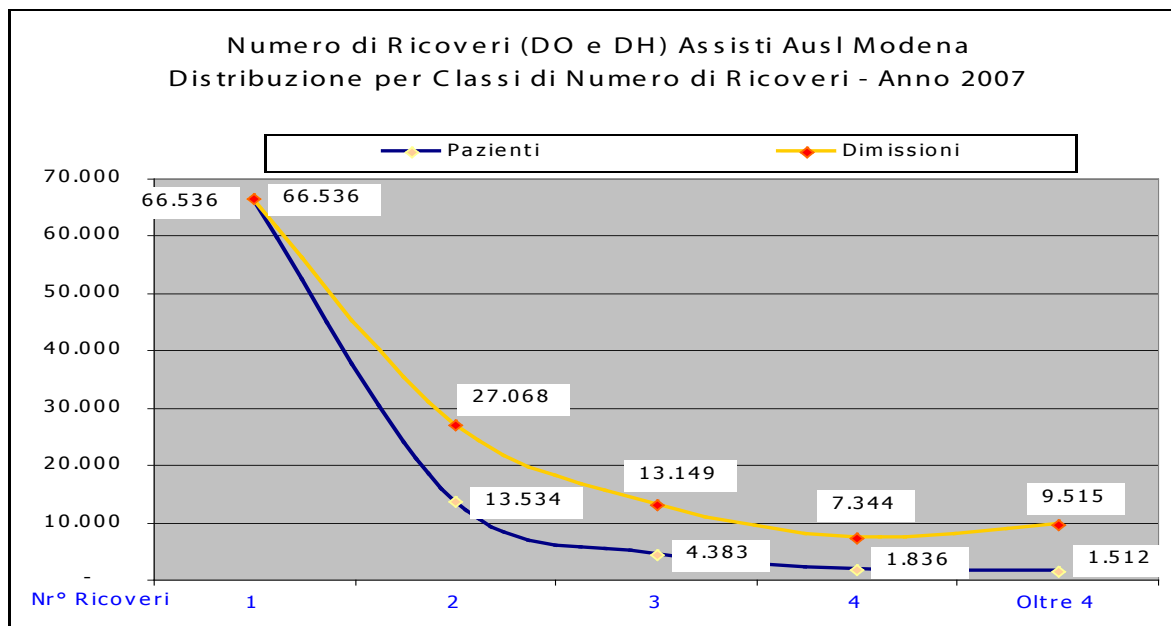
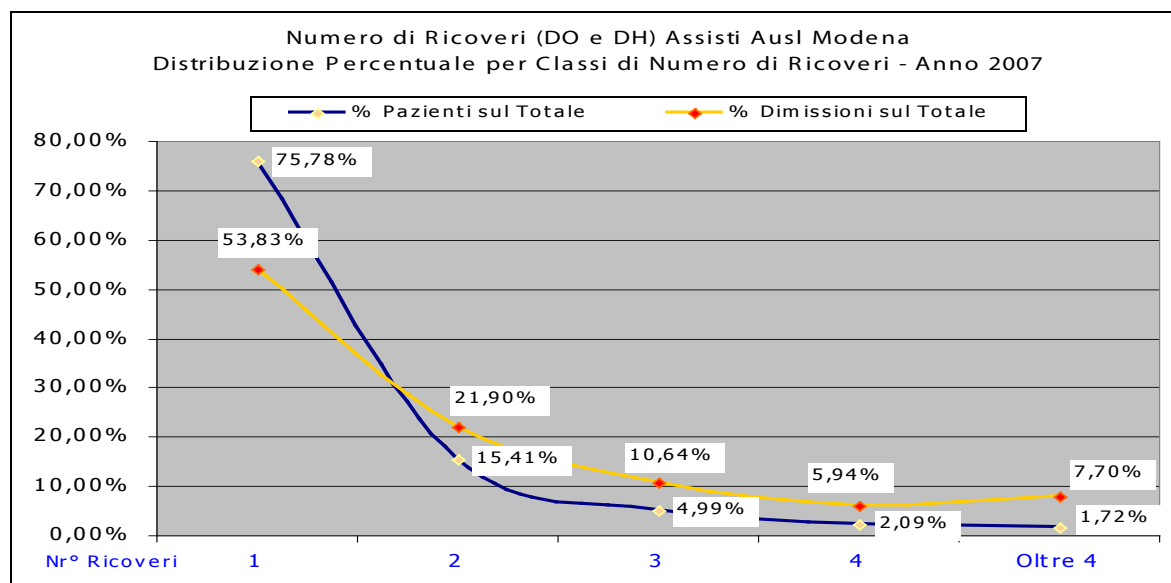


Fig. 2.3.4.3b



Dei suddetti 87.801 cittadini, 27.400, pari a 40,9 abitanti su 1000 e al 31,2% dei ricoverati, hanno utilizzato AOU Policlinico di Modena, usufruendo di 35.613 ricoveri, pari al 28,8% dei 123.612 ricoveri totali provinciali.

Dei 27.400 ricoverati assistiti da AUSL di Mo, 22.387, pari al 81,7% hanno usufruito di un solo

ricovero nell'anno, corrispondente al 62,9% degli episodi di ricovero, mentre gli altri 5.132, pari al 18,3 % del totale, hanno usufruito di due o più ricoveri corrispondenti al 37,1 % del totale degli episodi di cura come è illustrato nelle figure n° 2.3.4.3c e n° 2.3.4.3d.

Fig. 2.3.4.3c

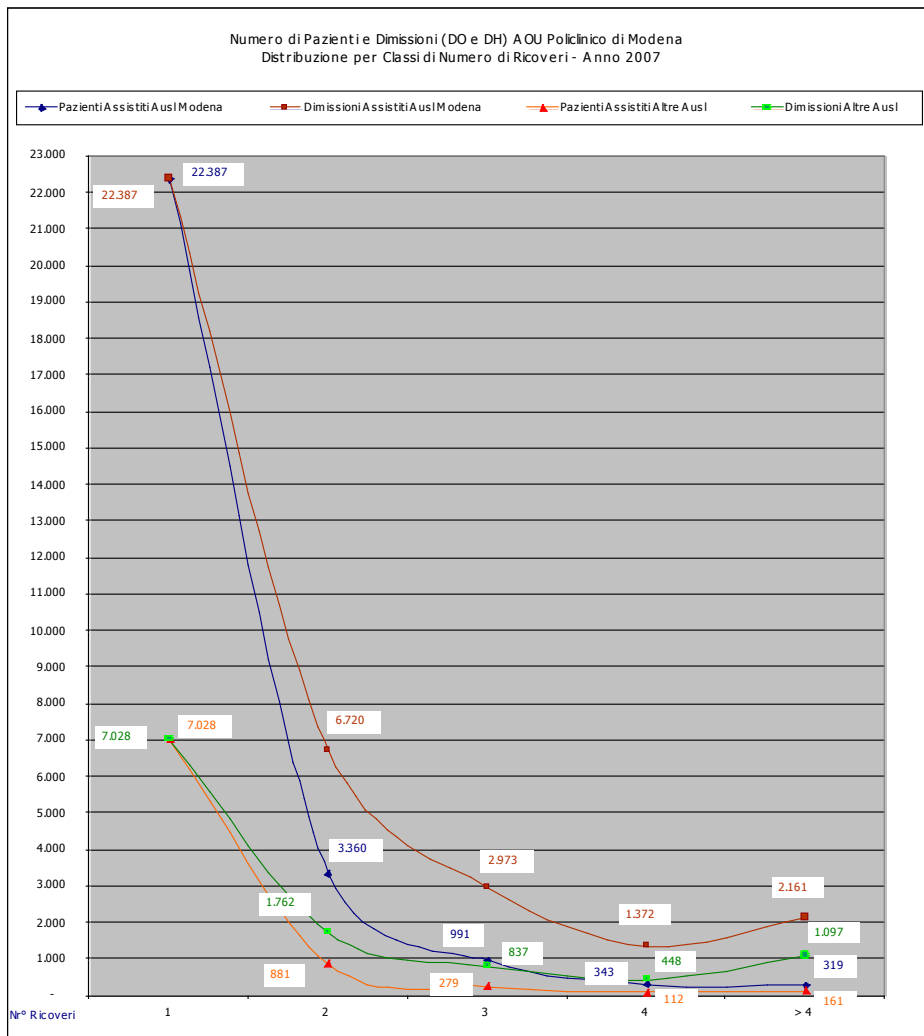
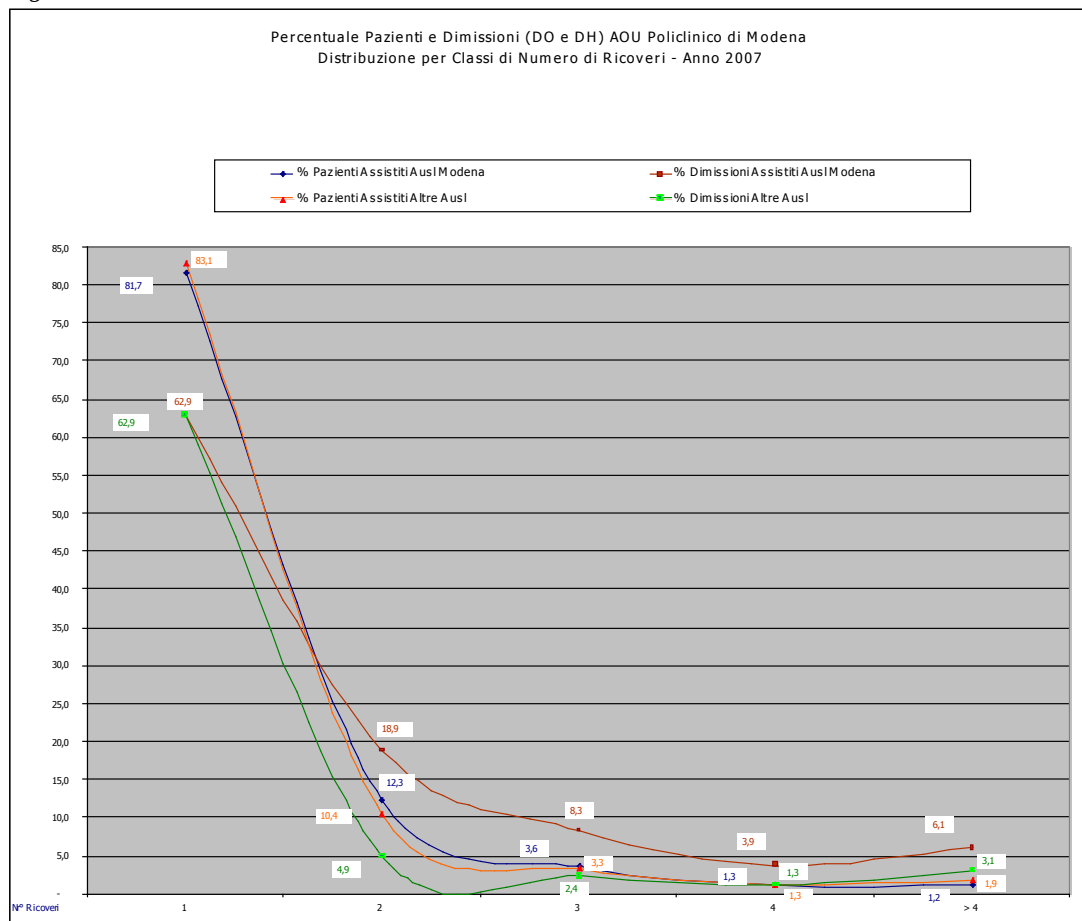


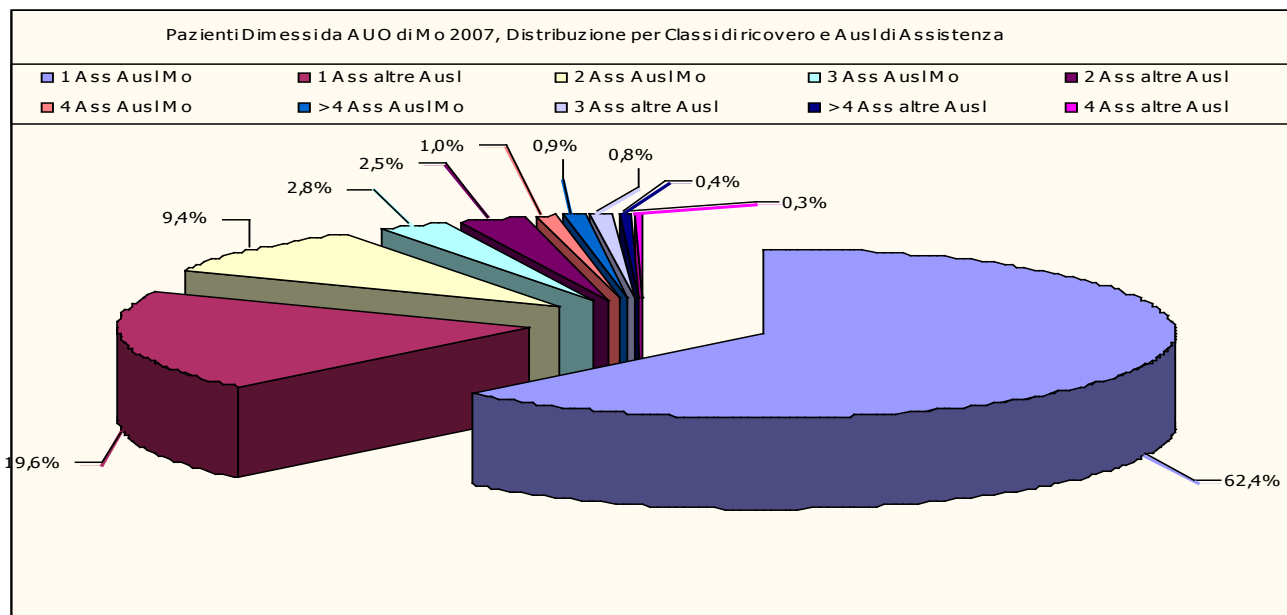
Fig. 2.3.4.3d



La distribuzione dei pazienti ricoverati presso AOU Policlinico di Modena sia in Degenza Ordinaria che in Day Hospital in riferimento a tutte le

AUSL di assistenza e per classi di numero di ricoveri (Fig. 2.3.4.3e).

Fig.2.3.4.3e



L'82% dei pazienti, dei quali 62,4% assistiti da AUSL di MO e 19,6% da altre AUSL, ha usufruito

di un solo episodio di ricovero.

### 2.3.4.3.1 Ospedalizzazione provinciale

Da sottolineare come positivo il fatto che il contributo di AOU Policlinico di MO al tasso di ospedalizzazione provinciale sia in incremento complessivamente ma con una composizione virtuosa:

è stazionario il contributo al tasso di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari, incrementa quello per il Day Hospital medico, e di più quello per la Day Surgery! (Tab 2.3.4.3.1).

Tab 2.3.4.3.1

Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Età di Residenti in Provincia di Modena								
Contributo Percentuale di AOU Policlinico di Mo - Anni 2005/2007								
ANNO	Regime Ordinario		DH medici		DH chirurgici		Totali	
	Tot.	% AOU Mo	Tot.	% AOU Mo	Tot.	% AOU Mo	Tot.	% AOU Mo
2005	135,1	31,6	21,5	41,2	23,7	21,7	180,3	31,4%
2006	133,1	28,5	20,7	32,3	24,6	23,3	178,4	28,2%
2007	133,5	28,8	20,3	33,4	25,2	28,3	179,0	29,2%



### 2.3.4.3.2/3 Dimessi da ricoveri in DO e DH e libera professione

Nel 2007 aumentano rispetto all'anno precedente sia i ricoveri in DO che quelli in DH, libera professione e casi chirurgici.  
L'attività in Libera Professione intramuraria man-

tiene negli anni la sua marcata marginalità, attestandosi sull'1,2% dei soli ricoveri ordinari ed all'1,1% dei ricoveri totali. (Tab. 2.3.4.2/3/4)

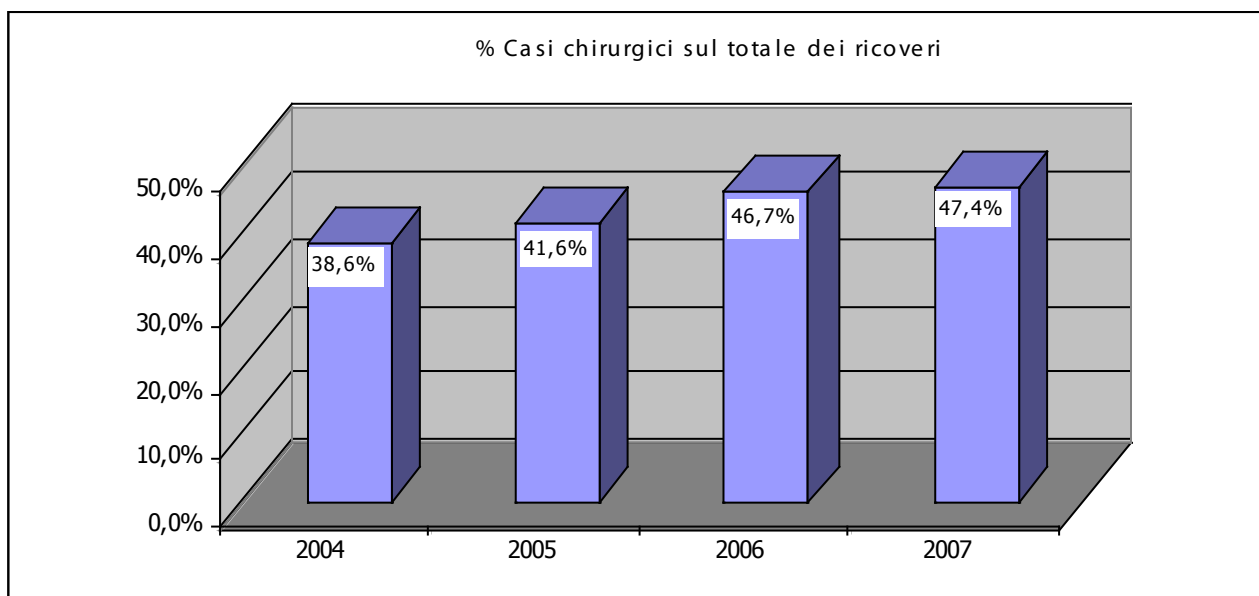
Tab.2.3.4.3.2/3

Numero di Dimessi in Regime Ordinario e in Day Hospital									
ANNO	Regime Ordinario			Day-hospital			Totale		
	Totale dimessi	di cui in libera professione		Totale dimessi	di cui in libera professione		Totale dimessi	di cui in libera professione	
	N.	N.	%	N.	N.	%	N.	N.	%
2004	37.335	514	1,4	13.746	124	0,9	51.081	638	1,2
2005	36.273	492	1,4	12.323	94	0,9	48.596	586	1,2
2006	33.336	454	1,4	11.511	101	0,9	44.847	555	1,2
2007	34.214	407	1,2	12.571	129	1	46.785	536	1,1

Si conferma peraltro, (fig. 2.3.4.3.4), un elemento già in evidenza negli anni precedenti in confronto con le altre aziende ospedaliere della Regione: la precisa vocazione chirurgica dell'AOU Policlini-

co di Modena, che nel 2007 incrementa non solo il numero assoluto dei ricoveri ma anche in esso quello dei ricoveri per terapia chirurgica raggiungendo il 47,4% del totale.

Fig. 2.3.4.3.4



### 2.3.4.3.5 Peso medio

Nel 2007 in 27 ambiti disciplinari su 30 il peso medio è superiore ad 1 e l'indice di Case-Mix, che indica la "onerosità" della casistica trattata normalmente correlata con la complessità assistenziale, è superiore ad 1, cioè alla media della onerosità

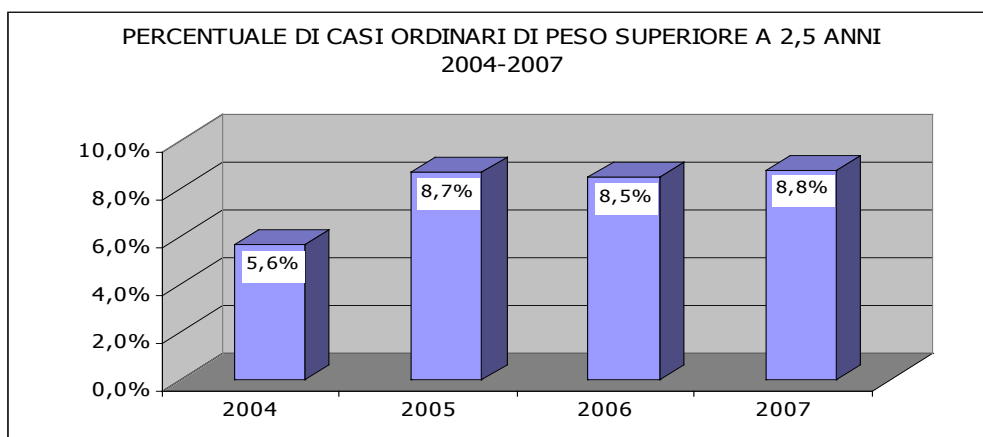
regionale in 25 ambiti disciplinari su 30 (Tab. 2.3.4.3.5). I casi con peso medio superiore a 2,5 nel 2007 fanno registrare un lieve incremento (Fig. 2.3.4.3.6).

Tab.2.3.4.3.5

Peso Medio Ricoveri Ordinari e Indice di Case Mix - UU.OO. AUO Policlinico di Modena - Anni 2005/6/7								
Disciplina di Dimissione	2004		2005		2006		2007	
	Peso medio	I.C.M.	Peso medio	I.C.M.	Peso medio	I.C.M.	Peso medio	I.C.M.
008-CARDIOLOGIA	1,5	1	1,6	1	1,7	1	1,9	1,1
009-CHIRURGIA GENERALE	1,6	1,3	1,8	1,3	1,8	1,3	1,8	1,3
010-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE					1,3	0,9	1,3	0,9
011-CHIRURGIA PEDIATRICA	0,7	0,9	0,9	1	0,7	0,9	0,8	0,9
012-CHIRURGIA PLASTICA	1,4	1,2	1,7	1,2	1,7	1,2	1,5	1,1
013-CHIRURGIA TORACICA	2	1	2,2	1	2,3	1,1	2,4	1,1
014-CHIRURGIA VASCOLARE					1,9	1	1,9	1
018-EMATOLOGIA	4,3	1	3,6	1,1	4	1,2	3,9	1,3
019-MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	0,7	0,8	0,6	0,7	0,7	0,8		
024-MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,6	1,2	1,7	1,2	1,8	1,2	1,6	1,1
026-MEDICINA GENERALE	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
029-NEFROLOGIA	1,5	1,1	1,5	1	1,5	1	1,5	1
030-NEUROCHIRURGIA	2,1	1,1	2,1	1,1				
031-NIDO	0,9	0,9	1,5	1,3	1,3	1	2,1	1,5
032-NEUROLOGIA	1,1	1	1,1	1				
034-OCULISTICA	0,5	1	0,6	0,9	0,6	0,9	0,6	0,9
035-ODONTOIATRIA E STOMATOL.	1,1	1,1	1,3	1,1	0,7	0,7		
036-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	0,9	1,2	0,9	1,2	0,9	1,2	0,9
037-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,5	1	0,6	1	0,6	1	0,6	1
038-OTORINOLARINGOIATRIA	0,7	1	1	1	1	1,1	1	1,1
039-PEDIATRIA	1	1,3	1,1	1,5	1	1,4	1,1	1,5
043-UROLOGIA	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1	1,1	1
048-NEFROLOGIA TRAPIANTI	1,9	1,3	2,1	1,3	2,1	1,3	2	1,3
049-TERAPIA INTENSIVA	6,2	1,1	5,6	0,9	5,1	0,8	4,6	0,8
050-UNITA' CORONARICA	1,8	1	2	1	2,2	1,1	2,3	1,1
051-ASTANTERIA	0,8	1	0,9	1,1	1	1,2	1,1	1,2
052-DERMATOLOGIA	0,9	1	1	0,9	1,1	1	1,1	1
058-GASTROENTEROLOGIA	1,2	1	1,3	1,1	1,3	1,1	1,3	1,1
062-NEONATOLOGIA	1,7	1,1	2,8	1,2	2,6	1,2	2,4	1,2
064-ONCOLOGIA	1,4	1,1	1,6	1,2	1,5	1,1	1,5	1,1
065-ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA			2,5	1,4	2,6	1,2	2,6	1,2
068-PNEUMOLOGIA	1,5	1	1,6	1	1,6	1	1,6	1
071-REUMATOLOGIA					1,2	1,2	1,2	1,2
073-TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	1,6	1,1	2,2	1,1	2,9	1,4	2,3	1,1

### 2.3.4.3.6 Percentuale casi ordinari di peso superiore a 2.5 su totale casi ordinari

Fig. 2.3.4.3.6

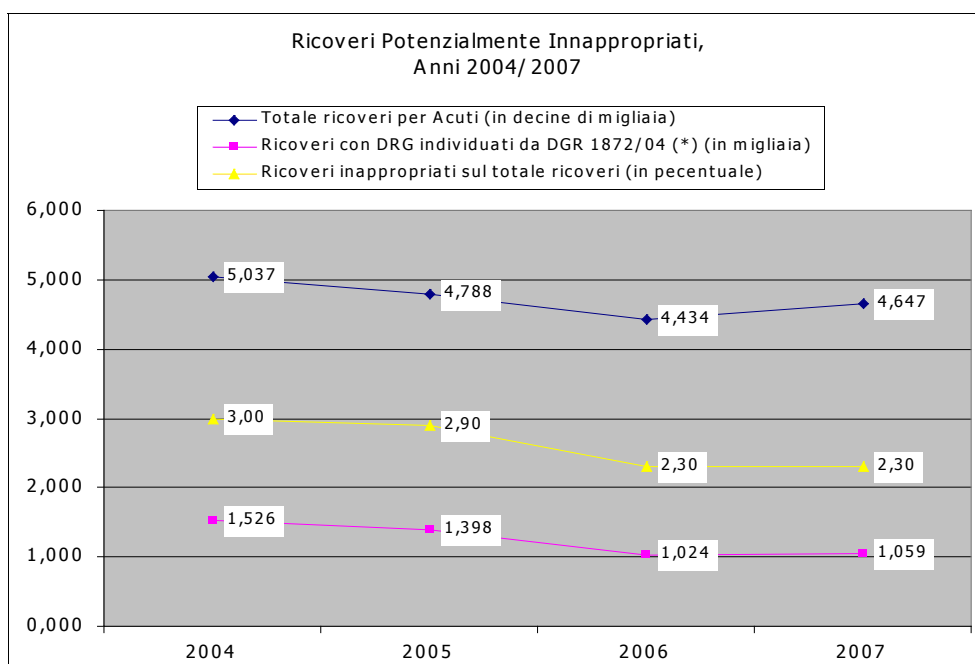


### 2.3.4.3.7 Percentuale casi attribuiti a Drg individuati da DGR 1872/2004 su totale dimessi

Nel 2007 a fronte di un incremento dei ricoveri rispetto all'anno precedente (Fig. 2.3.4.3.7) si registra una conferma del tasso del 2,3% di ricoveri potenzialmente inappropriati sul piano organizzativo come da DGR n° 1872/04, a fronte di un incremento

di ricovero totali da 34.038 nel 2006 a 36.613 nel 2007 appare lievissimo l'incremento di ricoveri inappropriati sul piano organizzativo da numero 1.024 del 2006 a numero 1.059 del 2007.

Fig. 2.3.4.3.7



### 2.3.4.3.8 Tempi massimi di attesa accordo Stato-Regioni

Sui tempi massimi di attesa per ciascuna patologia/intervento oggetto di monitoraggio secondo l'accordo Stato-Regioni (cataratta, chemioterapia,

coronarografia, neoplasia colon retto-mammella-polmone, protesi d'anca) che viene riassunto nella scheda seguente

Tempi d'Attesa - Standard Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002 e DGR 1562/2006 Obbiettivi 2007				
Tipologia di Prestazioni	Tempi di Attesa / % di Pazienti			
	30	60	90	180
Int. Chir. Tumori	100%			
Protesi Anca			50%	90%
Cataratta**			50%	90%
Angioplastica Coronarica		90%		
By pass aortocoronarico		90%		
Tumore Utero*	100%			
Biopsia percutanea fegato	92%		98%	
Emorroidectomia		72%	84%	
Int.Chir. Colon	61%	78%		
Int.Chir. Polmone	87%	95%		
Rip. Ernia Inguinale			75%	92%
Stripping Vene			70%	86,50%
Tonsillectomia			56%	80%
Tunnel Carpale			86%	94%

L'ambito territoriale di riferimento per la valutazione dei tempi d'attesa è quello provinciale; le aziende sanitarie dovranno individuare le strutture che partecipano al monitoraggio dei tempi d'attesa. Tali obiettivi vengono posti a partire dall'1 gennaio 2007.

\* Esculso tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti

\*\* Con la DGR n. 2582/2002 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della R.E.R. applicabili a decorrere dal 1-1-02" in considerazione del previsto inserimento della prestazione di "Facoemulsione ed aspirazione di cataratta" nel nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali è stata modificata la tariffa precedentemente prevista per tale prestazione se erogata in regime di degenza, ordinario o di day hospital. Infatti, pur ritenendo il regime ambulatoriale come quello più appropriato per l'erogazione di tale prestazione in una elevata percentuale di pazienti, si deve ritenere che, per quota parte della casistica, in particolare per i casi più complessi, resti opportuno l'erogazione in regime di ricovero. La quota di erogazione in regime di ricovero, parametro per la valutazione dei comportamenti erogativi delle aziende, dovrà mantenere il trend di trasferimento verso regimi di trattamento sempre più appropriati già osservati

si misura non solo l'efficienza operativa ma anche la capacità di dare ai cittadini risposte congrue con i loro diritti all'accesso (Tab. 2.3.4.3.8). In tale ambito AOU Policlinico di Modena nel 2007 ha operato in maniera talora più efficiente talora meno rispetto alle strutture comparabili di AUSL e privato in provincia di Modena. Rimangono comun-

que margini importanti di miglioramento. Tale miglioramento sarà perseguibile nella misura in cui si realizzeranno sinergie con AUSL di Modena e privati e gli impegni conseguenti saranno registrati in maniera esplicita e vincolante nei contratti di fornitura.

**TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO PROGRAMMATE A CARICO DEL SSN**  
 PIANO REGIONALE SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA, D.G.R.1532/2006 - Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate - Anno 2007

MODENA			Totale ricoveri	Ricoveri Attesa > 0 gg.	Attesa Media- na (GG)	Tempi di Attesa (Distribuzioni delle Durate di Attesa espresse in valori percentuali in Classi espresse in Giorni di Attesa)*						
						N.	N.	N.	0gg	1-30gg	1-60gg	1-90gg
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	AUSL+Privato	1.382	1.043	5	24,5	95,4	98,5	98,8	99,1	99,7	0,3
		AOU di MO	1.528	124	3	91,9	88,7	92,7	93,5	95,2	95,2	4,8
		Totale	2.910	1.167	5	59,9	94,7	97,9	98,2	98,7	99,2	0,8
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	AUSL+Privato	55	50	21	9,1	82	90	94	98	100	
		AOU di MO	41	41	28		53,7	92,7	100	100	100	
		Totale	96	91	25	5,2	69,2	91,2	96,7	98,9	100	
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	AUSL+Privato	308	294	10	4,5	88,4	94,9	95,9	96,9	99	1
		AOU di MO	116	100	21	13,8	69	87	94	96	99	1
		Totale	424	394	12	7,1	83,5	92,9	95,4	96,7	99	1
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	AUSL+Privato	334	331	53	0,9	21,1	57,7	84,9	94	99,1	0,9
		AOU di MO	51	49	38	3,9	36,7	83,7	93,9	95,9	95,9	4,1
		Totale	385	380	50	1,3	23,2	61,1	86,1	94,2	98,7	1,3
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	AUSL+Privato	126	125	17	0,8	83,2	97,6	99,2	99,2	99,2	0,8
		AOU di MO	56	52	19	7,1	73,1	94,2	96,2	96,2	98,1	1,9
		Totale	182	177	17	2,7	80,2	96,6	98,3	98,3	98,9	1,1
AREA CARDIOVASCOLARE	CORONAROGRAFIA (DH)	AUSL+Privato	81	73	5	9,9	100	100	100	100	100	
		AOU di MO	51	48	14	5,9	91,7	93,8	93,8	95,8	100	
		Totale	132	121	6	8,3	96,7	97,5	97,5	98,3	100	
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	AUSL+Privato	58	57	19	1,7	77,2	98,2	100	100	100	
		AOU di MO	180	153	19	15	69,9	81	87,6	91,5	94,1	5,9
		Totale	238	210	19	11,8	71,9	85,7	91	93,8	95,7	4,3
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	AUSL+Privato	789	714	11	9,5	92,3	97,3	99	99,4	99,7	0,3
		AOU di MO	420	202	15	51,9	76,7	87,1	93,1	96,5	99	1
		Totale	1.209	916	11	24,2	88,9	95,1	97,7	98,8	99,6	0,4
	BY-PASS AORTOCORONARICO (regime ordinario)	AUSL+Privato	330	320	12	3	88,4	97,2	98,8	99,1	99,4	0,6
		Totale	330	320	12	3	88,4	97,2	98,8	99,1	99,4	0,6
	AREA GERIATRICA	CATARATTA (DH)	AUSL+Privato	66	54	7	18,2	83,3	92,6	96,3	98,1	100
AOU di MO			25	25	44		44	56	80	92	96	4
Totale			91	79	13	13,2	70,9	81	91,1	96,2	98,7	1,3
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)		AUSL+Privato	621	612	89	1,4	19,8	40,2	51,5	63,7	81,4	18,6
		AOU di MO	251	239	53	4,8	32,2	55,2	70,3	77,8	88,3	11,7
		Totale	872	851	72	2,4	23,3	44,4	56,8	67,7	83,3	16,7
ALTRE PRESTAZIONI	TUNNEL CARPALE (DH)	AUSL+Privato	160	155	29	3,1	52,3	69,7	85,8	94,8	96,8	3,2
		AOU di MO	129	127	131	1,6	12,6	25,2	41,7	48,8	67,7	32,3
		Totale	289	282	61	2,4	34,4	49,6	66	74,1	83,7	16,3
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	AUSL+Privato	1.008	999	53	0,9	36,6	54,5	73,4	84,1	93,7	6,3
		AOU di MO	190	186	120	2,1	13,4	30,6	40,3	50,5	72	28
		Totale	1.198	1.185	60	1,1	33	50,7	68,2	78,8	90,3	9,7
	EMORROIDECTOMIA (DH)	AUSL+Privato	59	57	44	3,4	28,1	75,4	87,7	91,2	93	7
		Totale	59	57	44	3,4	28,1	75,4	87,7	91,2	93	7
	STRIPPING DI VENE (DH)	AUSL+Privato	1.178	1.171	42	0,6	41,2	61,9	73,8	82,6	91,5	8,5
		AOU di MO	289	253	179	12,5	19	26,9	34,4	39,1	50,2	49,8
		Totale	1.467	1.424	51	2,9	37,3	55,7	66,8	74,9	84,2	15,8
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	AUSL+Privato	68	45	6	33,8	91,1	93,3	93,3	93,3	93,3	6,7
		AOU di MO	55	22	13	60	59,1	81,8	90,9	90,9	100	
		Totale	123	67	7	45,5	80,6	89,6	92,5	92,5	95,5	4,5
	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	AUSL+Privato	461	454	99	1,5	16,7	36,8	47,4	56,2	68,9	31,1
		AOU di MO	223	220	164	1,3	7,7	13,2	17,3	31,8	64,5	35,5
		Totale	684	674	127	1,5	13,8	29,1	37,5	48,2	67,5	32,5
	INTERVENTO CHIRURGICO COLON (regime ordinario)	AUSL+Privato	208	189	18	9,1	67,2	77,2	81	86,8	94,2	5,8
		AOU di MO	78	60	28	23,1	53,3	70	78,3	88,3	98,3	1,7
		Totale	286	249	21	12,9	63,9	75,5	80,3	87,1	95,2	4,8
	INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	AUSL+Privato	177	126	4,5	28,8	98,4	99,2	99,2	100	100	
AOU di MO		463	287	17	38	73,5	90,9	94,4	95,5	96,5	3,5	
Totale		640	413	13	35,5	81,1	93,5	95,9	96,9	97,6	2,4	

\* Nota: Percentuale dei casi ricoverati entro i tempi massimi previsti per ciascuna patologia/intervento oggetto di monitoraggio secondo l'accordo Stato-Regioni (cataratta, chemioterapia, coronarografia, neoplasia colon retto -mammella-polmone, protesi d'anca)

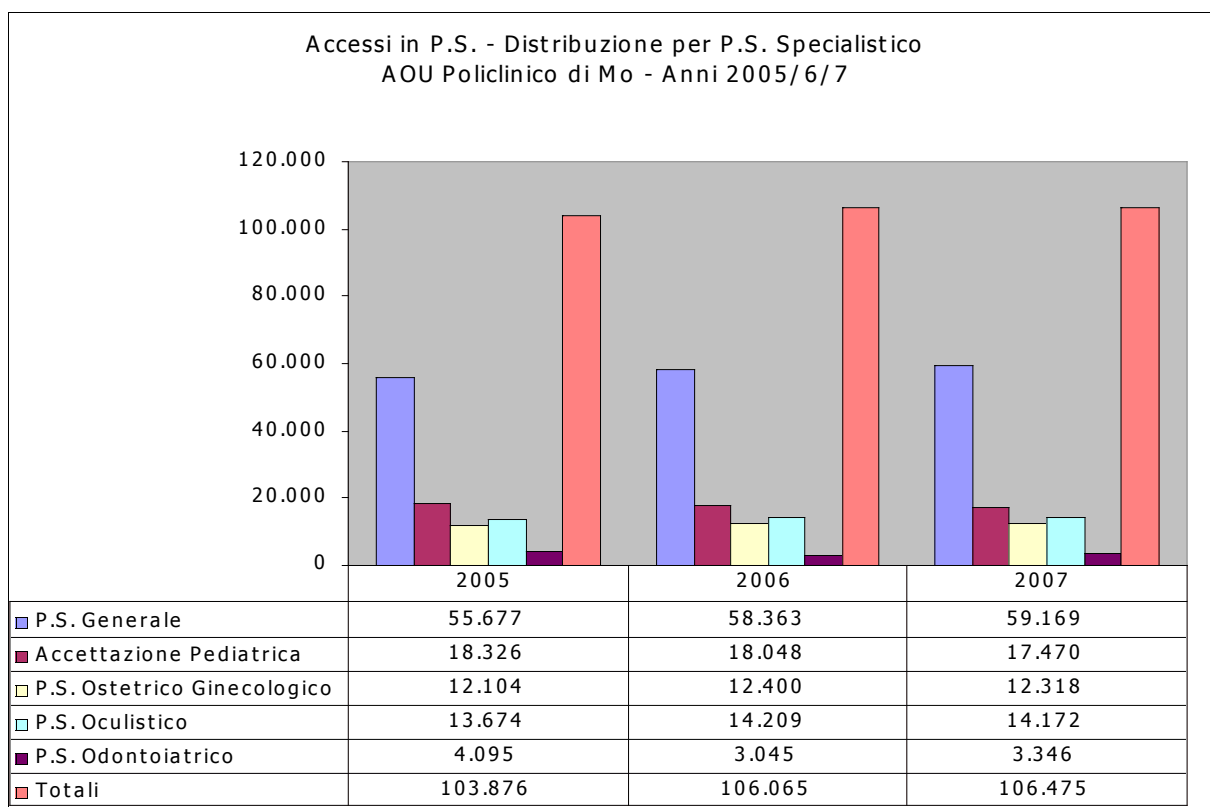
### 2.3.4.3.9/10/11/12/13/14 Accessi in Pronto Soccorso

Continua il trend incrementale degli accessi al pronto soccorso (Fig. 2.3.4.3.9). Complessivamente anche nel 2007 si sono superati i 106.000 accessi con l'attività prevalente concentrata al PS Generale che con 59.169 accessi ha fatto registrare un ulteriore incremento di prestazioni su base annua del 1,3%. In aumento è anche l'accesso al PS odontoiatrico,

in recupero dopo il calo dello scorso anno, mentre sostanzialmente confermano la loro intensità d'uso, il PS ostetrico e il PS oculistico. In riduzione gli accessi all'Accettazione Pediatrica.

Si conferma come per gli anni precedenti che il 90 % delle prestazioni riguarda i codici bianchi e verdi di minore gravità.

Fig 2.3.4.3.9



Anche nel 2007 la percentuale di pazienti ricoverati su quelli che si sono rivolti al Pronto Soccorso Generale, (Fig. 2.3.4.3.10/12), è stata del 13%, mentre si conferma oltre il 4% la percentuale di pazienti ricoverati in Osservazione Breve Intensiva sul totale degli accessi in Pronto Soccorso generale. Il numero di ricoverati in OBI è stato nel 2007 di

2.619, sostanzialmente uguale a quello 2006 (Fig. 2.3.4.3.11). Significativa si conferma la svolta del 2006 che con l'entrata in piena attività dell'O.B.I. fa registrare una forte caduta dei ricoveri ordinari da P.S. e quindi della sua azione di filtro (CFR Ambulatorio di Continuità assistenziale).

Fig 2.3.4.3.10/12

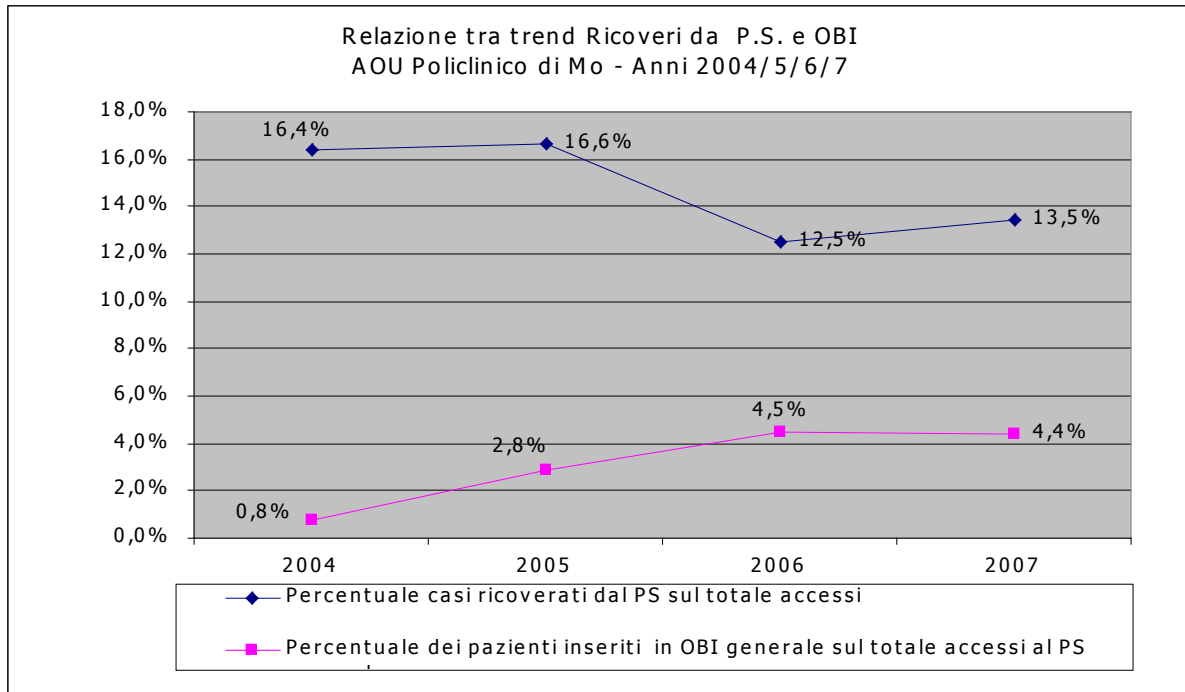
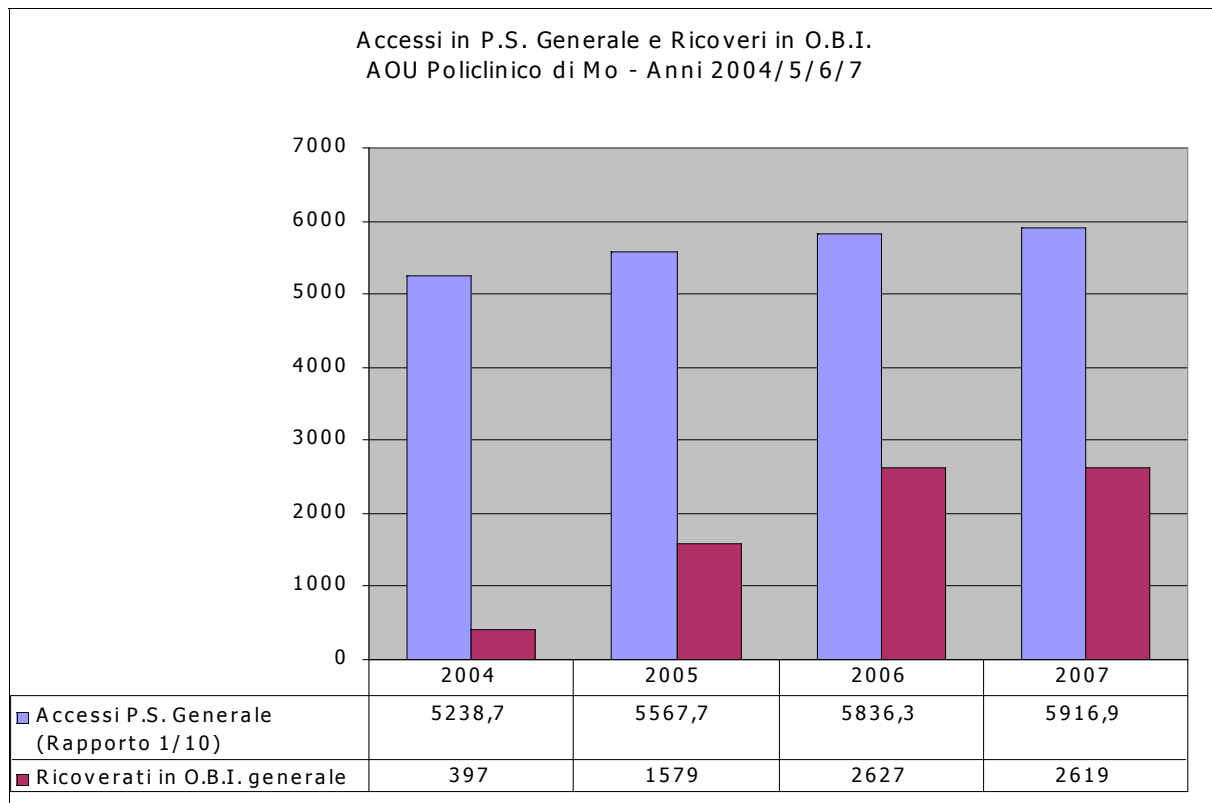


Fig 2.3.4.3.11



Si conferma oltre l'80%, molto al di sopra dello standard regionale che si ferma al 60%, la percentuale di dimissioni sul totale dei pazienti osservati

in Osservazione Breve Intensiva (Fig. 2.3.4.3.13). il contributo del "dei" Pronto Soccorso AOU Policlinico di Modena all'erogazione di prestazioni di Pronto Soccorso in Provincia di Modena si conferma oltre il 35% (Fig. 2.3.4.3.14).

Fig 2.3.4.3.13

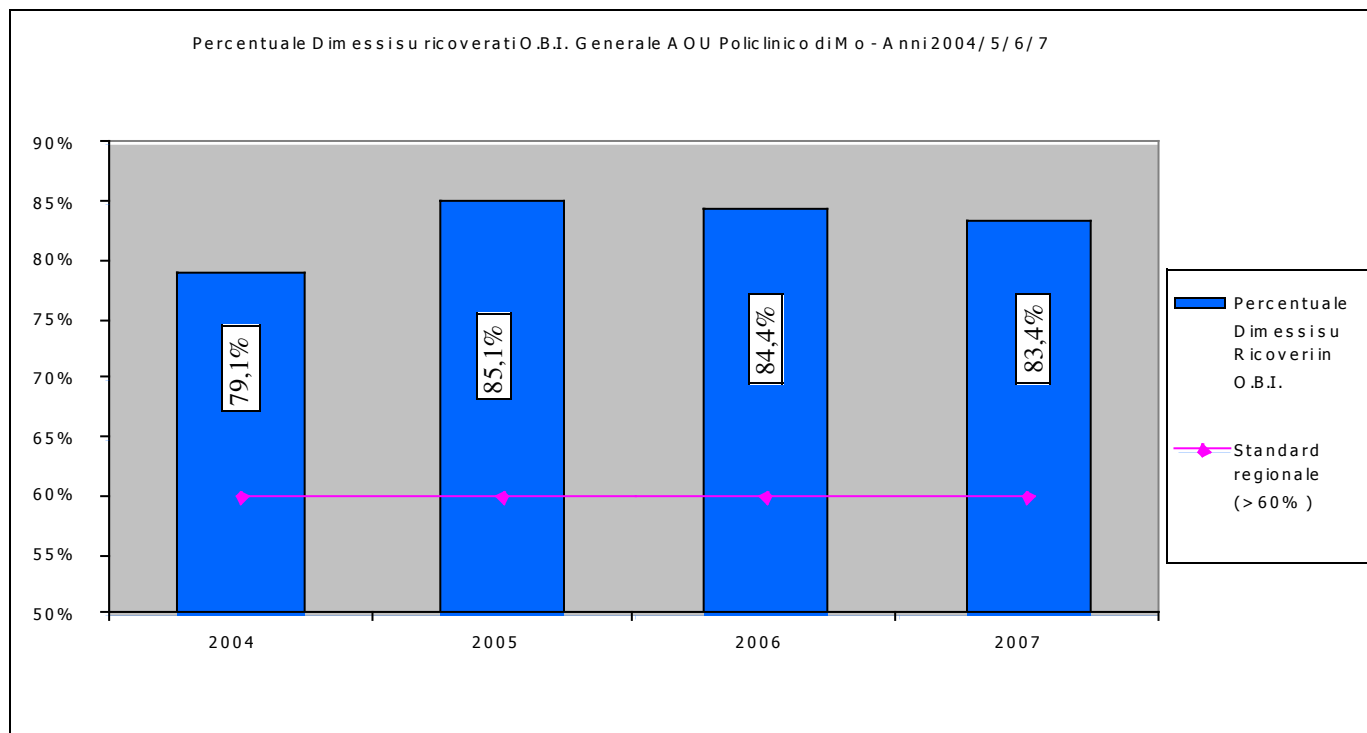
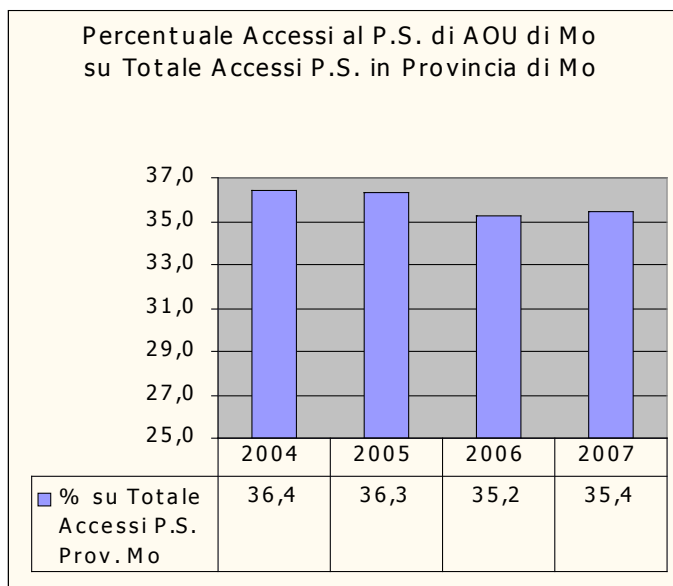


Fig 2.3.4.3.14

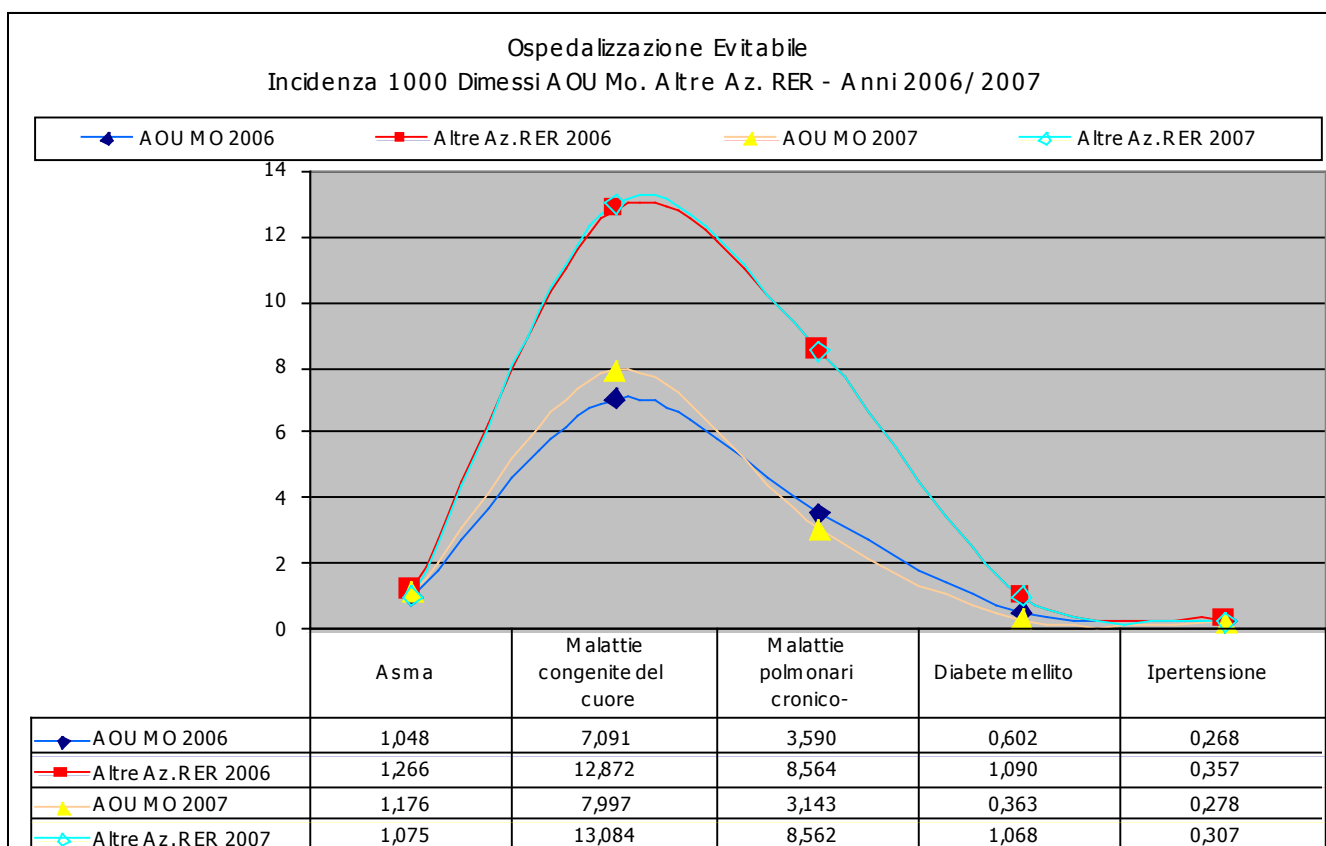


Elemento a conforto della qualità dei protocolli di selezione della casistica passibile di ricovero ordinario nonché della qualità dei servizi specialistici ambulatoriali di AOU Policlinico di Mo e dell'attività assistenziale dei Medici di Medicina Generale dell' AUSL di MO è le rilevazioni sulla Ospedalizzazione evitabile, negli anni 2006 e 2007 (Fig. 2.3.4.3.15).

In proposito è da segnalare che in riferimento a quadri patologici diffusi quali le malattie congenite di cuore e le malattie polmonari cronico ostruttive AOU Policlinico di Modena segna un forte scostamento in positivo, cioè per minor tasso di ospedalizzazione evitabile tra i dimessi, sia nel 2006 che nel 2007 dai trend regionali. Per Asma, diabete mellito ed ipertensione arteriosa i trends regionali sono invece confermati.



Fig 2.3.4.3.15



### 2.3.4.4 Piano Sangue

Rispondenza agli obiettivi Piano Sangue e Plasma Regionale del Servizio di Medicina Trasfusionale dell’Azienda Policlinico di Modena

In ottemperanza agli obiettivi del Piano Sangue Regionale 2005-07, nel 2007 sono stati perseguiti e raggiunti i seguenti risultati (Fig. 2.3.4.4 e Tab. 2.3.4.4.1) :

Raccolta sangue intero: a fronte di un obiettivo quantitativo di consolidamento della raccolta di unità di sangue, pianificata in 35.500 unità / anno (comprensiva di una quota di unità per il soddisfacimento della richiesta extraregionale) e di una particolare attenzione allo sviluppo della plasmaferesi produttiva, destinata, con il duplice obiettivo di far rientrare la quota delle unità rosse iperdatate nell’obiettivo regionale (= o < al 1,5% delle unità di sangue intero raccolte) e contemporaneamente aumentare il plasma disponibile per il fabbisogno regionale di emoderivati: in effetti su 35. 170 unità raccolte, quelle inutilizzate per iperdatazione sono state 0,33%.

La raccolta con metodica multicomponent è stata a sua volta applicata in modo mirato a soddisfare il fabbisogno di pazienti / condizioni cliniche co-

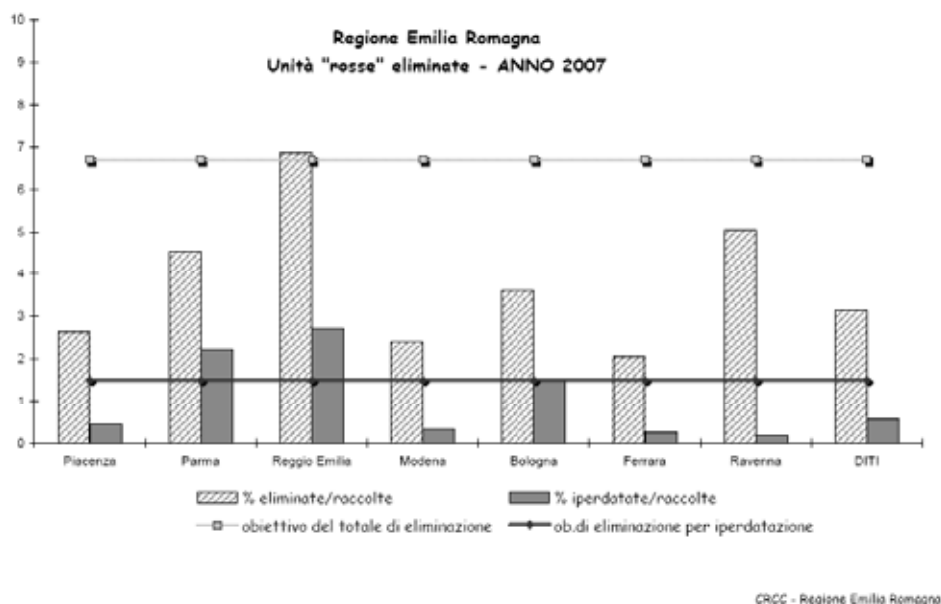
erenti con i criteri selettivi previsti da linee guida specifiche, confermandosi nei limiti del +/- 10% vs 2006.

Tali risultati sono particolarmente significativi in quanto il 2007 si connota per alcuni eventi sfavorevoli, uno regionale, l’altro locale.

Nell’estate 2007 è comparso nella provincia di Ravenna il virus Chikungunya, con ripercussioni significative a livello della raccolta (eliminazione di 745 unità di sangue, 610 Kg di plasma, sospensione della raccolta fino alla fine di ottobre nelle zone interessate) .In tale occasione è stata collaudata la tenuta del “sistema“ sangue regionale, che ci ha permesso, grazie al coinvolgimento tempestivo delle Associazioni di tutta la regione, di sopperire alle esigenze della Romagna senza compromettere l’attività sanitaria del resto della regione.

A livello locale la sede logistica del Servizio di Medicina Trasfusionale è stata interessata da alcuni segnali di cedimento strutturale che di fatto hanno bloccato alcune innovazioni necessarie per ottemperare all’obiettivo regionale di incrementare la produzione di plasma fresco congelato.

Fig 2.3.4.4.



CRCC - Regione Emilia Romagna

Tab 2.3.4.4.1 Raccolta Unità di Sangue, produzione di Emocomponenti e gestione unità non idonee Distribuzione al Centro Regionale Sangue e alle ospedalità della provincia - Anni 2006-2007

	U. Assegnate a Pazienti			U.al C.R.C.C.			U. Iperdotate			Totale		
	2006	2007	Diff. %	2006	2007	Diff. %	2006	2007	Diff. %	2006	2007	Diff. %
Sangue prelevato in sacca*										35.952	35.170	-2,2
Sangue intero*				323	169	-47,7	7	7	0	330	176	-46,7
eritrociti**	30.076	31.107	3,4	4.114	2.919	-29,0	776	117	-84,9	34.966	34.143	-2,4
plasma**	7.850	9.752	24,2	28.380	25.179	-11,3	38	65	71,1	36.268	34.996	-3,5
piastrine**	6.194	8.810	42,2				944	524	-44,5	7.138	9.334	30,8
plasma prelevato in aferesi	2.313	1.654	-28,5	13.820	14.350	3,8	82	42	-48,8	16.215	16.046	-1,0
piastrine prelevate in aferesi	1.789	2.256	26,1	91	9	-90,1	28	23	-17,9	1.908	2.288	20
Totale Unità Assegnate	48.222	53.579	11,1	46.728	42.626	-8,8	1.875	778	-58,5	96.825	96.983	0,15

\* Note: \*Espresso in Unità; \*\* da separazione di Sangue intero

#### Servizio Medicina Trasfusionale di Modena

##### Gestione Emocomponenti 2007 (Tab. 2.3.4.4.1)

Consumi : si consolida nel 2007 l'incremento generale dell'utilizzo di emocomponenti (+ 11%) che in termini assoluti assume particolare rilevanza a carico delle strutture USL (+ 18%), in gran parte attribuibile al potenziamento delle attività di ricovero e di emergenza -urgenza presso l'ospedale di Baggiovara. Si conferma anche la crescita complessiva delle unità distribuite al Policlinico ed in particolare nel Dipartimento di Oncoematologia di cui fa parte il Servizio Trasfusionale, ma anche il dato delle unità gestite in urgenza - più del 60% del mo-

vimento sangue - dato per altro coerente sia con la qualificazione delle strutture ospedaliere come strutture di ricovero per acuti spesso connotati da patologie di particolare impegno trasfusionale, sia dalla necessità di rispettare standard di ricovero quanto mai contenuti. Si ripropone la necessità di individuare il tipo di organizzazione migliore per assicurare ai cittadini uno standard di sicurezza e di garanzia trasfusionale uniforme su tutto il territorio provinciale.

Tab 2.3.4.4.2

Unità di Emocomponenti Assegnate a Pazienti - Distribuzione per Ente di Assistenza - AOU di Mo - Anni 2006 - 2007												
Emocomponenti	AOU di Mo			AUSL di Mo			Case Cura Private			Totale		
	2006	2007	Diff. %	2006	2007	Diff. %	2006	2007	Diff. %	2006	2007	Diff. %
Eritrociti	12.550	12.751	1,6	15.740	16.286	3,5	1.786	2.070	15,9	30.076	31.107	3,4
Plasma	2.818	3.600	27,8	3.921	5.199	32,6	1.111	953	-14,2	7.850	9.752	24,2
Piastrine	3.654	3.210	-12,2	1.770	4.140	133,9	770	1.460	89,6	6.194	8.810	42,2
plasma da aferesi	1.331	975	-26,7	915	646	-29,4	67	33	-50,7	2.313	1.654	-28,5
piastrine da aferesi	1.635	1.988	21,6	117	216	84,6	37	52	40,5	1.789	2.256	26,1
<b>Totale</b>	<b>21.988</b>	<b>22.524</b>	<b>2,4</b>	<b>22.463</b>	<b>26.487</b>	<b>17,9</b>	<b>3.771</b>	<b>4.568</b>	<b>21,1</b>	<b>48.222</b>	<b>53.579</b>	<b>11,1</b>

- Monitoraggio utilizzo clinico emocomponenti: è continuata l'azione del gruppo di lavoro costituito in seno al C. BUS del Policlinico per migliorare l'appropriatezza della richiesta trasfusionale soprattutto da parte dei reparti chirurgici. Si è dato corso pienamente all'attivazione della modalità Type & screen per le tipologie di interventi classificate come a rischio relativo, completando e stabilizzando la definizione di MSBOS per i tipi di intervento a maggior richiesta di compensazione trasfusionale. Sono state coinvolte progressivamente tutte le U.O. chirurgiche del Policlinico, tanto da azzerare lo stand-by di unità di G.R. per le sale operatorie. Per gli ospedali della USL tale azione continua ad essere inficiata dalla ridondanza della richiesta, motivata dalle difficoltà dei trasporti sul territorio provinciale: per gli ospedali maggiori (Baggiovara e Carpi) il gap è rispettivamente del 30 e 44 %. Soluzioni che facilitino la valutazione dell'appropriatezza anche su territorio provinciale dovranno essere vagliate in sede di Comitato Programma Sangue Provinciale.

- Emovigilanza: Anche il tema dell'emovigilanza è stato esteso alla fase della raccolta, ed è oggetto di indicazioni specifiche che nel corso di formazione per addetti alla raccolta programmato per il 2008 verranno diffuse ai fini di ottemperare ai dettami delle disposizioni legislative. E' da sottolineare che tale interesse regionale è da inscrivere nell'ambito più vasto di due fronti principali: accreditamento ed aspetti sanitario-organizzativi collegati, e sicurezza/ sorveglianza del donatore.

Si è completato il coinvolgimento dei Responsabili delle unità di Raccolta (a testimonianza di quanto il Sistema sangue provinciale sia attento ai nuovi criteri organizzativi previsti per la raccolta) sia nei problemi sanitari che in quelli organizzativi, come previsto dal sistema qualità.

Su questo tema è stata intrapresa, grazie all'interesse della Direzione Generale e dell'ufficio Qualità del Policlinico, una importante iniziativa di collaborazione con l'AVIS per ottimizzare il controllo ed il monitoraggio del rischio anche nella fase di raccolta.

Quanto alla tutela dei donatori il nostro ambulatorio ha effettuato 136 segnalazioni ai Direttori Sanitari in ambito ematologico. Tra di esse alcune di particolare importanza: un linfoma B leucemizzato ed una piastrinopenia marcata esitata in aplasia

midollare. Entrambi i donatori sono stati inviati ai colleghi dell'ematologia dopo aver informato il curante ed il D. Sanitario AVIS.

In ambito epatologico sono stati sottoposti ad approfondimenti diagnostici ed in parte inviati secondo protocollo interno all'ambulatorio di Gastroenterologia del Policlinico circa un centinaio di donatori con transaminasi alterate

- Concentrazione attività di validazione: la concentrazione degli esami NAT di Ferrara nella sede di Modena come tematica suscettibile di ulteriore evoluzione nell'ambito degli esami di validazione delle unità trasfusionali, ha avuto occasione concreta di ulteriori sviluppi nella concentrazione presso la nostra sede anche degli esami sierologici di validazione, con notevole vantaggio economico e prefigurando già un'ipotesi di esperienza di area vasta trasfusionale.

- Sicurezza trasfusionale: come da mandato regionale in ambito infettivologico si è proseguito con la sperimentazione del test NAT anche sul HBV. E' stato messo a punto il percorso per la corretta identificazione del donatore, anche in carenza di strumenti di supporto informatico.

E' stato accettato dalla nuova Commissione sangue nazionale come progetto pilota interessante le quattro aziende ospedaliere universitarie regionali e due aziende USL il progetto "IBARIS" (italian blood component and recipient identification study: applicability and reliability of a novel system for blood component and recipient identification and traceability).

Sono già in essere le etichette a norma UNI per tutti gli emocomponenti comprese quelle che accompagnano le donazioni di cellule staminali durante tutto il percorso, dalla raccolta alla crioconservazione

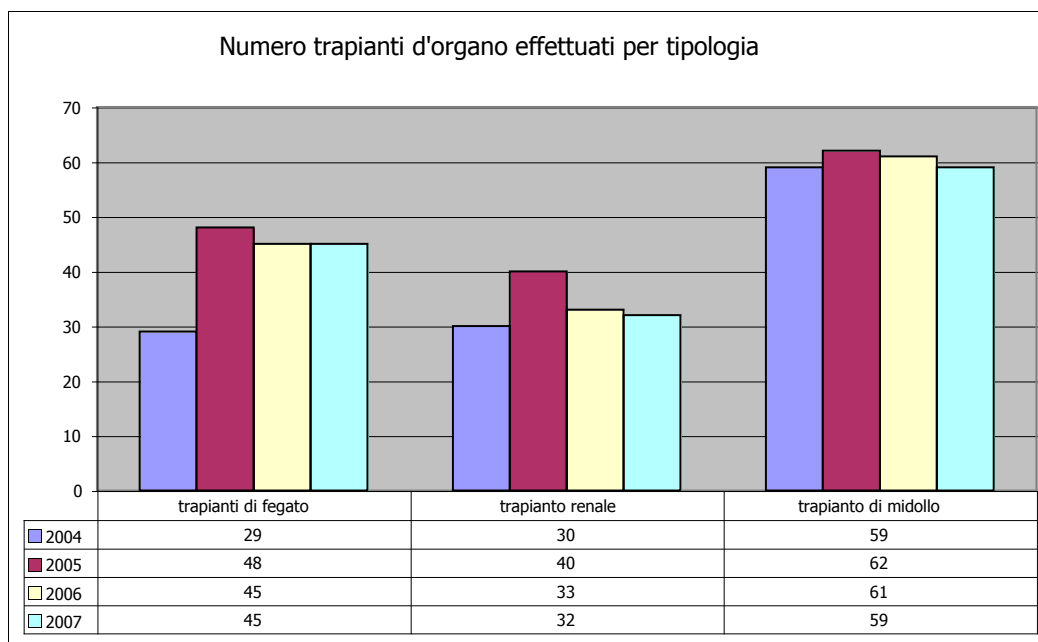
- Monitoraggio consumo emoderivati: sulla base del monitoraggio regionale riguardante i consumi di emoderivati, è stato promosso un incontro per la revisione delle indicazioni e l'unificazione della modulistica di richiesta albumina, attualmente distribuita dalle farmacie ospedaliere: nel 2008 il gruppo di studio interaziendale revisionerà le indicazioni e promuoverà un percorso unitario di monitoraggio, da sottoporre periodicamente al Comitato di programma sangue provinciale ed al Comitato ospedaliero Buon Uso Sangue.

### 2.3.4.5 Attività Trapiantologia

Relativamente ai Trapianti si è registrata una sostanziale conferma della attività del 2006.

(Fig. 2.3.4.5)

Fig 2.3.4.5



### 2.3.4.6 Monitoraggio Accordo di Fornitura

Il valore della produzione messo in bilancio nel 2007 dalle Aziende Sanitarie di Modena, committente e fornitrice, è ammontato a 148.187 Euri (Tab. 2.3.4.6.1). I valori della produzione 2007 sono ri-

sultati incrementati considerevolmente rispetto all'anno precedente, fatta eccezione per il valore delle attività specialistiche ambulatoriali che è risultato addirittura lievissimamente ridotto .

Tab 2.3.4.6.1

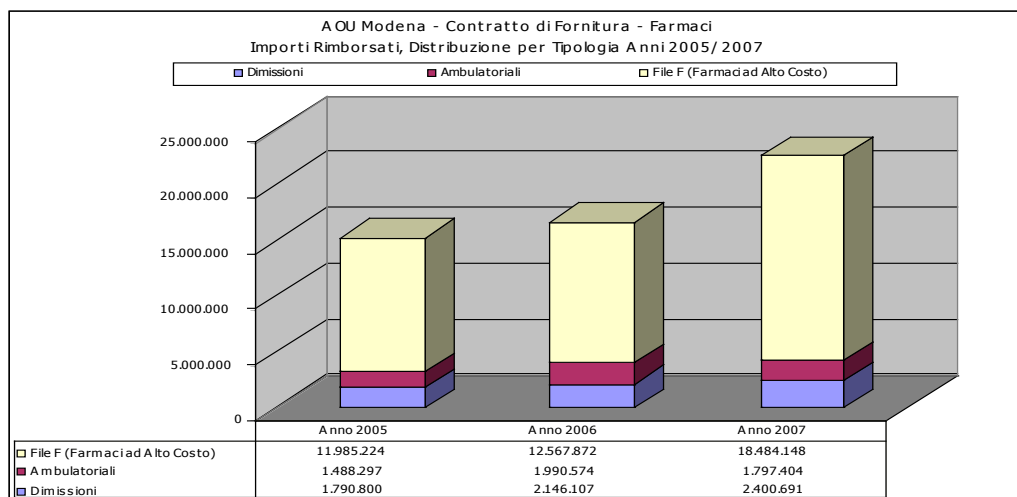
Quadro riassuntivo dei rapporti Economico - Finanziari tra AOU Policlinico - AUSL di Modena												
Attività	2005				2006				2007			
	Valore della Produzione	Importi Concordati	Diff. Valore Produzione - Imp Concordato		Valore della Produzione	Importi Concordati	Diff. Valore Produzione - Imp Concordato		Valore della Produzione	Importi Concordati	Diff. Valore Produzione - Imp Concordato	
	€	€	€	%	€	€	€	%	€	€	€	%
Degenza*	119.421.787	112.457.006	6.964.781	6,2	111.423.241	110.431.358	991.883	0,9	114.608.605	107.558.187	7.050.418	6,2
Ambulatoriale	27.859.084	23.188.176	4.670.908	20,1	29.307.122	23.188.176	6.118.946	26,4	29.098.323	26.542.000	2.556.323	8,8
Farmaci **	12.348.431	12.348.431	0	0,0	12.380.466	12.380.466		0,0	16.967.461	14.000.000	2.967.461	17,5
TOTALE	159.629.302	147.993.613	11.635.689	7,9	153.110.829	146.000.000	7.110.829	4,9	160.474.389	148.100.187	12.574.202	7,8
N.B: * (compresi hospice, tunnel carpal e cataratta)												
N.B: ** Farmaci distribuiti alla dimissione, in via ambulatoriale, e in costanza di ricovero se Oncologici innovativi e fattori della coagulazione												

E' da osservare che permane una importante forbice, - 7,8% tra valore della produzione ed importi concordati a consuntivo iscritti a bilancio, aumentato rispetto al - 4,9% del 2006.

La forbice, contrariamente a quanto avvenuto nel 2005 e nel 2006, è frutto di una differenza del - 9,6% a livello di prestazioni ambulatoriali, precedentemente sempre superiore al 20% e del -7% a livello di degenza, mentre sale dallo 0,0% degli anni precedenti al 21,2% del 2007 a livello di spesa per farmaci, che è risultata incrementata di oltre

il 37% dai poco più dei 12 milioni di euri del 2006 ai quasi 17 del 2007. tale incremento è spiegabile con l'incremento del ricorso a farmaci ad alto costo (Fig. 2.3.4.6) nei tre setting assistenziali costituiti dalla degenza ordinaria dal day hospital e dalle prestazioni ambulatoriali. Ulteriori considerazioni sono possibili su specifiche voci del consuntivo contratto di fornitura 2007 (Tab. 2.3.4.6.2 e tab. 2.3.4.6.3)

Fig. 2.3.4.6



Tab 2.3.4.6.2

Monitoraggio Accordo di Fornitura 2007							
Degenza*							
Casistica	Modalità di calcolo	12 mesi 2006		12 mesi 2007		**** Valore Concordato	Scost.
		Casi	Importo	Casi	Importo		
Produzione complessiva	Oneri SSN (1,2,5,6) modenesi + Hospice	34.285	107.067.029	35.860	114.608.605	107.558.187	7.050.418
Degenza (senza Hospice)		33.997	106.381.769	35.585	113.929.309		
Hospice		288	685.260	275	679.296		
Degenza compreso Hospice**		30.207	91.718.811	31.306	95.792.126	87.250.000	8.542.126
Trapianti	Oneri SSN, modenesi, DRGs 02+480+481	69	3.894.041	67	3.786.059	4.400.000	-613.941
Parti	Oneri SSN, modenesi, DRGs 370-375	2.928	3.028.652	2.975	3.921.052	3.600.000	321.052
Protesi ortopediche	Oneri SSN, modenesi, DRGs 209+471	362	4.493.518	382	4.345.702	5.000.000	-654.298
Chirurgia Vascolare***	Oneri SSN, modenesi, disciplina 014	719	3.932.008	1.130	6.763.666	5.500.000	1.263.666
Recupero Mobilità Passiva					422.639	1.808.187	-1.385.548

\* Fonte banca dati RER ( 5° invio)

\*\* Esclusi trapianti , parti , protesi ortopediche, Chir. Vascolare

\*\*\* Baggiovara in banca dati dal 1° luglio 2006

\*\*\*\* (compreso + 2% per incremento tariffario previsto dalla regione)

Tab 2.3.4.6.3

Monitoraggio Accordo di Fornitura 2007 - Specialistica Ambulatoriale									
Casistica	Modalità di calcolo	2006		2007		Diff. 2007/2006		Valore Concordato (e)	Diff. Consumativo/Concordato
		Q.tà	Importi	Q.tà	Importi	Q.tà	Importi		
Produzione complessiva	Modenesi, SSN, incluso PS, escluso ticket	2.108.771	26.756.558	1.876.363	28.421.919	-232.408	1.665.361	26.542.000	2.556.323
	Prestazioni di laboratorio su richiesta del centro prelievi trasferito ad AUSL (a)			57.002	676.404	57.002	676.404		
di cui									
Osservazione Breve Intensiva (b)	Modenesi, SSN, aggregazione 3° livello: V30 - non seguite da ricovero	2.376	522.720	3.450	759.000	1.074	236.280	620.000	139.000
Incremento Tariffari Radioterapia (c)	Auriga Lordo Ticket: Modenesi, SSN , U.O.erogante	45.538	1.985.432	43.677	3.115.439	-1.861	1.130.007	550000 (f)	580007 (g)
Oculistica/Screening Audiologico Neonatale ©	Auriga Lordo Ticket: Modenesi, SSN (d)	9.401	383.081	9.062	369.200	-339	-13.881	150000 (f)	163.881 (g)

NOTA: anche se non risultano nella banca dati RER/ ASA come prestazioni erogate dal Policlinico, sono da considerare rientranti nell'accordo di fornitura le prestazioni erogate dai laboratori dell'azienda su richiesta del centro prelievi trasferito da maggio all'azienda AUSL ( pazienti dell'azienda AUSL).

(a) (DGR 1065/luglio 2006)

(b) comprese OBI pediatriche (220 euro)

(c) Incrementodi Diagnostica Strumentale

(d) Oculistica: 6307,6308, 6310,6311,6313,6315,6327,6328,6335,6336,6812,8008,8009,8013,8016,8017,8131,8132,6307. Audiologia neonatale: 8352.

(e) Tariffe 2006

(f) Incrementi richiesti

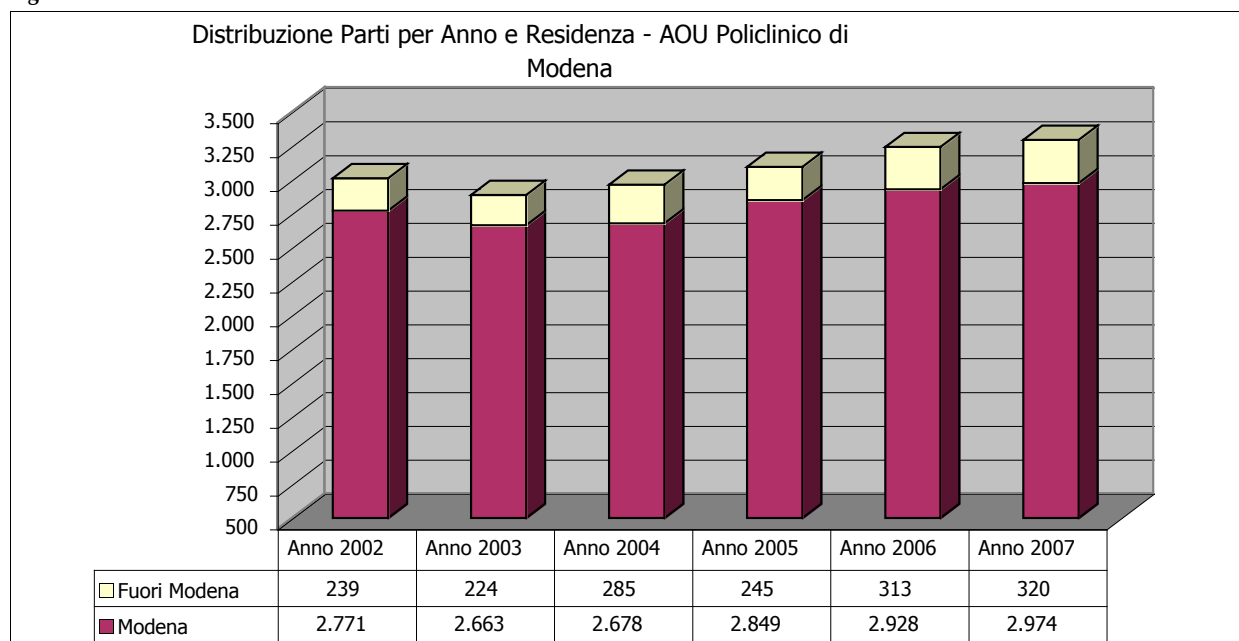
(g) Differenza tra scostamento richiesto e scostamento realizzato

### 2.3.5 Qualità dell'Assistenza

Il numero dei parti dopo la flessione dei primi anni 2000 sta progressivamente aumentando. Anche nel 2007 presso AOU Policlinico di Modena si è superata la soglia dei 3000 parti annui (Fig. 2.3.5.1a)

con incrementi rispetto all'anno precedente sia dei parti di assistite da AUSL di MO che di assistite da altre AUSL.

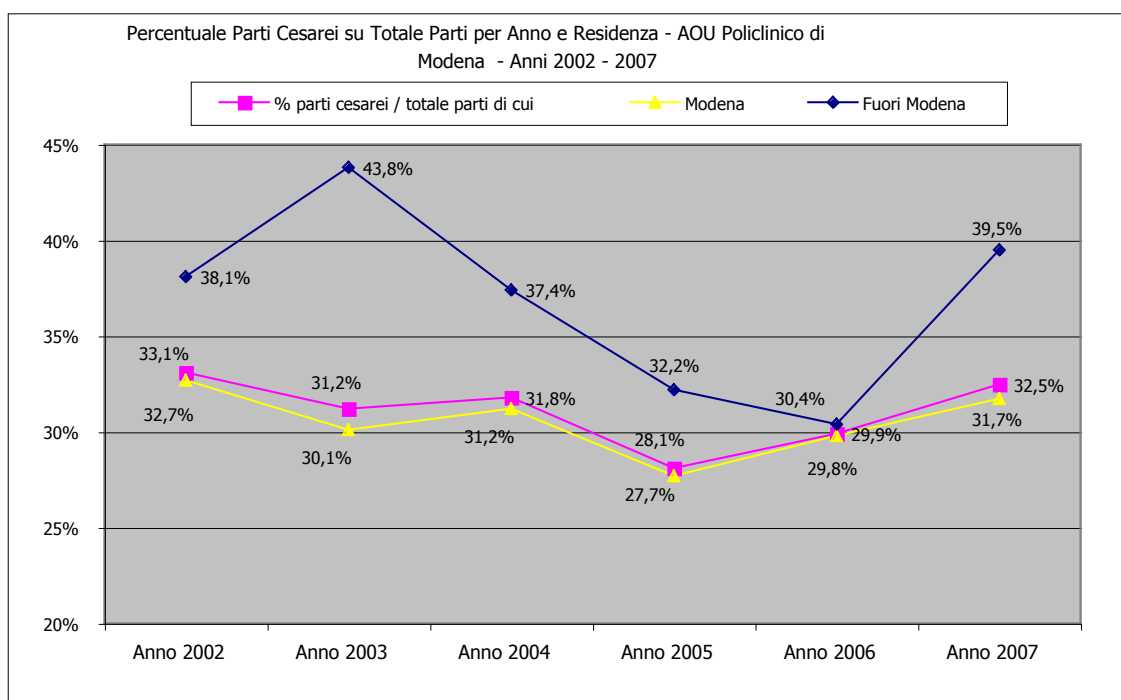
Fig 2.3.5.1a



La quota di parti cesarei è risultata nel 2007 del 32,5 % in incremento rispetto al 2006. E' ricomparsa la forbice (Fig. 2.3.5.1b) tra la percentuale di cesarei su assistite da altre AUSL rispetto a quella di Mo con il 39,5% a fronte del 31,7% della percentuale rilevata sulle assistite da AUSL di Mo. Fermo restando che AOU Policlinico di Modena essendo centro HUB provinciale per neonatologia e gravidanze a rischio è la sede per l'espletamento dei parti a maggior rischio e con maggiori con indi-

cazioni al parto cesareo, e quindi non può che far registrare percentuali superiori a quel 20% che il Piano Sanitario Nazionale 2002/2004 indicava come media nazionale cui tendere, tale andamento induce ulteriori verifiche dei protocolli e delle attività assistenziali correnti. In qualsiasi caso AOU Policlinico di Mo è tra le Aziende Ospedaliero-Universitarie della regione Emilia Romagna quella con il minor tasso di cesarei, attestandosi tutte le altre, nel 2007, oltre il 35%.

Fig 2.3.5.1 b



Nel 2007 non si sono registrati decessi per gli interventi di Isterectomia (Tab. 2.3.5.2), Laminectomia, Sostituzione di Anca e Sostituzione di Ginocchio a differenza di quanto avvenuto in Regione Emilia Romagna. Un decesso si è verificato per intervento di Colecistectomia, evento che comunque costituisce una riduzione di casi avversi rispetto ai due

dell' anno precedente e rappresenta un tasso di mortalità, 0,44%, inferiore alla media regionale, 0,52%. Questi i miglioramenti di AOU Policlinico di Modena in tema di Qualità dell'assistenza per quanto desumibile dall' indicatore costituito dalla mortalità intraospedaliera per interventi a Basso rischio.

Tab 2.3.5.2

<b>Mortalità Intraospedaliera Interventi Chirurgici a Basso Rischio Programmati - Anni 2006 - 2007</b>									
<b>Procedure Chirurgiche</b>	<b>Indicatori</b>	<b>2006</b>			<b>2007</b>			<b>Diff 2007/2006</b>	
		<b>AOU Mo</b>	<b>Reg. E.R.</b>	<b>Diff %</b>	<b>AOU Mo</b>	<b>Reg. E.R.</b>	<b>Diff %</b>	<b>AOU Mo</b>	<b>Reg. E.R.</b>
<b>Isterectomia</b>	<b>Casi Trattati</b>	<b>188</b>	<b>3823</b>		<b>192</b>	<b>3691</b>		<b>4</b>	<b>-132</b>
	<b>Decessi</b>		<b>3</b>			<b>5</b>			<b>2</b>
	<b>Decessi/Casi Trattati</b>		<b>0,08%</b>	<b>-0,08%</b>		<b>0,14%</b>	<b>-0,14%</b>		<b>0,0006</b>
<b>Laminectomia</b>	<b>Casi Trattati</b>	<b>3</b>	<b>3541</b>		<b>5</b>	<b>3284</b>		<b>2</b>	<b>-257</b>
	<b>Decessi</b>		<b>1</b>						<b>-1</b>
	<b>Decessi/Casi Trattati</b>		<b>0,03%</b>	<b>-0,03%</b>					<b>-0,0003</b>
<b>Colecistectomia</b>	<b>Casi Trattati</b>	<b>196</b>	<b>5714</b>		<b>227</b>	<b>6135</b>		<b>31</b>	<b>421</b>
	<b>Decessi</b>	<b>2</b>	<b>35</b>		<b>1</b>	<b>32</b>		<b>-1</b>	<b>-3</b>
	<b>Decessi/Casi Trattati</b>	<b>1,02%</b>	<b>0,61%</b>	<b>0,41%</b>	<b>0,44%</b>	<b>0,52%</b>	<b>-0,08%</b>	<b>-0,0058</b>	<b>-0,0009</b>
<b>Prostatectomie</b>	<b>Casi Trattati</b>								
	<b>Decessi</b>								
	<b>Decessi/Casi Trattati</b>								
<b>Sost. Anca</b>	<b>Casi Trattati</b>	<b>188</b>	<b>5126</b>		<b>141</b>	<b>5414</b>		<b>-47</b>	<b>288</b>
	<b>Decessi</b>		<b>5</b>			<b>2</b>			<b>-3</b>
	<b>Decessi/Casi Trattati</b>		<b>0,10%</b>	<b>-0,10%</b>		<b>0,04%</b>	<b>-0,04%</b>		<b>-0,0006</b>
<b>Sost. Ginocchio</b>	<b>Casi Trattati</b>	<b>108</b>	<b>4812</b>		<b>124</b>	<b>5626</b>		<b>-108</b>	<b>814</b>
	<b>Decessi</b>		<b>5</b>			<b>5</b>			
	<b>Decessi/Casi Trattati</b>		<b>0,10%</b>	<b>-0,10%</b>		<b>0,09%</b>	<b>-0,09%</b>		<b>-0,0002</b>
<b>Totale Mortalità Intraospedaliera Evitabile</b>	<b>Casi Trattati</b>	<b>682</b>	<b>23099</b>		<b>689</b>	<b>24140</b>		<b>7</b>	<b>1041</b>
	<b>Decessi</b>	<b>2</b>	<b>48</b>		<b>1</b>	<b>44</b>		<b>-1</b>	<b>-4</b>
	<b>Decessi/Casi Trattati</b>	<b>0,29%</b>	<b>0,21%</b>	<b>0,09%</b>	<b>0,15%</b>	<b>0,18%</b>	<b>-0,04%</b>	<b>-0,0015</b>	<b>-0,0003</b>

La percentuale di mortalità per infarto del miocardio nel 2007 è risultata in provincia di Modena inferiore alla media regionale (Tab. 2.3.5.3) ma lontana

na dalla percentuale dell'11% dell'area territoriale Forlì-Cesena il cui tasso potrebbe essere assunto come obiettivo di miglioramento possibile.

### 2.3.5.3 Mortalità per Infarto Acuto del Miocardio

#### Mortalità per infarto miocardico

<b>Provincia di ricovero</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
PIACENZA	17,3	16	16,8	20,6	19	15,3
PARMA	18	19,6	22,5	15,7	15,5	15
REGGIO EMILIA	15,5	16	16,5	18,2	14,7	14,7
MODENA	16,8	14,8	14,4	12,7	13,5	13,8
BOLOGNA	19,3	16,1	15,8	16,7	16,7	15,3
FERRARA	16,7	18,4	16,5	19,8	17,9	19,2
RAVENNA	17,7	19,3	18,2	18,6	16,7	12,7
FORLÌ'-CESENA	16,2	20,3	20,4	17,4	12,5	11,1
RIMINI	11,1	16,8	15,6	13,8	15	11,8
Totale	17	17,3	17	16,6	15,6	14,4

## 2.4 Ricerca e Didattica

### 2.4.1 La Ricerca

Per quanto riguarda l'attività di ricerca universitaria, essa si è svolta nei Dipartimenti ad Attività Integrata, la cui articolazione è stata ridefinita sulla base dell'Intesa Azienda – Università adottata dall'Atto Aziendale il 3/12/2007 ed è illustrata nel seguente paragrafo 2.5 dedicato all'assetto organizzativo aziendale, utilizzando le risorse finanziarie, umane e tecnologiche quivi presenti e messe a disposizione dall'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e dall'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena.

Il Processo di integrazione tra funzioni avviene pure in strutture non a direzione universitaria, al cui interno presta servizio anche personale universitario sia docente sia tecnico/amministrativo; in esse si svolgono non solo attività clinica ma anche sperimentazioni, attività di ricerca ed epidemiologiche, nonché mettono a disposizione dell'attività formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia personale altamente qualificato in grado di fornire un importante contributo formativo nei corsi di laurea universitari e nell'attività di ricerca universitaria.

Si riportano di seguito alcune informazioni quantitative relative all'attività di ricerca svolta nelle strutture dipartimentali:

Dottorati di Ricerca in Area Clinica			
	2006	2007	Diff. 2007/6
Dottorati di Ricerca	13	10	-3
Dottorandi	70	90	20

Progetti di Ricerca Facoltà di Medicina e Chirurgia Uni.Mo.Re.			
	2006	2007	Diff. 2007/6
Aree progettuali	13	8	-5
Numero progetti*	36	-	-
Numero assegnisti/contrattisti di ricerca	31	64	33
Numero coordinatori/responsabili di progetto*	26	-	-
Finanziamenti ottenuti/enti pubblici (migliaia di Euro)	1.749	804	-945
Finanziamenti ottenuti/enti privati (migliaia di Euro)	3.835	2.456	-1.379
Numero unità organizzative coinvolte	94	94	0
Numero dei partecipanti alla ricerca*	77	-	-
Output delle ricerche: brevetti*	2	-	-
Output delle ricerche: pubblicazioni repertate	378	385	7
* Nota: Dati non pervenuti			

In generale è da rilevare come il progressivo processo di integrazione tra le funzioni di ricerca e di assistenza istituzionalizzato con la costituzione, sin dal 2003, dei Dipartimenti ad Attività Integrati, ha fatto sì che l'attività di ricerca universitaria, inizialmente localizzata prevalentemente nelle strutture assistenziali a direzione universitaria, strutture in Allegato A di cui all'” Accordo attuativo locale in attuazione del protocollo d'intesa tra Regione e Università dell'Emilia Romagna del 18.03.98 per le attività assistenziali” e successive modificazioni, o in strutture comunque con rilevante presenza di ricercatori e professori universitari, si sia invece progressivamente sviluppata anche in strutture ove il personale universitario è stato percentualmente poco significativo. Tale fenomeno è giustificato da vari fattori ed in primis:

- dall'esigenza, da parte dei ricercatori universitari, di avvalersi delle competenze del personale medico e del comparto di AOU di Modena per lo svolgimento dei propri progetti di ricerca con forte impatto assistenziale al fine di garantire una migliore qualità della ricerca in considerazione della professionalità acquisita da tale personale relativamente alla parte clinica della ricerca stessa;
- dal progressivo arricchimento professionale del personale medico e sanitario di AOU di Modena che ha contribuito ad innalzare il livello qualitativo delle stesse attività di ricerca universitaria, in sintonia con gli orientamenti della normativa regionale tesa a diffondere l'attività di ricerca in ogni ambito della rete assistenziale regionale come fattore di promozione e garanzia di qualità delle cure. Da ciò un indubbio beneficio di tutto il sistema, e, in primis della ricerca svolta dal personale universitario.

Tra le principali linee di ricerca la cui progettazione ed attivazione è iniziata nel 2006 e che nel 2007 hanno trovato pieno sviluppo operativo nell'AOU di Modena certamente è da segnalare la ricerca oncologica. L'ematologia oncologica ha raggiunto livelli di eccellenza nei trapianti di midollo e nello studio dei linfomi. Molto attiva la sperimentazione di nuovi farmaci che ha portato a fare del Dipartimento Oncologico un centro di assoluta rilevanza nazionale ed europea nella sperimentazione di nuove terapie.

Sempre in ambito oncologico è da segnalare, anche come momento di sperimentazione organizzativa, che si sta realizzando un centro di eccellenza nazionale per il trattamento dei tumori della testa e del collo presso il quale i trattamenti chirurgici sono eseguiti da équipes multidisciplinari con la contemporanea e coordinata attività di specialisti in Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Chirurgia Maxillo Faciale.

Si sono andati consolidando i progetti di ricerca in aree del sapere biomedico strategiche anche per lo sviluppo della diagnostica avanzata: la Genomica e la Proteomica.



Relativamente alla Genomica è da citare che tale area di ricerca è tra quelle previste dal più sopra richiamato "Protocollo di intesa a scopo di ricerca Biomedica e Sanitaria (Facoltà di Bioscienze e Biotecnologie)". Tale protocollo realizza una cooperazione in ambito sanitario con Unimore coinvolgente non solo la Facoltà di Medicina ma anche quella di Bioscienze e Biotecnologie.

Nel 2007 con la Facoltà di Bioscienze e Biotecnologie sono proseguite le attività di implementazione di un progetto anche nel campo della medicina rigenerativa che prevede anche la realizzazione di un nuovo laboratorio specializzato nella produzione ed utilizzo di cellule staminali. Primi obiettivi sarà la terapia dell'epidermolisi bollosa un esempio di successo all'avanguardia in Europa e nel mondo. Altri progetti riguardano l'impianto di cornee prodotte con cellule staminali, e l'impianto di cellule staminali come terapia di patologie del tratto uro-genitale.

La Proteomica, pur non ancora utilizzabile per la diagnostica di routine, sta sperimentando test per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, dell'ovaio, della prostata e del polmone, nonché test per il follow up del trapianto di rene.

Nel Dipartimento Materno Infantile si sta sviluppando un progetto per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici. Con questo progetto si riuscirà a preservare gameti maschili o femminili, che potranno essere utilizzati, terminata la terapia antitumorale.

Similmente a quanto avvenuto per l'attività di ricerca, nel 2006 anche per l'offerta didattica di Unimore si è sviluppata una estesa e sempre maggiore integrazione con AOU di Modena; per descrivere la quale in termini quantitativi e tipologici si rinvia, al precedente Capitolo 1. Paragrafo 2.

Rilevanti in ambito di didattica sono stati gli apporti del personale di AOU di Modena alla formazione degli studenti realizzata sia nella modalità delle docenze integrative nei corsi di laurea, di scuole di specializzazione, di master, sia di incarichi di formazione tutoriale, quindi di formazione sul campo, in relazione alle specifiche professionalità di detto personale acquisite nella complessità delle pratiche cliniche da esso gestite, ciò che offre solide basi per un notevole arricchimento culturale tecnico scientifico per gli studenti e conseguentemente per una migliore offerta didattica.

#### 2.4.2 La Didattica

L'offerta didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'a.a. 2008/2009 si presenta con:

- 2 Lauree a ciclo unico Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria ,
- 11 corsi di laurea triennali delle Professioni Sanitarie (Dietistica, Fisioterapia, Infermieristica Modena, Infermieristica Reggio Emilia, Logopedia, Ostetricia, Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolato-

ria e Perfusionazione Cardiovascolare, Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia e Igiene Dentale)

- la nuova Laurea specialistica di Scienze Infermieristiche ed Ostetriche promossa come naturale sbocco per coloro che termineranno la triennale nelle Professioni Sanitarie.

Per accedere ai corsi di Laurea attivati nella Facoltà di Medicina e Chirurgia gli studenti devono sostenere un test d'ingresso ad accesso programmato a livello nazionale.

Per quanto riguarda la domanda di partecipazione alle selezioni dei corsi di laurea nelle Professioni Sanitarie, gli studenti hanno la possibilità di indicare, secondo un preciso ordine di preferenza, fino ad un massimo di tre opzioni.

E' il Ministero che annualmente stabilisce per ogni corso di laurea un limite massimo di studenti iscrivibili al primo anno a seconda dell'università, delle strutture e del bacino d'utenza, mentre spetta a ciascuna università di disporre dell' ammissione degli studenti comunitari e non comunitari residenti in Italia.

Nel settembre 2007 solo per il Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia sono pervenute 814 richieste a fronte di 116 posti , 230 richieste per Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Il corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Ateneo emiliano continua ad essere uno dei più ambiti dagli studenti, nonostante la selezione sia una delle più dure da affrontare, non tanto per le difficoltà del test, uguale per tutte le quasi 40 facoltà italiane di Medicina e Chirurgia, quanto per l'elevato rapporto tra candidati e posti disponibili, che innalza il livello del punteggio necessario all'ammissione. Anche nelle Lauree triennali delle professioni sanitarie le richieste di ammissione superano abbondantemente il totale delle disponibilità:1408 domande a fronte di 511 posti.

Nella tabella qui proposta si riportano le domande di ammissione dell'a.a. 2007/2008 suddivise per preferenze di Corso di laurea.

Facoltà di Medicina e Chirurgia Uni.Mo.Re.				
Domande di Ammissione ai Corsi a Numero Programmato				
Anno Accademico 2007/2008 - Distribuzione per Preferenza				
Corsi	1° Scelta	2° Scelta	3° Scelta	Totale
Corso di Laurea Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia	161	179	137	477
Corso di Laurea Tecniche di Laboratorio Biomedico	69	93	22	184
Corso di Laurea Ostetricia	113	113	145	371
Corso Di Laurea Igiene Dentale	39	51	52	142
Corso di Laurea Infermieristica (Mo)	280	197	149	626
Corso di Laurea Logopedia	92	82	92	266
Corso di Laurea Infermieristica (Re)	184	154	75	413
Corso di Laurea Fisioterapia	387	196	231	814
Corso di Laurea Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica	88	63	40	191
Corso Di Laurea Pietistica	96	74	82	252
Corso di Laurea Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare	66	31	51	148
<b>Totale</b>				<b>3884</b>

Dalla tabella, tra tutti i dati enunciati, si può notare che Il Corso di laurea in Fisioterapia è il più richiesto dagli studenti: 814 domande per ricoprire 35 posti disponibili e al secondo posto Il Corso di Laurea per diventare Infermiere. Anche i corsi di Dietista e di Logopedia, nonostante ogni anno presentino pochi posti disponibili, nello specifico Il corso di laurea in Dietistica 8 posti ( dati 2007) e il corso di Laurea in Logopedia 7 posti (dati 2007), hanno tuttavia un'elevata richiesta di domande. Con l'attivazione della Legge 270 si possono attivare dei corsi di laurea che prevedono un numero minimo di studenti pari a dieci unità. Dal momento

che il Ministero per alcuni corsi stabilisce dei numeri inferiori a dieci (Cdl Dietistica e Logopedia) e, che l'utenza potenziale è notevolmente maggiore, (vedi tabella sulle Domande di ammissione ai corsi a numero programmato suddivise per preferenze Anno Accademico 2007/2008 ), la Facoltà di Medicina e Chirurgia ha intenzione di prendere accordi con altre sedi universitarie regionali per mantenere invariata l'offerta di questi corsi triennali. Per questo anno accademico il Ministero presenterà il numero di posti disponibile e si prevede che le richieste di ammissione supereranno abbondantemente il totale dei posti disponibili.

Tab. 2.4.2.1/2

Lauree in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentale - Distribuzione Iscritti per Corso di Laurea ed Anno di Corso									
Anno di corso	Situazione al 31 -12 - 2006			Situazione al 31 -12 - 2007			Diff. Situazione 31/12/ 2007- 31/12/2006		
	Medicina e Chirurgia	Odontoiatria e Protesi Dentaria	Totali	Medicina e Chirurgia	Odontoiatria e Protesi Dentaria	Totali	Medicina e Chirurgia	Odontoiatria e Protesi Dentaria	Totali
	Allievi	Allievi		Allievi	Allievi		Allievi	Allievi	
1°	132	6	138	132	14	146		8	8
2°	139	13	152	136	5	141	-3	-8	-11
3°	164	16	180	153	16	169	-11		-11
4°	126	12	138	158	13	171	32	1	33
5°	127	13	140	134	17	151	7	4	11
6°	134		134	162		162	28		28
<b>Totali</b>	<b>822</b>	<b>60</b>	<b>882</b>	<b>875</b>	<b>65</b>	<b>940</b>	<b>53</b>	<b>-3</b>	<b>50</b>

Tab. 2.4.2.2.1

Iscritti nei Corsi di Laurea nelle Professioni Sanitarie - Distribuzione per anno di corso e Sede - Anni Accademici 2006/7 - 2007/8													
Professioni Sanitarie		Anno Accademico 2006 - 2007				Anno Accademico 2007 - 2008				Diff. Anni Accademici 2006/7 - 2007/8			
		I Anno	II Anno	III Anno	Totali	I Anno	II Anno	III Anno	Totali	I Anno	II Anno	III Anno	Totali
Professioni Sanitarie Infermieristica ed Ostetrica	Infermiere ( D.M. n. 739/94 )	260	235	270	765	306	220	231	757	46	-15	-39	-8
	di cui presso la sede di Modena	150	133	120	403					-150	-133	-120	-403
	di cui presso la sede di Reggio Emilia	110	102	150	362					-110	-102	-150	-362
	Ostetrica /o ( D.M. n. 740/94 )	36	30	34	100	37	31	29	97	1	1	-5	-3
	Ostetrica /o ( D.M. n. 740/94 )					25			25	25			25
Professioni Sanitarie della Riabilitazione	Fisioterapista ( D.M. n. 741/94 ) sede di Reggio Emilia	35	34	38	107					-35	-34	-38	-107
	Logopedista ( D.M. n. 742/94 )	8	9	7	24	7	7	9	23	-1	-2	2	-1
	Tecnico Riabilitazione Psichiatrica ( D.M. n. 182/01 )	14	12	8	34	14	11	14	39		-1	6	5
Professioni Sanitarie Tecniche	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico ( D.M. n. 745/94 )	17	7	7	31	16	10	8	34	-1	3	1	3
	Tecnico Sanitario Radiologia Medica (D.M. n. 746/94) sede Reggio Emilia	55	48	21	124	53	47	43	143	-2	-1	22	19
	Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria Perfusionazione Vascolare (D.M. n. 316/98)	11	15	10	36	11	8	18	37		-7	8	1
	Igienista Dentale ( D.M. n. 137/99 )	12			12	12	12		24		12		12
	Dietista ( D.M. n. 744/94 )	8	9	10	27	6	8	10	24	-2	-1		-3
<b>Totali Sede di Modena</b>		<b>256</b>	<b>215</b>	<b>196</b>	<b>667</b>					<b>-256</b>	<b>-215</b>	<b>-196</b>	<b>-667</b>
<b>Totali Sede di Reggio Emilia</b>		<b>200</b>	<b>184</b>	<b>209</b>	<b>593</b>					<b>-200</b>	<b>-184</b>	<b>-209</b>	<b>-593</b>
<b>Totale Generale</b>		<b>456</b>	<b>399</b>	<b>405</b>	<b>1260</b>	<b>487</b>	<b>354</b>	<b>362</b>	<b>1203</b>	<b>31</b>	<b>-45</b>	<b>-43</b>	<b>-57</b>

**Tab. 2.4.2.3**

Facoltà di Medicina e Chirurgia Scuole di Formazione Medico Specialistica - Anno 2006/2007			
	2006	2007	Diff. 2007/2006
Scuole con struttura di sede nell'Azienda	41	41	
Strutture collegate e complementari per Scuole con Strutture a sede extra-aziendale	6	6	
Numero dei medici in formazione specialistica	530	540	10

**Tab. 2.4.2.4**

Attività di Docenza e Tutorato			
	2006	2007	Diff. 2007/6
Numero docenti universitari	219	219	
Numero titolari di insegnamento medici del SSR	350	400	50
Personale del SSR con funzioni di tutorato	150	170	20

**Tab. 2.4.3.1**

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Unimore - Master Universitari - Anni 2006 - 2007				
Titolo Master		Iscritti		
		2006	2007	Diff. 2007/6
1° Livello	Transculturale-multietnico nel campo della salute, del sociale, del welfare	25	44	19
	Autonomia dell'ostetrica nella gestione di gravidanza, parto	20	46	26
	Gestione delle sperimentazioni: dalla progettazione al coordinam. di un caso clinico	33	33	
	Management per le funzioni di coordinamento area infermieristica e tecnico sanitaria	50	50	
	Wound - Care		22	22
	La riabilitazione logopedica della sordità infantile		19	19
	Riabilitazione infantile e metodologia della ricerca	40	40	
Totale	168	254	86	
2° Livello	Evidence Based Medicine e metodologia della ricerca sanitaria	12	12	
	Chirurgia della mano e microchirurgia	4	10	6
	Chirurgia mini-invasiva per il chirurgo generale	4	4	
	Totale	20	28	8
Totale Generale Iscritti Master Universitari 1° e 2° Livello		188	282	94

## 2.5

### Assetto organizzativo

Già nel corso del 2003, in attuazione della programmazione regionale e locale, Regione Emilia – Romagna, Università degli Studi di Modena e Reggio - Emilia, Conferenza Sanitaria territoriale, Esecutivo Conferenza Sanitaria Territoriale, Azienda U.S.L. di Modena, Azienda ospedaliera di Modena, hanno sottoscritto un progetto attuativo per l' "Integrazione Policlinico – Baggiovara nell'ambito della rete ospedaliera provinciale" finalizzato alla redistribuzione delle funzioni e delle attività tra aziende ed istituzioni operanti a vario titolo nella provincia di Modena.

La sottoscrizione di tale progetto ha aperto nuovi scenari di riordino e di sviluppo dell'azienda ospedaliera per quanto concerne soprattutto l'intento di perseguire una compiuta integrazione con l'Università di Modena, al fine di garantire al Policlinico un futuro adeguato alla pluralità delle missioni quale "sede di insegnamento per i corsi di laurea specialistica e per i corsi di laurea breve di area sanitaria per il quale si conferma il consolidamento delle attività elettive di secondo e terzo livello, con particolare riferimento all'ambito oncologico – internistico, trapiantologico, chirurgi-

co – specialistico (chirurgia vascolare – chirurgia maxillofacciale – chirurgia plastica e ricostruttiva - chirurgia oncologica) e materno infantile" .

Proprio in considerazione di tali indirizzi, sono state intraprese specifiche iniziative di "sviluppo e/o qualificazione del Policlinico" che da un lato hanno dato, piena attuazione al modello dipartimentale (già in essere fin dall'anno 2000 dapprima con la costituzione dei dipartimenti misti, trasformati poi in integrati anno 2003 alla fine di un periodo di sperimentazione positiva del modello medesimo) per l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di ricerca e di didattica e dall'altro hanno adeguato gli assetti organizzativi al fine di valorizzare ed enfatizzare l'integrazione con il Nuovo ospedale S . Agostino dell'Azienda U.S.L. e le funzioni di secondo e terzo livello assicurate dall'Azienda ospedaliera in ambito provinciale e regionale. nel dicembre 2007 è stato adottato l'Atto Aziendale che di seguito si rappresenta nella sua dimensione organizzativa sino al livello Dipartimentale (Fig. 2.5.1.1/a/b/c e Tab. 2.5.1) le cui articolazioni interne sono riportate in Tab. 2.5.1.1 b

Fig. 2.5.1.1 a

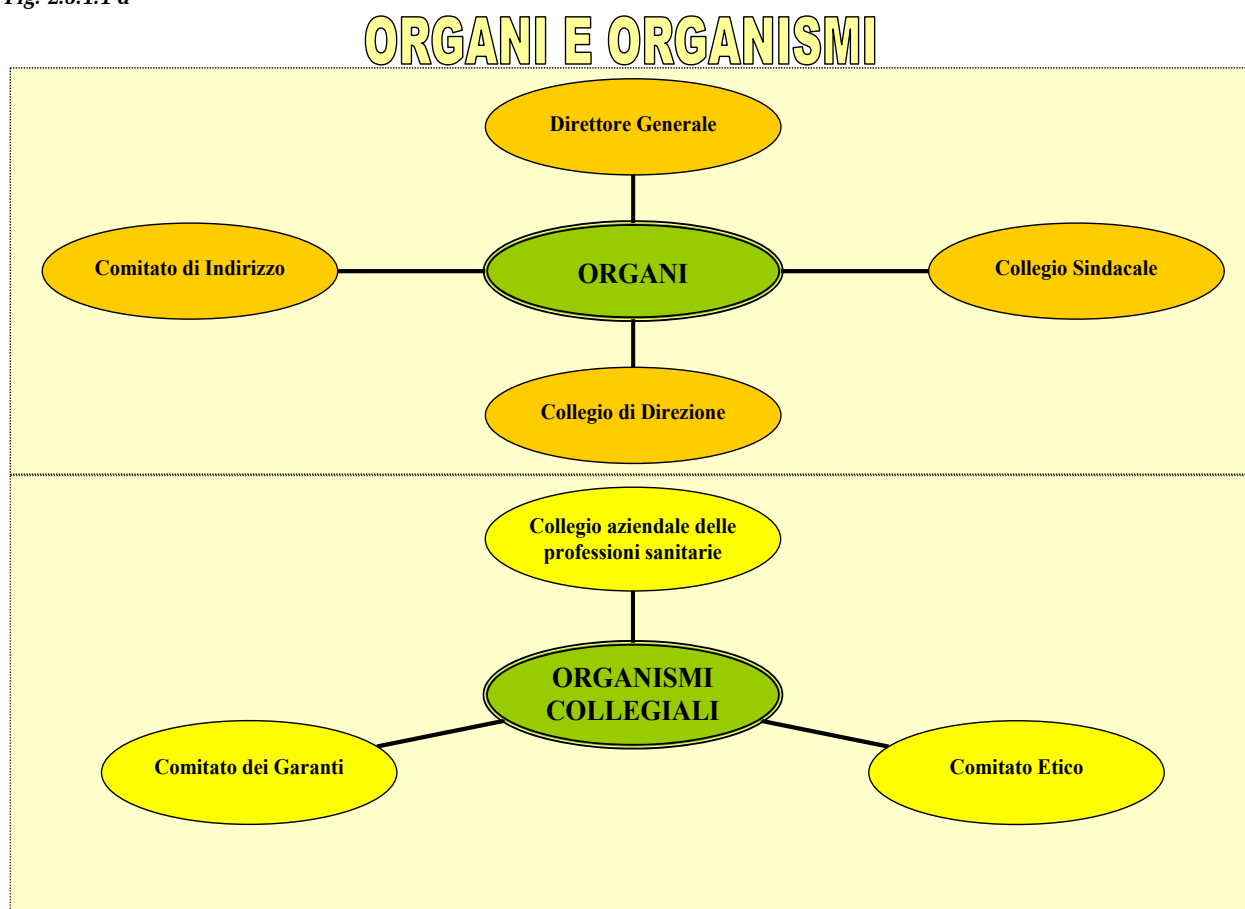


Fig. 2.5.1.1 b

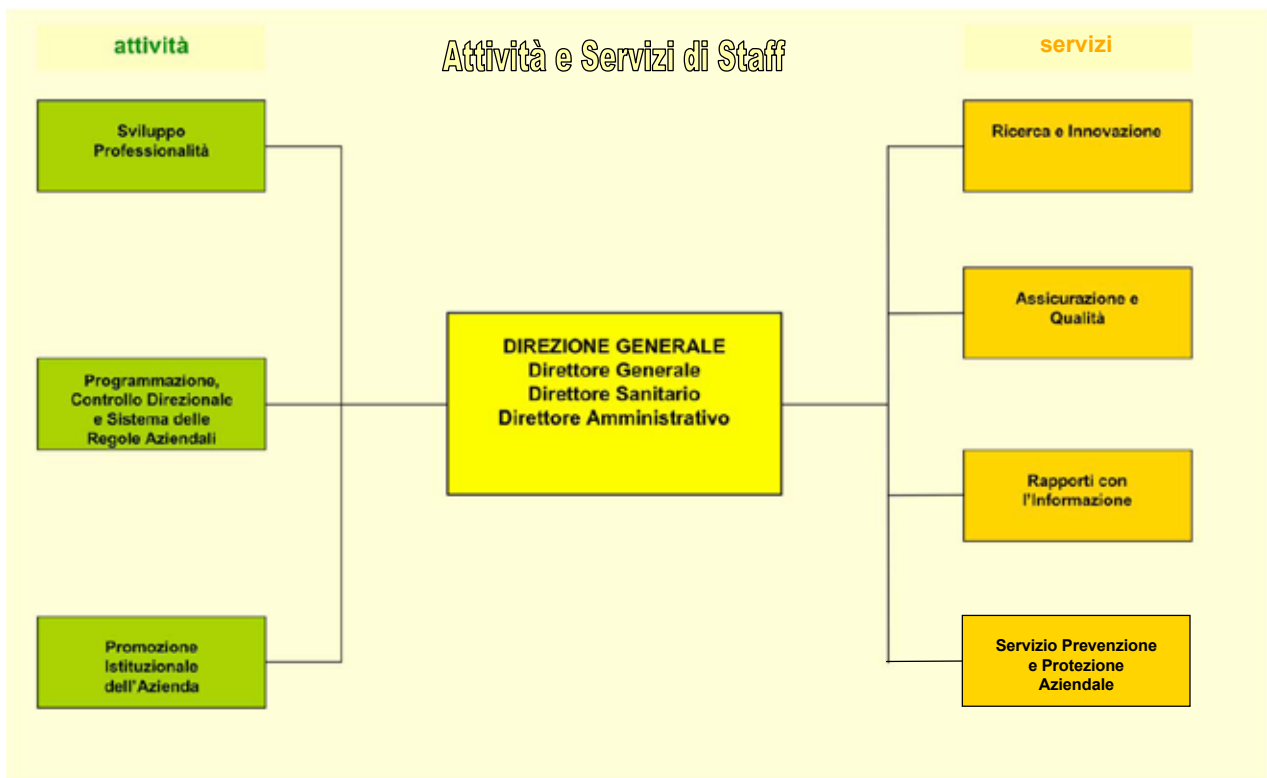
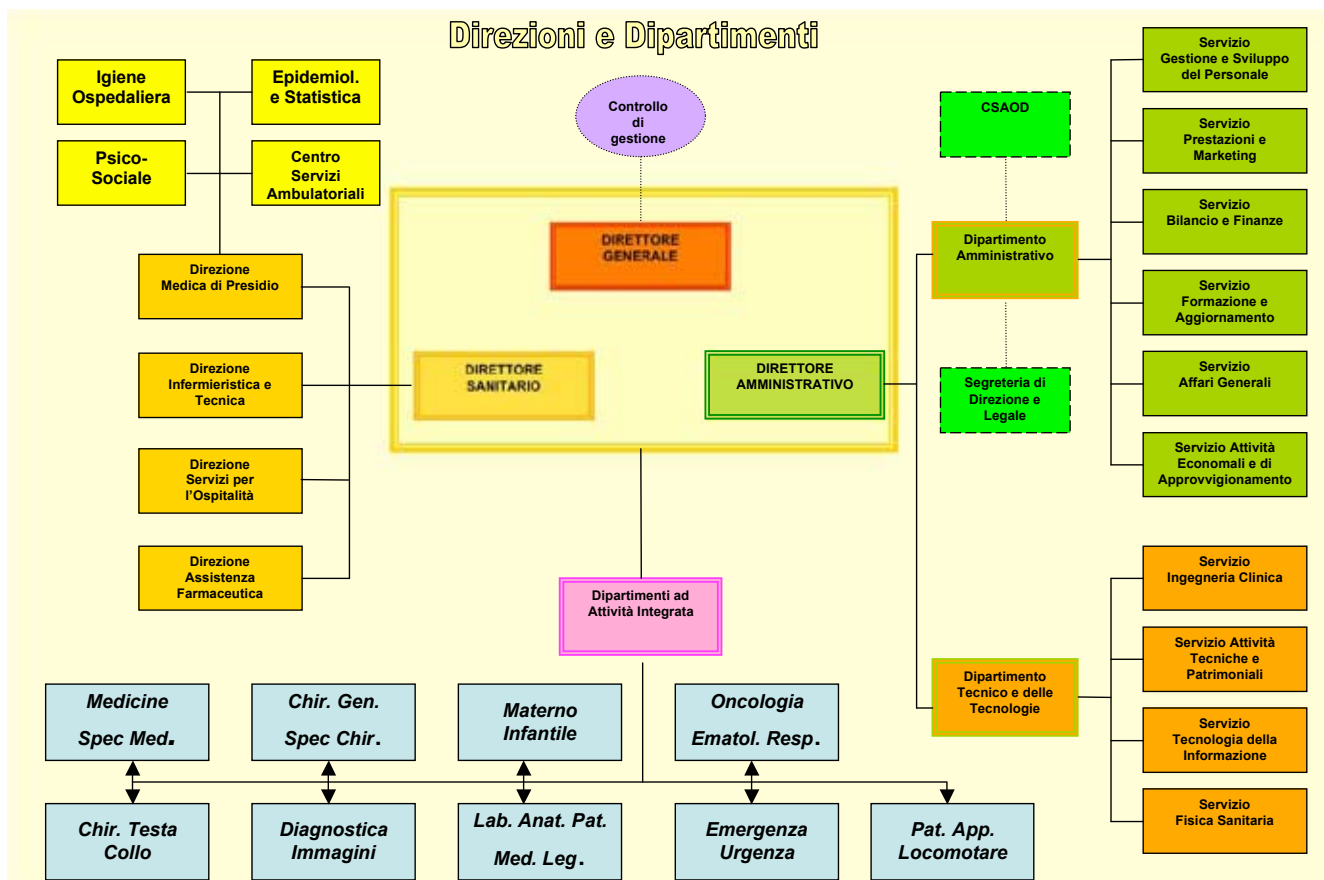


Fig. 2.5.1.1 c



**Tab. 2.5.1.1 a**

Le Strutture di Staff e di Line - AUO di Mo - Atto Aziendale
Art. 20 – Le attività e i servizi in staff
<b>Le attività di staff</b>
Programmazione, controllo direzionale e sistema delle regole aziendali
Promozione istituzionale della Azienda
Sviluppo professionalità
<b>I Servizi di staff</b>
Rapporti con l'informazione
Assicurazione Qualità
Ricerca e Innovazione
Servizio prevenzione e protezione aziendale
<b>Art. 23 – Le Direzioni Tecniche Aziendali</b>
Direzione Medica di Presidio
Direzione Infermieristica e Tecnica
Direzione Servizi per l'Ospitalità
Direzione dell'Assistenza Farmaceutica
<b>Art. 25 – Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie</b>
Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali
Servizio di Ingegneria Clinica
Servizio Fisica Sanitaria
Servizio Tecnologie della Informazione
<b>Art. 26 – Dipartimento Amministrativo</b>
Servizio Gestione e sviluppo del personale
Servizio Formazione e Aggiornamento
Servizio Bilancio e Finanze
Servizio Affari Generali
Servizio Prestazioni e Marketing
Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento
ed ha in staff:
la Segreteria di Direzione e Legale
il Centro Servizi Amministrativi Ospedalieri Dipartimentali

Tab. 2.5.1.1 b

Dipartimenti ad Attività Integrata AOU di Mo - Atto Aziendale				
Dipartimenti ad Attività Integrata		STRUTTURE COMPLESSE		Programmi
N.	Denominazione	Allegato A	Allegato Non A	
1	Medicine e Specialità Mediche	Medicina I	Degenza post-acuzie*	Centro per il melanoma e le lesioni pigmentate della cute
		Medicina II		C.E.M.E.F. Centro malattie ereditarie metaboliche del fegato
		Reumatologia		
		Dermatologia		
		Gastroenterologia		
		Nefrologia		
		Malattie Infettive		
2	Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche	Chirurgia I	Il Servizio Anestesia e Rianimazione	
		Chirurgia II	Chirurgia Vascolare*	
		Chirurgia Toracica	Chirurgia dei Trapianti*	
		Urologia		
		I Servizio di Anestesia e Rianimazione		
		Chirurgia Vascolare		
		Chirurgia dei Trapianti		
3	Materno Infantile	Ostetricia	Ginecologia*	Genetica Clinica
		Pediatria	Chirurgia Pediatrica*	Sviluppo Neuropsichiatria Infantile
		Pediatria ad Indirizzo Oncoematologico		
		Neonatologia		
4	Oncologia, Ematologia e Patologie Apparato Respiratorio	Oncologia	Radioterapia	Terapie oncologiche innovative
		Ematologia	Immuno-Trasfusionale	Epidemiologia, prevenzione oncologica e trials clinici
		Malattie dell'Apparato Respiratorio		
5	Chirurgie Specialistiche Testa-Collo	Malattie oftalmologiche	Chirurgia Plastica Ricostruttiva*	Audiologia
		Odontoiatria e Chirurgia Oro-Maxillo-Facciale		Chirurgia Cranio Maxillo-Facciale
		Otorinolaringoiatria**		
6	Servizi Diagnostici e per Immagine	Radiologia I	Radiologia II	
			Medicina Nucleare*	
7	Laboratori, Anatomia Patologica e Medicina Legale	Tossicologia e Farmacologia Clinica	Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche	Diagnosi e studio della patologia feto-placentare e ginecologica
		Anatomia ed Istologia Patologica	Microbiologia e Virologia	Diagnosi e studio patologia del sistema linfopoietico e tessuti molli
		Medicina Legale		Riorganizzazione attività diagn. assistenziali laboratori universitari
8	Emergenza-Urgenza	Cardiologia	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Cardiologia (in convenzione con Hesperia Hospital di Modena)
			Medicina interna ed Area critica*	
9	Patologie dell'Apparato Locomotore	Ortopedia e Traumatologia	Chirurgia della Mano	Coordinamento Attività protesica Arto inferiore (ad esaurimento)

\* A temporanea direzione universitaria

\*\* A temporanea direzione ospedaliera

**Tab. 2.5.1.2a** Organizzazione Aziendale - Distribuzione degli Addetti e dei Posti Letto Distinti per S.S.R. e Uni.Mo.Re - Anno 2007 Atto Aziendale

Strutture Complesse Programmi Aziendali Strutture Semplici	Posti Letto	Dirigenti Medici					Dir. Sanitari		Personale Ruolo Sanitario					Personale Ruolo Tecnico ed amministrativo		Dirigenza			Totale						
		Direttori		SSR		UniMoRe			S.S.R.		UniMoRe			SSR	UniMo-Re	Professionale	Tecnica	Amministrativa							
		S.S.R.	UniMoRe	Totale	di cui Lib. Profess. Intra	Totale	di cui Lib. Profess. Intra	S.S.R.	UniMoRe	Infermieristico	Tecnico	Riabilitazione	Infermieristico	Tecnico	Riabilitazione					Tecnico	Amministrativo	Tecnico	Amministrativo		
Attività Direz.Generale				1											3									5	
Ricerca e Innovazione				1											1										2
Rapporti con L'informazione															1										1
Assicurazione e Qualita'								1							1	1									3
Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale				2						7					1	4									14
Attività e Servizi Staff Direzione Generale				4				1		7					2	10									25
Controllo di Gestione															2	4									6
Direzione Servizi per L'Ospitalita'										3					5	5							1		14
Direzione Medica di Presidio				7						3						3									13
Direzione Assistenza Farmaceutica								11		1					10	12									34
Coord.Aziendale Gest.Dispositivi Med. e Presidi Medico-Chir *								1																	1
Direzione Infermieristica e Tecnica								1		18	1				1										21
Trasporto Sangue e Posta										1						17									18
Centrale Di Sterilizzazione										20						23									43
Poliambulatorio Specialistico 4° P.										10						2									12
Poliambulatorio										36	5				8										49
Unità di Ricovero a Pagamento	10									8					5										13
Direzioni Tecniche	10			7				13		100	6				73	24							1		224
Servizio Fisica Sanitaria								6			4					2									12
Serv. Att. Tecniche e Patrimoniali															17	6						1			24
Area Impiantistica*																						1			1
Area Edile*																						1			1
Area Amministrativa*																							1		1
Servizio Ingegneria Clinica											1				5	3						2			11
Settore Manutenzione*																						1			1
Servizio Tecnologie dell'Informazione															11	2						1			15
Servizio Formazione e Aggiornamento								4		20	2	1			2	10									39
Serv. Prestazioni Marketing										1					14	37									54
Serv.Econom./Approvvigionamento															9	14							1		24
Serv. Gestione/Sviluppo Personale															4	36							1		41
Servizio Bilancio e Finanze																11							1		12
Servizio Affari Generali										1					23	18							1		43
Coord. Sett. Amm.vo D.A.I.															2	10									12
<b>Dipartimento Tecnico Amministrativo</b>								10		22	7	1			87	149						7			291
Medicina I	13		1	1	1	4	4		1																6
Medicina II	30		1	3	3	4	4						2												9
Centro Mal.EredoMetaboliche Fegato***			1	1	1	1	1		1																3
Degenza e DH di Medicina I e II										37					8										45
Gastroenterologia	17		1	9	9	3	3		1	7				5											25
Endoscopia Digestiva*										10					3										13
Dermatologia	17		1	5	3	4	2		2	24	1		2		3	1	1								43
Centro Melanoma e les. pigmentate d.cute***			1			1	1																		1
Malattie Infettive	27		1	7	7	2	2			23					4	1									37
D.H. Malattie Infettive*	4	1		1	1																				1
Nefrologia e Dialisi	25		1	15	15	3	3			97	1				13	2									131
Attività Dialitiche*		1		1	1																				1
Reumatologia	7		1	3	3	3	3			2						1									9
Degenza Post-Acuzie	25		1	2	2	1	1			11					9										23
Centro Malattie del Metabolismo			1	1	1	1	1			2															4
<b>Dip. N.1 Medicine e Specialità Mediche</b>	165	2	11	49	47	27	25		5	213	2		4		45	5	1								351



Strutture Complesse Programmi Aziendali Strutture Semplici	Posti Letto	Dirigenti Medici						Dir. Sanitari		Personale Ruolo Sanitario						Personale Ruolo Tecnico ed amministrativo		Dirigenza			Totale					
		Direttori		SSR		UniMoRe				S.S.R.			UniMoRe			SSR	UniMoRe	Professionale	Tecnica	Amministrativa						
		S.S.R.	UniMoRe	Totale	di cui Lib. Profess. Intra	Totale	di cui Lib. Profess. Intra	Infermieristico	Tecnico	Riabilitazione	Infermieristico	Tecnico	Riabilitazione	Tecnico	Amministrativo	Tecnico	Amministrativo									
1° Servizio Anestesia e Rianimazione	21		1	13	13	3	3			50					5	1										72
Comparto Operatorio Blocco Tecnologico 2°p.*		1		1	1																					1
2° Servizio Anestesia e Rianimazione		1		21	21											1										22
Chirurgia 1	24		1	2	2	6	6		1	25			1		4		1									40
Urologia	35		1	6	6	3	3									1										10
Degenza Chir.I e Urologia										22					4											26
Chirurgia 2	17		1	4	3	5	5			8			1		2	1										21
Chirurgia Toracica	14		1	3	3	2	2			17					3											25
Chirurgia Vascolare	13		1	10	7	3	2																			13
c/o Osped. di Baggiovara	23																									
Chirurgia dei Trapianti	19		1	2	2	3	3			23					2	1										31
Blocco Tecnologico 1° Piano*										50					8											58
Blocco Tecnologico 2° Piano*										70					12											82
<b>Dip. N.2 Chirurgia Generale e Spec. Chir.</b>	166	2	7	62	58	25	24		1	265			2		40	5	1									401
Pediatria	23		1	9	9	5	5		1	45					11	3										74
Pediatria ad Indirizzo Oncoematologico	11		1	3	3	1	1																			4
Chirurgia Pediatrica	9		1	3	3	1	1																			4
Neonatologia	20		1	10	10	2	2			46		1	2		15	1										77
Ostetricia	36		1	5	1	3	3		1	68			10	2	22	2	1									114
Area Parto*		1		1						38																39
Ginecologia*	26		1	3	2	3	2																			6
Sviluppo Neuropsich. Infantile (Programma)***			1																							
Genetica Clinica***			1			2	2		1		1				1											5
<b>Dip. N. 3 Materno Infantile</b>	125	1	8	34	28	17	16		3	197	1	1	12	2	49	6	1									323
Ematologia	20		1	5	5	3	3			25	2				1											36
Trapianto di Midollo*	7		1			1	1																			1
Mal. Apparato Respiratorio	38		1	8	8	3	3			32				1	1	8										53
D.H. ed Allergologia*	10									4																4
Fisiopat. Respiratoria e TerapiaSubIntensiva*		1		1	1																					1
Attività Ambulatoriale*		1		1	1																					1
Radioterapia		1		7	7				1	2	16				2	2										30
Immuno-Trasfusionale		1		9	9				2	6	35				3	2										57
Oncologia	41		1	11	11	6	6		2	57			3		23											102
Terapie Palliative ed Hospice**			1	1	1	1	1																			2
Osser. Breve Oncoematologica **	21	1		3	3																					3
Terapie Oncologiche Innovative***			1			1	1																			1
Epidem./Prev. Oncologica Trials clinici***			1			1	1																			1
Centro Oncologico MO Segreteria-Portineria											1				6	2										9
<b>Dip.4 Onc/Ematol./Pat.App.Respirat.</b>	137	5	7	46	46	16	16	2	3	126	54		4	1	43	6										301
Malattie Oftalmologiche	15		1	4	1	4	2			29		3	1		4								1			46
Odontoiatria/Ch.Oro-Maxillo-Facciale	8		1	5	3	5	3		3	14					5	2										34
Otorinolaringoiatria	22	1		7	7	3	2					1			1											13
Foniatria e Fonochirurgia*		1		1	1																					1
Degenza e D.H. Otorino - Odonto*										21					7											28
Chir. Plastica e Ricostruttiva	3		1	3	2	1	1			1					1											6
Chir. Cranio Maxillo-Facciale***			1			1	1																			1
<b>Dip. N. 5 Chirurgie Specialistiche Testa Collo</b>	48	2	4	20	14	14	9		3	65		4	1	1	17	3		1								129
Radiologia 1			1	7	5	2	2			4	13				2											28
Radiologia 2		1		13	12					3	22				3											41
Segreteria unificata Radiologie															1	6										7
Medicina Nucleare			1	2	2	2	2		1	9			1		1	2										18
<b>Dip. N. 6 Serv. Diagnostici/Immagine</b>		1	2	22	19	4	4		1	7	44		1		7	8										94

Strutture Complesse Programmi Aziendali Strutture Semplici	Posti Letto	Dirigenti Medici					Dir. Sanitari		Personale Ruolo Sanitario						Personale Ruolo Tecnico ed amministrativo		Dirigenza			Totale		
		Direttori		SSR		UniMoRe			S.S.R.			UniMoRe			SSR						UniMoRe	
		S.S.R.	UniMoRe	Totale	di cui Lib. Profess. Intra	Totale	di cui Lib. Profess. Intra	S.S.R.	UniMoRe	Infermieristico	Tecnico	Riabilitazione	Infermieristico	Tecnico	Riabilitazione	Tecnico	Amministrativo	Tecnico	Amministrativo		Professionale	Tecnica
Tossicologia e Farmacologia Clinica	5		1	1	1	3	3	1			4				3			1				13
Anatomia Patologica			1	9	9	1	1	5	4		22			4	8	7						60
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche		1		3	3			5			35				4	2						49
Chimica Clinica*				1	1																	1
Ematologia*				1	1																	1
Urgenze*				1	1																	1
Citofluorimetria e Immunoallergologia*				1	1																	1
Laboratorio Endocrinologia **		1						1			7				2	1						11
Microbiologia e Virologia		1		4	4	1	1	4			15			2	5	3						34
Medicina Legale			1	4	4	4	3		1		1					1						11
Camere Ardeni*															4							4
Diagnosi/Studio Pat. Sistema Linfop. Tess. Mollis***			1			1	1															1
Diagn/Studio Pat. Feto-Plac./Gin.***			1			1	1															1
Riorg. Attività Diagn. Ass. Lab. UniMoRe***			1			1	1															1
<b>Dip. N. 7 Laboratori, Anat. Patol. Med. Legale</b>	5	3	6	25	25	12	11	16	5		84			6	26	14		1				189
Medicina Interna ed Area Critica	32		1	3	3	1	1				28				6	1						39
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza		1		18	18						40				26	3						87
Osservazione Breve Intensiva*		1		1	1																	1
Cardiologia	28		1	12	12	3	3				25	14			3	1						58
Laboratorio Emodinamica*		1									4	4			1							9
Cardiochirurgia (Hesperia Hospital)***			1			1	1															1
Rianimazione funz. dip. Anest./ Rian.1**			1	5	5	1	1															6
<b>Dip. N. 8 Emergenza Urgenza</b>	60	3	4	39	39	6	6				97	18			36	5						201
Ortopedia e Traumatologia	43		1	12	12	2	2		1		25				5							45
Chirurgia della Mano	15	1		12	11						19				3	1						35
Segreteria Ortopedia/Chirurgia della Mano											1				1	2						4
Riabilitazione della Mano**		1		1	1								5									6
<b>Dip n° 9 Patologie Apparato Locomotore</b>	58	2	1	25	24	2	2		1		45		5		9	3						90
<b>Totale AOU di Mo</b>	<b>774</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>##</b>	<b>300</b>	<b>123</b>	<b>113</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>1.144</b>	<b>216</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>#</b>	<b>434</b>	<b>238</b>			<b>7</b>			<b>2.619</b>
Note: *** Programmi ** Strutture Semplici Dipartimentali * Strutture Semplici																						

**Tab. 2.5.1.2b** Organizzazione Aziendale - Distribuzione delle Risorse Umane e dei Posti Letto per S.S.R. e Uni.Mo.Re e per Macrostrutture (Dipartimenti ad Attività Integrata - Organi di Staff e di Lines)  
(Fonte Atto Aziendale) - Anno 2007

Dipartimenti ad Attività Integrata Organi di Staff e di Lines	Posti Letto				Dirigenti Medici				Dir. Sanitari		Personale Ruolo Sanitario						Personale Ruolo Tecnico ed amministrativo				Dirigenza			% sul Totale	N.Dip. Unimore	% Dip. UniMore					
	S.S.R.	UniMore	SSR		UniMoRe		S.S.R.	UniMoRe	S.S.R.	UniMoRe			SSR			Tecnico	Amministrativo	Tecnico	Amministrativo	Professionale	Tecnica	Amministrativa	Totale								
			Totale	di cui Lib. Profess. Intra	Totale	di cui Lib. Profess. Intra				Infermieristico	Tecnico	Riabilitazione	Infermieristico	Tecnico	Riabilitazione												Tecnico	Tecnico	Tecnico	Amministrativo	Tecnico
	Direzioni		Dipartimento		Dip. N.1		Dip. N.2		Dip. N.3		Dip. N.4		Dip. N.5		Dip. N.6		Dip. N.7		Dip. N.8		Dip. N.9		Totale AOU di Mo				N. Dipendenti AOU di Mo per Ruolo		N. Dipendenti UniMoRe per Ruolo		% Dipendenti UniMoRe per Ruolo
Attività e Servizi Staff Direzione Generale			4					1		7								2	10		1			25		1,0					
Direzioni Tecniche		10	7					13		100	6							73	24				1	224		8,6					
Dipartimento Tecnico Amministrativo								10		22	7	1						87	149		7	1	7	291		11,1					
Dip. N.1. Medicina e Specialità Mediche	165	2	11	49	47	27	25			213	2		4					45	5	1				351		13,4	37	1,4			
Dip. N.2 Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche	166	2	7	62	58	25	24			265			2					40	5	1				401		15,3	29	1,1			
Dip. N. 3 Materno Infantile	125	1	8	34	28	17	16			197	1	1	12	2				49	6	1				323		12,3	35	1,3			
Dip. N. 4 Oncologia, Ematologia e Pat. App. Respiratorio	137	5	7	46	46	16	16			126	54		4	1				43	6					301		11,5	24	0,9			
Dip. N. 5 Chirurgie Specialistiche Testa Collo	48	2	4	20	14	14	9			65		4	1	1				17	3	1				129		4,9	20	0,8			
Dip. N. 6 Serv. Diagnostici e per Immagine		1	2	22	19	4	4			7	44		1					7	8					94		3,6	6	0,2			
Dip. N. 7 Laboratori, Anatomia Patologica Medicina Legale	5	3	6	25	25	12	11				84		6					26	14	1				189		7,2	24	0,9			
Dip. N. 8 Emergenza Urgenza	60	3	4	39	39	6	6			97	18							36	5					201		7,7	6	0,2			
Dip. n° 9 Patologie Apparato Locomotore	58	2	1	25	24	2	2			45		5						9	3					90		3,4	3	0,1			
Totale AOU di Mo	776	21	50	333	300	123	113	42	22	1.144	216	11	14	18	2		434	238	3	2	7	2	8	2.619			184	7,0			
N. Dipendenti AOU di Mo per Ruolo																									677			2.619			
N. Dipendenti UniMoRe per Ruolo																									5			184			
% Dipendenti UniMoRe per Ruolo																									0,7			7,0			



# capitolo 3

obiettivi  
istituzionali  
e strategie  
aziendali



### 3.1

## Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

Nel corso dell'anno 2006 si sono consolidate le prassi di partecipazione degli Enti Locali della provincia di Modena alla programmazione sanitaria regionale ed al suo controllo periodico locale attraverso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Tale partecipazione si era infatti già e "sperimentata" sin dagli anni precedenti nella complessa attività di programmazione sottesa alla riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale ed in particolare alla redistribuzione delle funzioni assistenziali tra AOU di Modena ed Ospedale di Baggiovara.

Nel corso dell'anno 2007, la Direzione Generale ha sottoposto alla Conferenza per la relativa approvazione il bilancio d'esercizio 2005, il bilancio d'esercizio 2006, il bilancio economico preventivo, il bilancio pluriennale di previsione 2007 – 2009, l'aggiornamento del Piano programmatico 2007-2009.

Sono stati inoltre portati all'attenzione della Conferenza problematiche quali:

- Bilancio di missione 2006
- Programma pluriennale investimenti
- Atto aziendale
- Piano Direttore. Piano di riorganizzazione e riqualificazione 2005-2013
- Il contratto di fornitura per l'anno 2007 tra l'Azienda ospedaliero – universitaria e l'Azienda U.S.L. di Modena ed il piano di rientro provinciale
- Piano aziendale di contenimento dei tempi d'attesa
- Piano psichiatria provinciale
- Protocollo d'intesa sul Fondo regionale non autosufficienza – riparto tra gli ambiti distrettuali
- Carenze delle figure professionali sanitarie
- Situazione strutturale del corpo L del Policlinico
- Piano straordinario per il consolidamento statico ed il miglioramento del Policlinico
- Integrazione Policlinico-Baggiovara: aggiustamenti
- Nuovo Piano attuativo locale. Avvio lavori

### 3.2

## Universalità ed equità all'accesso

### 3.2.1 Interventi sulla struttura dell'offerta dei servizi da standard regionali

In proposito si rimanda alla descrizione dell'offerta espletata nel paragrafo 2.3.2/4. nel quale si illustra il contributo di AOU Policlinico di Modena alla Copertura dei livelli essenziali di assistenza. In tale paragrafo si riporta una sostanziale conferma della struttura dell'offerta realizzatasi nel 2006 in ottemperanza al documento, già citato "Integrazione Policlinico - Baggiovara nell'ambito della rete Ospedaliera Provinciale", Progetto Attuativo, approvato dalla Conferenza Sanitaria Provinciale in data 10 luglio 2003.

### 3.2.2. Azioni sostegno gravi disabili (Rete Ospedale Territorio)

In proposito a seguito del trasferimento del Dipartimento di Neuroscienze presso il Nuovo ospedale di Baggiovara dell'AUSL di Mo, l'AOU Policlinico di Modena coopera quando richiesta con le iniziative adottate da AUSL di Mo.

### 3.2.3 Interventi Tutela Fragilità Anziano

In tema di garanzie ed equità di accesso tradizionalmente l'AOU di Modena coopera con l'AUSL di Modena sia in relazione alla modulazione della struttura dei servizi offerti in omogeneità con gli standard regionali sia in relazione alla realizzazione di una rete integrata Ospedale – Distretti e Servizi Sociali, del Distretto di Modena in particolare, per favorire l'accesso ai servizi delle persone con grave disabilità acquisita sia in relazione alla partecipazione a programmi di sorveglianza e tutela nei casi di maggiore fragilità e solitudine dell'anziano.

La struttura di Degenza Post Acuzie attiva presso il Policlinico dal 2001 (ex Delibera RER del 1996), nel corso dell'anno 2007 è passata da 25 a 27 posti letto complessivi e di questi 6 posti sono stati dedicati all'attività di riabilitazione estensiva.

Nel corso del 2007 la Struttura semplice di Degenza Post Acuzie (DPA) ha continuativamente ricoverato pazienti in fase di Post Acuzie (PA) in grande prevalenza (90%) e solo in modesta parte con le caratteristiche di Lungodegenza (L), in attesa di perfezionamento di percorsi assistenziali extraospedalieri riguardanti le Strutture del territorio che, nel Distretto di Modena, spesso mostrano

delle criticità in fase di accoglienza, in particolare per pazienti ad elevata complessità assistenziale, anche se stabilizzati.

L'assistenza è contraddistinta da un approccio multidimensionale integrato: è stata migliorata la possibilità di avvalersi di consulenze fisiatriche per i pazienti ricoverati ed è stata strutturata in reparto la presenza di operatori fisioterapisti. I pazienti in regime di Riabilitazione Estensiva per problematiche ortopediche (interventi di protesi di anca e di ginocchio in prevalenza) vengono valutati nei vari reparti di degenza dal consulente fisiatra e trasferiti in Degenza Post Acuzie entro 3-5gg. dall'intervento. Nella struttura praticano un ciclo riabilitativo di 12 giorni e quindi sono dimessi per la prosecuzione di un ulteriore ciclo di trattamento ambulatoriale o in DH se ritenuto necessario. Oltre a ciò tale struttura accoglie degenti in fase post acuta mediante un trasferimento programmato dai reparti interni, per una stabilizzazione clinica ed un recupero delle abilità residue in particolare di pazienti anziani e/o con poli patologia. La valutazione clinica multidimensionale effettuata congiuntamente dall'equipe medico-infermieristica e dal consulente fisiatra della DPA, consente una programmazione degli obiettivi assistenziali ed una verifica del raggiungimento degli stessi durante la degenza in tale struttura, così come di formalizzare i percorsi assistenziali extraospedalieri in continuità con i servizi assistenziali del territorio ed in particolare con la Commissione UVG.

L'U.O. di Degenza Post Acuzie nell'anno 2007 ha ricoverato 328 pazienti, 3% in più rispetto al 2006 nonostante un più prolungato periodo di chiusura estiva parziale.

I pazienti hanno spesso problematiche socio-assistenziali tali da richiedere un percorso di dimissione protetta, in attesa del perfezionamento dei percorsi assistenziali extraospedalieri.

Le dimissioni sono state di natura protetta nel 46% dei casi (protette domiciliari 21%, in RSA - casa protetta 25%, e a domicilio nel 21%).

Il punteggio DRG è aumentato del 12%, nonostante ciò la mortalità è scesa dal 13 al 9.4%. La mortalità percentuale è un indicatore di esito e quindi la sua riduzione è indicatore di qualità delle cure. Tale evento merita considerazioni in tema di programmazione dei servizi per la fragilità ed ulteriori e specifici studi scientifici.

La degenza media si è ridotta da 25,6 a 24,7 giorni.

A fronte di una diminuzione del 5% dei costi diretti la valorizzazione DRG è aumentata del 13%. La struttura ha ottenuto un numero di elogi nel 1° semestre del 2007 pari a 59 su 67 dell'intero Dipartimento delle Medicine (e superiore a tutte le altre UO del Policlinico).

L'Atto Aziendale, approvato nel corso del 2007, ha modificato l'attuale Struttura Semplice di Degenza Post Acuzie in Struttura Complessa.

Criticità persistenti e ingravescenti sono la carenza di Personale medico dedicato alla Struttura in re-

lazione all'implementazione della funzione di Riabilitazione estensiva e al numero dei posti letto, nonché alla tipologia del personale medico: 1 professore universitario responsabile, 1 dirigente medico di I livello 1 contrattista. Altresì carente il personale dedicato alla riattivazione-riabilitazione.

### 3.2.4. Assistenza ai cittadini migranti

Cfr. paragrafo 5.2.2 "L'utenza straniera e la mediazione culturale"

## 3.3

### Centralità del Cittadino

#### 3.3.1 Partecipazione ai processi di erogazione dei servizi (comprensivo di Comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza)

La AOU di Modena nel 2007 ha operato in continuità con gli anni precedenti sulla base dell'assunto della Centralità dei Cittadini nell'orientamento della conduzione delle attività assistenziali e di quelle correlate, praticando la consultazione ed il coinvolgimento dei suoi Utenti e dei Cittadini-Stakeholders con iniziative spesso entrate a far parte organica delle attività di servizio.

La struttura di coordinamento supporto e promozione in tale ambito è l'URP, il quale opera d'intesa con il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.), un organismo dell'Azienda dal 1994 grazie alla quale Associazioni di Volontariato e Azienda Ospedaliera collaborano nel migliorare la qualità dei Servizi e della comunicazione col cittadino-paziente, come espressamente previsto dal decreto istitutivo e dal regolamento interno.

La tabella che segue dà il senso della vastità e della capillarità degli interlocutori di AOU di Modena rappresentati dal Comitato Consultivo Misto:

#### Associazioni di Volontariato

1. AA - Alcolisti anonimi
2. ACTI - Associazione cardiopiantati italiani
3. ADM - Associazione diabetici modenesi
4. ADMO - Associazione donatori midollo osseo
5. AIC - Associazione italiana celiachia
6. AICE - Associazione italiana contro l'epilessia
7. AIDO - Associazione donatori organi
8. AIL - Associazione italiana contro le leucemie
9. AISM - Associazioni italiana sclerosi multipla
10. AIS - Associazione incontinenti stomizzati di Modena
11. AIUTO - Associazione italiana uguaglianza tutela pari opportunità



12. AMA - Associazione malati autoimmuni
13. AMRER - Associazione malati reumatici Emilia Romagna
14. ANED - Associazione nazionale emodializzati
15. ANFFAS - Associazione nazionale famiglie fanciulli e adulti subnormali
16. ANGELA SERRA - Associazione per la ricerca sul cancro
17. ANIEP - Associazione nazionale invalidi esiti poliomielite
18. ANT - Associazione nazionale per lo studio e la cura dei tumori solidi
19. APP - Associazione portatori di pacemaker
20. APRE - Associazione paraplegici tra e per medullosi dell'Emilia Romagna
21. ASA97 - Associazione solidarietà A.I.D.S.
22. ASEOP - Associazione per il sostegno della Ematologia ed Oncologia Pediatrica
23. AVIS - Associazione volontari italiani del sangue
24. AVO - Associazione volontari ospedalieri
25. AVPA - Associazione volontari pubblica assistenza
26. CAV - Centro di aiuto alla vita
27. CEPS - Centro emiliano problemi sociali età evolutiva e trisomia 21
28. CESAV - Centro di solidarietà
29. CILLA ONLUS
30. CRI Croce Rossa Italiana
31. GOZZETTI - Associazione nazionale trapiantati di fegato
32. G.PVECCHI - pro senectute et demencie Alzheimer
33. GIOVANNI XXIII° Associazione Giovanni XXIII° maternità difficile
34. GLI AMICI DEL CUORE - Associazione lotta alle malattie cardiovascolari
35. IL CESTO DI CILIEGE per le donne operate al seno
36. INSIEME A NOI - Associazioni familiari e amici pazienti psichiatrici
37. LA NOSTRA VOCE - Associazione modenese laringectomizzati
38. LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
39. LORI - Fondazione Alessandra Lori a favore della pediatria
40. MISERICORDIA - Confraternita di Misericordia di Modena
41. NEUROTRAUMI
42. POLLICINO Ass. per il progresso della Neonatologia
43. PORTA APERTA AL CARCERE
44. TDM - Tribunale per i diritti del malato
45. UIC - Unione italiana ciechi
46. UILDM - Unione italiana lotta distrofia muscolare

Mentre si rimanda al successivo capitolo n. 5 per la illustrazione delle iniziative aziendali tese a favorire e facilitare l'accesso individuale all'assistenza da parte dei cittadini, si riportano di seguito dati

e considerazioni sui reclami, le segnalazioni e gli elogi raccolti nel 2006 presso i Cittadini Utenti.

### 3.3.2. Giudizio dei Cittadini

I dati di seguito presentati fanno riferimento alle segnalazioni, richieste di risarcimento danni ed elogi presentati dagli utenti che hanno utilizzato le strutture dell'Azienda nel corso dell'anno 2007, presentate direttamente dall'utente all' Ufficio Relazione con il Pubblico, al Tribunale dei Diritti del Malato o alla Direzione Affari Generali servizio legale.

A fronte del numero elevato di prestazioni in costanza di ricovero ed ambulatoriali erogate da AOU Policlinico di Modena sono stati inoltrate:

- 331, segnalazioni,
- 271 rilievi e suggerimenti,
- 80 richieste di risarcimento danni
- 927 elogi.

Nelle 331 segnalazioni sono comprese 55 per rimozione auto e 140 per il pagamento del ticket.

Gli utenti in 307 casi per presentare l'istanza di chiarimento o risarcimento hanno scelto l'accesso diretto alla struttura, in 19 casi hanno utilizzato la mediazione del Tribunale dei Diritti del malato e solo in 4 casi altri enti.

Le categorie di riferimento principali per cui gli utenti hanno lamentato insoddisfazione sono:

- aspetti tecnico professionali 64 casi,
- i tempi di attesa 38 casi,
- gli aspetti burocratico amministrativi 21 casi
- l'umanizzazione e aspetti relazionali 12 casi.

A seguito dell'istruttoria, che per ogni singolo caso viene avviata come previsto dalla procedura aziendale, il Policlinico ha fornito le seguenti risposte:

- in 65 casi ha confermato l'operato dei professionisti dell'Azienda,
- in 60 casi ha accolto la richiesta di esonero o rimborso economico,
- in 58 casi ha fornito i chiarimenti richiesti, in 20 casi è stato risolto il quesito,
- in 17 casi l'Azienda ha assunto un impegno riconoscendo la corretta osservazione fatta dall'utente
- in 3 casi ha presentato le scuse all'utente.

Una considerazione particolare va al tema rilievi e suggerimenti, che per loro natura si risolvono con una eventuale risposta di cortesia e che comunque non attivano la procedura tipica del reclamo ma che sono oggetto di riflessione da parte dell'Azienda.

A questo proposito, si segnalano i 112 casi riferiti a disagi percepiti dagli utenti circa gli aspetti alberghieri e comfort. Confermando così che sempre più si va affermando il principio della "umanizzazione delle cure" dell'ospedale e della centralità del paziente nell'organizzazione assistenziale. Ciò comporta la definizione di precisi ed appropriati "

processi e percorsi diagnostico-terapeutici” per la soluzione dei problemi di salute, ma anche, la capacità di soddisfare i bisogni quotidiani ed i diritti fondamentali del malato quale cittadino:

- essere informato e guidato;
- trovarsi in ambienti a misura d'uomo;
- inserito e non isolato dalla comunità;
- garantito in sicurezza e privacy, qualità ambientale e comfort, accoglienza ed orientamento.

Queste ultime sono parole chiave che rappresentano, per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena obiettivi da perseguire con tenacia nel prossimo futuro per fare del Policlinico di Modena un Ospedale che produca “buona salute” e sempre più a “misura d'uomo”.

### 3.3.3. Impegno a facilitare l'accesso

Da sempre AOU Policlinico di Modena si pone il problema dell'accesso ai suoi servizi degli utenti in condizioni sociali critiche.

Nel 2007 tale problematica è stata oggetto dell'attivazione di uno studio specifico in particolare presso il Pronto soccorso generale che si è protratto sino al 2008 saldandosi con uno specifico progetto di studio regionale centrato sulla facilitazione dell'accesso dei cittadini per il superamento delle differenze e disuguaglianze.

### 3.3.4. Umanizzazione dei servizi

In proposito si rinvia, in *Allegato B*, al periodico aziendale “PASS” numero del 19 giugno 2007.

Tale numero di “Pass” viene integralmente riportato poiché consente diretta esemplificazione delle varie tematiche su cui si intrecciano umanizzazione dei servizi e comunicazione.

## 3.4

# Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

### 3.4.1 Interventi Strutturali

#### 3.4.1.1 Apparecchiature biomediche

Nel corso dell'anno 2007 gli investimenti tecnologici sono stati orientati al completamento del rinnovo delle dotazioni strumentali di alcune unità operative ed alla sostituzione di apparecchiature obsolete, ma le limitazioni imposte agli investimenti dalle direttive regionali hanno portato ad una riduzione del budget per circa 600.000 euro, con il conseguente rinvio di alcuni acquisti programmati.

Per il dipartimento delle medicine gli investimenti più significativi sono stati relativi alle apparecchiature per la nuova sede dell'endoscopia digestiva con il rinnovo delle lavaendoscopi, con l'installazione di nuovi pensili e stazioni PACS nelle nuove sale endoscopiche. La programmata sostituzione di apparecchiature per videocolonscopia è stata rinviata al 2008 nell'ambito di un sostanziale rinnovo del parco apparecchiature, così come verranno concluso nel 2008 il rinnovo degli elettrobisturi e coagulatori ad argon che completano il piano investimenti per la nuova sede dell'endoscopia digestiva

Per il dipartimento delle chirurgie i principali investimenti sono stati relativi alle nuove lampade scialitiche a tecnologia led installate al 2° piano del blocco tecnologico, ai nuovi laser per la chirurgia urologica ad olmio e a tullio, quest'ultimo condiviso con l'ORL, la sostituzione di tutti i ventilatori per terapia intensiva e rianimazione. Le procedure di gara per due nuove colonne digitali per laparoscopia e per il nuovo aspiratore ad ultrasuoni per la chirurgia dei trapianti si sono concluse nel 2007, ma la consegna ed il collaudo sono avvenute nelle prime settimane del 2008. Di rilievo anche l'acquisto di un generatore a radiofrequenza per il trattamento del dolore cronico per il servizio di anestesia I nell'ambito del progetto ‘ospedale senza dolore’ e un ureteronefroscoPIO flessibile digitale di ultima generazione

Per il dipartimento materno infantile i principali investimenti sono stati relativi a nuove 10 incubatrici ed il nuovo sistema di monitoraggio centralizzato per la neonatologia, che con la nuova cartella clinica integrata acquisita con donazione FCRM hanno portato ad un forte rinnovo la dotazione tecnologica di questa unità operativa. L'acquisto previsto di due ventilatori polmonari è stato rinviato a seguito dell'uscita sul mercato di una nuova apparecchiatura con caratteristiche uniche, da valutare nel corso del 2008. Una serie di attrezzature di base hanno accompagnato l'attivazione della nuo-

va sede dell'unità operativa di ostetricia, monitor fetali, holter pressori, fasciatoi riscaldati ed altre piccole apparecchiature. E' stato rinnovato il parco ottiche e il sistema di videourologia della Chirurgia Pediatrica con l'acquisizione di una nuova telecamera digitale 3 CCD. All'interno del comparto operatorio di ostetricia ginecologia è stato installato un nuovo sistema di monitoraggio ambientale, ampliando quello presente nei comparti operatori del blocco tecnologico. Significativa è stata la donazione di 15 pompe infusionali per la Pediatria e l'oncoematologia pediatrica a cura dell'Abitcoop. Per il dipartimento di Oncologia ed Ematologia gli investimenti principali hanno riguardato la radioterapia, con la sostituzione della sorgente per cobalto terapia, l'acquisizione di un collimatore microlamellare, il completamento delle attrezzature per l'esecuzione della Total Body Irradiation nonché la fornitura di TPS in preparazione della installazione della tomoterapia prevista per il 2008. Di rilievo l'aggiornamento dei ventilatori polmonari per la pneumologia nonché dei videobroncoscopi. Rinnovi di attrezzature sono stati realizzati anche per il servizio di medicina trasfusionale, dove spiccano due nuovi congelatori rapidi per sacche di plasma, acquisiti con finanziamenti provenienti dal CRRT regionale. Grazie alla compartecipazione della FCRM, a fine 2007 è stato installato l'aggiornamento del sistema per brachiterapia radiante, che rientra nel piano di rinnovo della dotazione tecnologica in ambito oncologico.

Numerosi per quantità e rilevanza sono state le apparecchiature acquisite per il dipartimento di neuroscienze. L'attivazione della nuova sede dell'odontoiatria è stata accompagnata dall'acquisto di numerose piccole attrezzature a servizio degli ambulatori, che affiancano i più significativi acquisti di 4 poltrone con riunito odontoiatrico, acquisite con contributo regionale, e nuove autoclavi per la sterilizzazione. L'acquisto del laser per attività chirurgica ambulatoriale è stato rinviato al 2008, quando verranno completati i lavori della nuova sede degli ambulatori. Anche per l'oculistica sono stati realizzati rilevanti investimenti, a partire dal nuovo microscopio operatorio, a collaudo nelle prime settimane del 2008, per proseguire un nuovo vitrectomo ed una serie di attrezzature minori. L'acquisto del nuovo ecografo oculare è stato rinviato al 2008. Di estrema rilevanza è stata l'installazione di un laser ad eccimeri acquisito con il contributo della FCRM. Per l'U.O. di ORL gli investimenti hanno riguardato, oltre al già citato laser al tullio, apparecchiature ambulatoriali quali la stazioni portatili per videoendoscopia e l'aggiornamento del laringostroboscopia, oltre ad una serie di attrezzature minori. L'acquisto dei radiobisturi e trapani otologici per chirurgia d'elezione si è svolto come gara nel 2007 ma la consegna è prevista nel 2008, mentre i riuniti per ORL completi di sistemi di videoregistrazione e videopresentazione verranno acquistati nel 2008 assieme all'azienda AUSL di Modena.

Per il dipartimento di diagnostica per immagini il previsto l'acquisto di nuove stazioni di refertazione specialistiche per TC e RM, per il completamento del rinnovo della dotazione strumentale avvenuta con l'acquisizione di una nuova risonanza magnetica da 1,5 T che ha sostituito la RM da 3 Tesla trasferita al nuovo ospedale S. Agostino Estense di Modena, si è concluso nel 2007, ma la consegna avverrà nel 2008. Sono stati potenziati i punti di consegna dei referti ai pazienti con l'acquisto di 4 nuovi sistemi di masterizzazione CD. E' stata potenziata ed adeguata ai recenti investimenti la dotazione strumentale per i controlli di qualità del servizio di fisica sanitaria

Per il dipartimento dei servizi diagnostici e di laboratorio gli investimenti più rilevanti sono stati i microscopi per 3 diversi laboratori. Sono state acquisite 4 nuove stampigiatrici per blocchetti e vetrini a supporto del processo di automazione ed informatizzazione del servizio di anatomia patologica unitamente ad un nuovo montavetrini automatico. La sostituzione di 3 inclusi automatici in paraffina e di 2 microtomi sempre per anatomia patologica si è conclusa a livello di gara nel 2007 e la consegna è prevista nei primi mesi del 2008. L'acquisto dei coloratori completi di montavetrini è stata rinviato

Per il dipartimento emergenza urgenza gli investimenti più significativi sono state le due nuove colonne per artroscopia destinate alla ortopedia ed alla chirurgia della mano, ordinate nel 2007 ma a collaudo nelle prime settimane del 2008. Lo spostamento non programmato del reparto cardiologia ha richiesto interventi non programmati, quali l'aggiornamento del sistema di monitoraggio posto letto e telemetria, affiancati dall'acquisto di un nuovo ecocardiografo portatile. Il rinnovo del parco defibrillatori a servizio della cardiologia è stato rinviato in vista di una gara regionale e soprattutto perchè si è ritenuto più urgente procedere con l'aggiornamento del parco elettrocardiografi aziendale con 20 nuove apparecchiature utilizzabili con il sistema ECG informatizzato e con l'aggiornamento del sistema Holter in dotazione alla Cardiologia.

### 3.4.1.2 Tecnologie dell'Informazione

In coerenza con la linea strategica del triennio, nell'esercizio 2007 le principali attività hanno riguardato :

- un consistente lotto di turnover di attrezzature nonché il loro adeguamento nelle modalità di accesso ai server aziendali (piena implementazione dell'architettura terminal server, oppure delle architettura web based, in modo da perseguire il progetto di lunga scadenza di client leggero.)
- progetti applicativi riguardanti il servizio di anatomia patologica, e la prescrizione informa-

tizzata, In particolare questo progetto, completamente attivato nelle UOP di Malattie Infettive e lungo degenza post-acuzie, ha comportato : un collegamento telematico con l'azienda ausl di Reggio Emilia, l'installazione di un magazzino automatico per il confezionamento delle terapie personalizzate in monodose, lo sviluppo di funzionalità riservate al personale medico per la prescrizione elettronica, lo sviluppo di funzionalità riservate al personale infermieristico per la gestione del processo di preparazione e somministrazione delle terapie. Sempre nell'ambito di questo progetto sono stati sperimentati due diversi modelli di dispositivi portatili per portare al letto del paziente le funzionalità sopra menzionate. L'iniziativa, pur rivelandosi molto impegnativa anche sotto il profilo dell'innovazione organizzativa ha riscosso un buon successo ed è pienamente operativa nelle UOP pilota. Nel corrente esercizio si prevede pertanto la prosecuzione della sperimentazione in una UOP chirurgica (urologia) in modo da poter effettuare compiute valutazioni in corso d'anno.

- La stipula di una convenzione pluriennale con la società controllata CUP 2000 per la messa in funzione di un datacenter progettato e realizzato secondo i più aggiornati criteri di sicurezza e di ergonomia di esercizio. Questo intervento è sicuramente il più significativo dell'esercizio ed ha consentito di dare una prospettiva di soluzione ad un problema apparentemente banale ma molto significativo per lo sviluppo del sistema informativo della azienda. Nella attuale collocazione delle sale macchine spazi, kilowatt e frigoriferi non consentivano più di spandere i servizi informatici. In stretta collaborazione con la società controllata si è quindi provveduto a definire i contenuti della convenzione partecipando in modo attivo alla fase di progettazione dell'intervento sia per gli aspetti di base di tipo impiantistico sia per il cuore tecnologico del data center. La progettazione eseguita anche attraverso alcune missioni di verifica in diversi stabilimenti in Italia, Svizzera e Germania, ha consentito l'avvio dei cantieri che si completeranno nel corrente esercizio..
- In accordo con il piano di riqualificazione ed ammodernamento previsto dalla Direzione Edile e Impianti si è provveduto ad estendere tutti i servizi di base della rete fonia/dati alle porzioni di ospedale di nuova edificazione o in corso di ristrutturazione. (ps ostetrico, formazione, odontoiatria, uffici ced, etc etc.)

Oltre a queste iniziative l'esercizio ha visto il completamento ed il consolidamento di Progetti avviati nel 2006 in particolare si è molto investito su attrezzature e software nonché analisi organizzativa e di processo riguardanti attività ambulatoriali ed attività di laboratorio.

Più in generale al di là degli aspetti innovativi,

l'azione del servizio tecnologie dell'informazione si è orientata per assicurare il piano supporto a tutte le iniziative via, via, giunte a pieno regime, anche in virtù dei progetti messi in campo negli ultimi anni. La logica di servizio che orienta i comportamenti dei singoli operatori è tesa in primo luogo a privilegiare la continuità di servizio e la sicurezza dei dati.

Questo scenario complessivo si inquadra del resto nelle indicazioni di livello nazionale.

Le direttive emesse dal Ministero della Salute e dal Ministro dell'Innovazione Tecnologica in materia di "Sanità Elettronica" e "PA Digitale", evidenziano la necessità di avviare un piano coordinato e condiviso per lo sviluppo dei sistemi informativi al fine di rispondere alle esigenze di innovazione. In particolare si desidera richiamare l'attenzione sui progetti nazionali di realizzazione del fascicolo elettronico personale, di telemedicina, di razionalizzazione della spesa, del progetto nazionale di tessera sanitaria elettronica, ecc...

Questo evidenzia il ruolo sempre maggiore che le soluzioni ICT rivestono in ambito sanitario.

### 3.4.1.3 Interventi sulla Edilizia e l'Impiantistica

AOU Policlinico di Mo ha intrapreso da molti anni una serie di interventi di ristrutturazione basati sull'ottenimento di molteplici risultati:

- il consolidamento statico e antisismico, avviato ben prima che le Norme Tecniche lo rendessero obbligatorio con l'inserimento del Comune di Modena in zona sismica di classe 3;
- l'umanizzazione delle degenze e degli spazi ove vengono erogate prestazioni sanitarie; in questo senso, nell'ambito della ristrutturazione dei reparti si sta applicando un Progetto Colore specifico ed omogeneo per l'intera Azienda;
- il miglioramento delle condizioni di benessere termoigrometrico, con la progressiva estensione degli impianti di condizionamento e ricambio dell'aria, controllato mediante un impianto di telegestione che permette di tenere sotto controllo temperatura e umidità relativa.

CANTIERE	LAVORO	SUP. mq.
Formazione	Riqualificazione	500
Parcheggio vivaio	Nuovo	
Prefabbricato	Nuovo Uffici + Spogliatoi	800
Ostetricia 2° lotto	Nuovo Degenza 10 p.l.+ P.S.	400
Portineria ingresso	Riqualificazione + Segnaletica	50
Odonto 1° lotto	Nuovo - Ambulatori	400
Farmacia monodose	Nuovo (Laboratori+Magazzino)	250
Cardiologia	Adeguamento	800
Libera professione	Nuovo - Degenza 20 p.l.	800
Gastroenterologia	Riqualificazione Degenza	900
Oculistica 3° B 2° lotto	Nuovo - n. 6 Ambulatori	300
Sale parto travaglio	Riqualificazione umanizzazione	800
Endoscopia	Nuovo Ambulatori Chirurgici	750
Neonatologia	Area Madri + Ambulatori	300
Spp Sss sede	Riqualificazione	500
Oculistica Amb. Chir.	Nuovo Ambulatori Chirurgici	450
Pneumologia studi	Nuovo	100
Trasfusionale	Interventi vari	400
Atrio	Riqualificazione	400
Odonto semint.	Riqualificazione	400
Isola ecologica	Nuova costruzione	
Direzionale cardio	Riqualificazione	900
Ascensori	Riqualificazione	
Rinforzi statici		2.000

### 3.4.2.1 Interventi sulla Accessibilità

#### I piani aziendali di contenimento dei tempi di attesa

##### Ricoveri

Il progetto di informatizzazione delle liste di attesa al Policlinico di Modena è iniziato, con una fase di valutazione e studio, già nel corso del 2005. Nel 2006 e 2007 si è dato corso alla diffusione del prodotto informatico e all'arruolamento di tutte le strutture chirurgiche dell'ospedale. Oggi si può contare quindi su una prenotazione informatizzata di tutti i ricoveri chirurgici, con un collegamento informatizzato degli stessi quando inseriti in una lista operatoria settimanale/giornaliera, attraverso un sistema di regole e controlli governato a livello centrale. Inoltre il sistema prevede un trasferimento dell'informazione della "data di prenotazione" e "della priorità" direttamente dalla lista di attesa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera, in linea a quanto previsto dalle indicazioni regionali (circolare 31337 del 26 novembre 2007). Il sistema inoltre è già predisposto per accogliere i nomenclatori degli interventi così come elaborati, ed in fase di ultimazione, all'interno del gruppo di lavoro del Progetto SIGLA, per garantire oltre a trasparenza ed equità all'accesso, anche per diffondere un lin-

guaggio comune tra le diverse aziende della regione, con l'obiettivo di avere una lettura omogenea delle liste di attesa e dei tempi di attesa.

Per quanto attiene i ricoveri programmati, la compilazione del campo della SDO relativo alla data di prenotazione risulta obbligatoria per i ricoveri ordinari e di DH per intervento chirurgico, chemioterapia, radioterapia e coronarografia; l'inserimento del dato può avvenire, al momento della messa in lista d'attesa direttamente ad opera del sanitario che ha posto l'indicazione al ricovero sfruttando una specifica funzione del programma informatizzato di gestione dell'attività ambulatoriale (via informatica diretta) oppure, può avvenire successivamente, al momento in cui l'utente si reca presso il reparto per l'inserimento in lista. In questo caso la data di inserimento in lista corrisponde a quella di effettiva presentazione alla struttura deputata alla gestione della lista d'attesa. A tale proposito, si precisa che l'adozione del sistema informatizzato di gestione delle liste d'attesa risulta in progressiva estensione e che anche la nostra Azienda ha partecipato al progetto regionale SIGLA sulla gestione informatizzata delle liste d'attesa; l'implementazione del progetto risulta in linea con il programma di implementazione condiviso dal gruppo regionale.

##### Prestazioni Ambulatoriali

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria si è ulteriormente adoperata per il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. I cui standard di riferimento sono:

- entro 7 giorni tutte le prestazioni ambulatoriali urgenti
- entro 30 giorni le visite specialistiche programmabili
- entro 60 giorni le prestazioni specialistiche programmabili.

Sono state individuate aree di intervento condivise con l'Azienda territoriale tese a incrementare la produzione necessaria. Sono inoltre state definiti accordi per la creazione di un CSA interaziendale unico per garantire una migliore integrazione delle attività ambulatoriali.

Già da tempo tutte le agende di prenotazione offrono separatamente le prime visite dalle visite successive; l'automatismo di "trasformazione" della visita specialistica in visita successiva, ove richiesta presso la stessa struttura in un arco temporale inferiore ai sei mesi (secondo la definizione operativa della DGR 1532/06) non è ancora stato implementato sul sistema CUP, come previsto anche dalla circolare 10 (Linee guida CUP). In questa fase l'Azienda rimane in attesa delle indicazioni operative che scaturiranno dalle sperimentazioni previste dalla circolare 10 in alcune aziende regionali.

Il piano annuale di produzione della specialistica ambulatoriale definisce quali sono i volumi complessivi che l'Azienda Ospedaliera dovrà garantire nell'anno. La variazione stagionale dell'offerta e quindi della produzione si realizza applicando

le disposizioni che disciplinano i periodi di riduzione-sospensione delle attività nei periodi coincidenti con festività natalizie e ferie estive.

La flessibilizzazione quantitativa della produzione si realizza tramite la riconversione, nel rispetto degli obiettivi quantitativi complessivi assegnati, che vengono concordati di volta in volta per privilegiare l'offerta di prestazioni più critiche rispetto ad altre (es. riconversione di visite successive in prime visite). Queste modalità sono utilizzate in accordo con l'Azienda territoriale.

Per ciò che riguarda la rilevazione della attività specialistica ambulatoriale, si è provveduto a varare un progetto volto ad eliminare completamente modalità di prenotazione non informatizzata. Nel periodo settembre 2006 – settembre 2007 sono stati ricondotti ai sistemi aziendali di prenotazione oltre 40 “agende” che venivano gestite con modalità non adeguate. Si ritiene che questo sforzo potrà nei prossimi mesi portare i frutti attesi, al momento, anche in considerazione delle rilevanti innovazioni introdotte dal debito informativo verso il mef, si registrano notevoli possibilità di miglioramento in termini di qualità, tempestività e completezza della rilevazione. Per il day service ambulatoriale è stato realizzato uno specifico applicativo, che pur salvaguardando la centralità del paziente, prevede specifiche funzionalità introdotte al fine di gestire completamente i percorsi ed i relativi risvolti di carattere amministrativo. Si ritiene che anche questa azione possa, sin dai prossimi mesi, portare un miglioramento al sistema nel suo complesso

Nella Tabella 3.4.1 seguente relativamente al 2007 sono riportati i risultati conseguiti per macro aggregazioni tipologiche di prestazione:

Tab 3.4.2.1

Tempi di Attesa - Distribuzione per Macroclassi Tipologiche e per Classi di Attesa AOU Policlinico di MO							
Tipologia Prestazioni	Prestazioni erogate a carico del SSN programmate con gg_attesa						
	N.	%	%	%	%	%	%
	>= 1	entro	entro	entro	entro	entro	oltre
	1-30 gg	1-45 gg	1-60 gg	1-75 gg	1-90 gg	90 gg	
Diagnostica	78.389	45,26	58,76	69,99	78,06	85,58	14,42
Laboratorio	207.402	91,95	97,36	99,08	99,67	99,89	0,11
Riabilitazione	2.197	57,94	67,32	76,33	81,88	87,48	12,52
Prestazioni Terapeutiche	13.871	73,01	82,02	89,52	93,41	94,82	5,18
Visite	90.435	51,63	65,64	76,43	84,92	90,63	9,37

### 3.4.2.2. Interventi sui Processi Assistenziali

#### 3.4.2.2.1 Appropriata clinica ed Organizzativa

Dal 1996 l'AOU di Modena si è data l'obiettivo di promuovere la cultura della Qualità e la tensione al suo Miglioramento Continuo in ogni ambito delle attività aziendali con la attivazione di una struttura, l'Ufficio Assicurazione Qualità, finalizzata al supporto metodologico ed alle attività di promozione e monitoraggio delle iniziative specifiche. Tale insieme di iniziative è stato perseguito nei dieci anni di attività trascorsi da allora trascorsi con iniziative su quattro direttrici principali:

- Intensa attività di Formazione e coinvolgimento degli operatori;
- La promozione del Miglioramento Continuo, con l'attivazione di gruppi di miglioramento;
- La configurazione di un “Sistema Qualità” in cui la “gestione per processi” organizzativi fosse l'ambito di valutazione intervento;
- La Certificazione e l'Accreditamento di tipo istituzionale, in conformità con le specifiche iniziative della Regione Emilia Romagna.

Nell'ambito delle attività svolte sulle predette direttrici di fatto sono state esperite attività di promozione del Governo Clinico e di gestione del Rischio Clinico.

Per quanto attiene l'approccio ad una gestione controllata dei processi e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici attività strettamente legata a quella di prevenzione dei rischi è da segnalare che

1. è continuata la messa a punto e lo sviluppo del modello e del sistema informativo per la gestione dei processi e percorsi diagnostico terapeutici e della loro analisi attraverso la tecnica FMEA.( Failure modes and effects analysis) Tale approccio ha consentito di definire “mappe e profili di rischio” rendendo così operativa e sistematica la prassi della prevenzione dei rischi. Tale attività ha ricevuto il riconoscimento di essere citata e proposta a modello di riferimento nel rapporto OASI 2006 dell' Università Bocconi “Laziendalizzazione della sanità in Italia”.
2. è iniziato l'iter di revisione di tutta la documentazione aziendale a partire dalla Procedura di Ricovero Ordinario e, in ambito chirurgico, dei Percorsi Diagnostico Terapeutici del tumore del polmone, del trapianto di fegato e del trapianto di Rene.

L'insieme di queste iniziative, revisione dei percorsi e gruppi di miglioramento, ha concorso ad incrementare livelli specifici di accessibilità alle cure, di appropriatezza clinica e di appropriatezza organizzativa e, in generale, i livelli di sicurezza delle attività cliniche di AOU di Modena.

La attività di supporto alle varie strutture e la rivisitazione critica dei processi e del percorsi diagnostico terapeutici porta anche ad iniziative di miglioramento

Le iniziative gestite nel 2007 coerentemente con l'approccio aziendale di integrazioni delle funzioni di Accreditamento, gestione del rischio e dei percorsi diagnostico terapeutici possono essere riassunte nella diffusione mediante momenti di incontro personalizzati dell'approccio sviluppato in questi anni e che dovrà rappresentare la base cui tutti dovranno fare riferimento a partire dal 2008 coerentemente con quanto previsto nel progetto aziendale di gestione del rischio ed inserito fra gli obiettivi di Budget 2008.

Il modello, sviluppato prevalentemente con il supporto della divisione di Pediatria e Chirurgia Toracica permette un approccio realistico alla definizione di una mappa e profilo di rischio della struttura. Il metodo definito "incrementale" si caratterizza per la estrema semplicità sia che trattasi di un processo/percorso già descritto in documenti ufficiali sia che non esista alcuna "regola scritta" sia che si faccia riferimento a linee guida nazionali e/o internazionali. Esperienze sono state fatte prendendo a modello la bronchiolite e la chetoacidosi.

E' stato completato il sistema informativo di registrazione degli eventi in un unico data base che permetta di avere una visione di insieme degli eventi indipendentemente dal sistema di rilevazione e classificazione ( Incident reporting, non conformità, reclami, richieste di risarcimento ecc)

Questo approccio sembra molto efficace e percepito come tale anche dai professionisti per cui pensiamo si aprano una serie di prospettive interessanti che richiederanno momenti formativi ad hoc.

#### **3.4.2.2.2 Accreditamento**

Nel corso del 2007 è proseguito in azienda il tentativo di integrare sempre più le attività relative all'accREDITamento alla gestione del rischio e alla definizione dei percorsi diagnostico terapeutici coerentemente con quelli che sono gli indirizzi nazionali e regionali e aziendali; questo obiettivo, esplicitato dalla direzione aziendale nell'atto aziendale e con la presentazione degli indirizzi generali relativi alla gestione del rischio.

Tale obiettivo si è perseguito nei fatti dando coerenza a queste indicazioni nel momento di formalizzare gruppi di lavoro e attivare momenti formativi a partire da quello che abbiamo iniziato a pianificare già da questo 2007 e da sviluppare nel 2008.

E' comunque continuato il supporto alle unità operative per il mantenimento dei requisiti per l'accREDITamento, supporto che si sviluppa con incontri personalizzati ed iniziative trasversali relative ad aspetti specifici.

Nel 2007 in particolare è continuata la messa a punto di un modello informatizzato di gestione dei processi e percorsi diagnostico terapeutici e di gestione del rischio che rappresentano due degli elementi caratterizzanti la evoluzione del sistema di accREDITamento.

Il sistema informativo è stato ulteriormente svilup-

pato in alcune sue parti anche se rimane carente nella parte di gestione degli indicatori obbligatori 8Rif. Normativo) che sarà sviluppata nel 2008.

Presso il servizio Qualità è stato messo a punto un software che supporta la analisi dei processi e dei percorsi diagnostico terapeutici. Nel 2007 è continuato il "trasferimento critico" e quindi la revisione del modo di operare, della documentazione relativa ad una serie di attività importanti ( Trapianti fegato, rene, processo chirurgico, gestione delle stomie ecc). Alcune di queste attività sono state completate e portate alla approvazione della direzione aziendale.

Questo approccio sembra molto efficace e percepito come tale anche dai professionisti per cui pensiamo si aprano una serie di prospettive interessanti che richiederanno momenti formativi ad hoc.

Allo stato attuale il software è quindi di grande supporto alla gestione del Sistema Qualità Aziendale (accREDITamento, gestione dei processi / PDTA e gestione del rischio) e stiamo pianificando momenti formativi per la sua diffusione e utilizzo coinvolgendo tutti i dipartimenti - L'obiettivo è stato inserito nella scheda di Budget 2008 ma già in questo 2007 è iniziata la attività di pianificazione stante la complessità del progetto, complessità legata anche all'elevato numero di persone da coinvolgere.

Tutte le strutture dell'area Tecnico Amministrativa sono state coinvolte in un progetto di valutazione dei loro processi e definizione di una serie di indicatori per misurarne la efficacia ed efficienza anche in relazione al supporto dovuto alle strutture cliniche in relazione al processo di AccREDITamento

L'approccio sviluppato è stato presentato ad una serie di convegni e/o corsi di formazione esterni all'azienda ( Bocconi, Dasa Register) e quindi portato anche al confronto con operatori sanitari di altre regioni.

Il metodo proposto è stato descritto in un lavoro scientifico ed inviato a Mecosan per la pubblicazione ( pubblicato marzo 2008).

#### **3.4.2.2.3 Registri**

Nel 2007 il Registro Tumori della Provincia di Modena è stato conferito alla AUSL di MO

### **3.4. 2.3. Interventi sul rischio Clinico**

#### **3.4.2.3.1 Monitoraggio e riduzione rischio clinico**

Sviluppo della funzione aziendale di gestione del rischio, in termini organizzativi e funzionali

Azioni:

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena ha declinato nell'atto aziendale, approvato con delibera della Regione Emilia Romagna n. 2021 del 20 dicembre 2007, i principi e i criteri della propria organizzazione e i relativi meccanismi di funzionamento in ambito della gestione del rischio, in particolare ha delineato:

all'art. 4: la promozione della sicurezza come principio fondante cui si ispira l'azione di governo aziendale;

all'art. 12: il Collegio di Direzione quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico, cui spetta il compito di proporre il Programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale;

all'art. 13: il governo clinico quale strategia gestionale fondamentale del sistema decisionale aziendale che ha come principali obiettivi l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica raggiungibili attraverso i seguenti strumenti:

- pratica clinica basata sull'evidenza;
- valutazione della performance clinica (audit clinico e indicatori di performance);
- gestione del rischio clinico;
- percorsi clinici diagnostici terapeutici.

all'art. 13: Il Collegio di Direzione e i Dipartimenti quali ambiti organizzativi dove le linee di governo del rischio si sviluppano e dove i principi, le metodiche e gli obiettivi ad esse correlati vengono valutati e condivisi al fine di essere tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse.

Sulla base dei principi declinati negli articoli sopra elencati, la funzione aziendale è stata così sviluppata:

- L'Organo di governo della gestione integrata del rischio è il COLLEGIO DI DIREZIONE che propone il Programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale;
- La responsabilità del Programma aziendale di gestione del rischio è del DIRETTORE SANITARIO che:
  - da gli indirizzi generali recependo le indicazioni della direzione generale, regionali e nazionali.
  - approva e porta alla approvazione del collegio di direzione il piano di azione proposto dal gruppo di programma
  - pianifica i momenti strutturati di verifica dei risultati e relazionare in collegio di direzione
  - relaziona alla direzione generale sul livello di sicurezza/qualità trasferendo le informazioni richieste ai direttori di dipartimento
  - gestisce i debiti informativi nei confronti della direzione aziendale, regione e ministero
- la responsabilità operativa è del DIRETTORE

DIPARTIMENTO che:

- traduce in programmi operativi all'interno del dipartimento gli indirizzi e gli obiettivi del piano triennale e annuale, supportato dal referente dell'uffici qualità e dal medico di direzione sanitaria.
- informa i direttori delle unità operative in merito alle strategie, agli obiettivi promuovendo la definizione di piani di azione coerenti e chiedendo evidenza dei risultati
- è responsabile del raggiungimento dei livelli di qualità e sicurezza del dipartimento e relaziona in merito al responsabile generale e operativo del progetto.

### **Predisporre un piano – programma di gestione del rischio espressivo della situazione di partenza, di obiettivi di breve e medio periodo e relativi indicatori**

Azioni :

La Direzione Aziendale ha predisposto un Programma di gestione del rischio incentrato su attività di formazione, prevenzione, monitoraggio e reazione, ed articolato in 3 aree d'intervento:

1. Area sicurezza ambientale;
2. Area rischio clinico;
3. Area etico professionale.

Il Programma è stato definito in un documento aziendale sviluppato nei seguenti punti:

#### **a. Descrizione delle attività pregresse (situazione di partenza)**

L'attività di gestione del rischio aziendale parte con l'istituzione nell'Aprile 2006 del gruppo di Gestione del Rischio Aziendale coordinato dal Direttore Sanitario. Il gruppo ha definito un piano operativo che è stato sviluppato nel biennio 2006/2007 e che ha prodotto i seguenti risultati:

#### **Attività di Formazione:**

- valutare il livello di conoscenza degli operatori in materia di rischio clinico

è stato costruito e somministrato agli operatori di 5 unità operative campione un questionario a risposte chiuse su opinioni e modalità organizzative inerenti la gestione dei farmaci al fine di far emergere il livello di attenzione e consapevolezza sugli errori associati ai farmaci. L'analisi condotta su 180 operatori ha permesso di evidenziare che più del 50% di essi attribuisce una importanza elevata agli errori in terapia sulla riuscita delle cure, classificando tali errori per lo più tra il livello 4 e 5 di una scala di importanza con valori compresi da 0 a 5. Inoltre il questionario ha permesso di valutare che, per il 29% degli intervistati la tipologia di errore che con maggiore facilità viene commesso nei reparti è quello di somministrazione, seguito con il 19% da quello di preparazione.

- aumentare le conoscenze degli operatori in tema di rischio clinico

è stato organizzato un evento formativo dal titolo "gestione del rischio e incident reporting" ripetuto in più edizioni che ha coinvolto 658 operatori di



tutte le categorie professionali degli 8 dipartimenti aziendali, compresi i medici specializzandi. Le percentuali di partecipazione per categoria professionale sono state: 54% infermieri; 21% medici, 6% tecnici, 5% ostetriche e dirigenti, 4% biologi, 3% studenti, 1% farmacisti. La partecipazione maggiore si è avuta per il personale afferente ai dipartimenti materno-infantile (28%) e per quello delle specialità chirurgiche (24%). Il corso permesso di:

- sensibilizzare gli operatori al problema degli errori in terapia
- migliorare la conoscenza dei rischi connessi agli errori in terapia
- aumentare l'attenzione dei rischi connessi agli errori in terapia

#### **Gestione dei reclami:**

- costruzione di una procedura aziendale per la raccolta, l'analisi e la gestione dei reclami con produzione di report di sintesi semestrali e comunicazione alla regione secondo modalità previste a livello regionale.
- azioni di miglioramento attivate a seguito di reclami, richieste di risarcimento, segnalazioni varie

Sono state intraprese azioni relative al miglioramento di alcuni processi organizzativi che gli eventi/segnalazioni hanno permesso di evidenziare come carenti (es. procedura di gestione trasfusione, modalità di conservazione e trattamento rene per trapianto, modalità di gestione del conteggio garze durante intervento chirurgico);

#### **mediazione dei conflitti**

La nostra Azienda ha partecipato al progetto regionale con la presenza di 4 operatori ed un tutor. I 4 operatori hanno frequentato il corso di formazione organizzato dalla regione Emilia Romagna per un periodo di 5 settimane con molte ore dedicate alla formazione d'aula.

#### **b. Il programma aziendale 2007 – 2009**

Il programma prevede iniziative relative alle tre fasi di prevenzione, formazione e reazione all'evento che, per ognuna delle 3 aree d'intervento (sicurezza ambientale; rischio clinico; etico professionale) si sono sviluppati a matrice nei seguenti obiettivi a breve medio termine e relativi indicatori:

#### **Prevenzione:**

Obiettivi

- definire una mappa dei processi / percorsi aziendali e valutarne il livello di affidabilità/sicurezza e completezza e mappe e profili di rischio dei processi /percorsi diagnostico terapeutici più significativi
- definire le priorità di intervento da portare alla attenzione del responsabile del programma utilizzando gli strumenti di gestione ( FMEA, focus group, audit ecc.)
- gestire il data base dei rischi attraverso la integrazione dei rischi evidenziati dalla attività di analisi preventiva con l'elenco degli eventi ( reclami, Incident reporting, richieste di risarcimento)

#### **Le migliori pratiche (priorità 2007/8)**

#### **Sale Operatorie**

#### **Riduzione rischio biologico:**

- adesione al Programma OMS: Safe surgery saves lives

#### **Riduzione rischio chimico:**

- promozione dei percorsi "Protossido e latex free"
- Controllo in continuo qualità dell'aria

#### **Riduzione rischio meccanico**

- Adozione di sistemi automatizzati trasporti pesanti – letti elettrici

#### **Riduzione rischio organizzativo**

- Integrazione e coordinamento teatri operatori: cabina di regia
- Standardizzazione percorsi e procedure: operandi – operatori – materiali
- Identificazione pazienti

#### **Gestione per Processi e Percorsi Diagnostico Terapeutici**

#### **Revisione dei processi direzionali e tecnico-amministrativi di supporto**

#### **Revisione dei percorsi diagnostico terapeutici**

- Processi sanitari di base
- Processi sanitari di supporto
- Processi dell'emergenza

#### **Adozione del programma per la gestione informatica.**

- analisi dei processi – percorsi e attività proattiva del rischio
- Accredimento

#### **Gestione del Farmaco**

#### **implementazione della prescrizione informatizzata**

#### **implementazione della distribuzione personalizzata in monodose**

#### **centralizzazione antitubercosici e somministrazione circuito chiuso**

#### **Aspetti Assicurativi**

L'Azienda era assicurata dal 1.09.05 per la responsabilità civile verso terzi e dipendenti con la compagnia QBE di Londra secondo la formula "claims made", con un contratto triennale.

Al momento dell'aggiudicazione, le condizioni erano le seguenti:

- Premio I-II° annualità : € 1.467.000,00
- Franchigia aggregata annua € 2.400.000,00
- Massimale : € 5.000.000 per sinistro con il limite di 1.500.000 per RCO
- Massimo risarcimento annuo € 20.000.000,00
- Premio III° annualità € 3.818.219,00, ferme le altre condizioni di polizza.
- Durata: 1.09.05 – 31.08.08

Nel corso del 2007, il contratto è stato oggetto di due distinte rinegoziazioni con la compagnia: prima dell'entrata in vigore della terza annualità prevista per il mese di settembre e in relazione al progetto di copertura del II° rischio a livello di Area Vasta Emilia Nord.

Nel dettaglio, le rinegoziazioni hanno registrato i

seguenti passaggi intermedi:

### **I step: prima dell'entrata in vigore della terza annualità di polizza.**

Rispetto alle condizioni previste per il terzo anno di polizza, sono stati raggiunti i seguenti miglioramenti:

- premio annuo: € 2.200.500,00;
- franchigia a carico dell'Azienda per singolo sinistro € 230.000,00 ;
- rinuncia da parte della compagnia al recesso per sinistro;
- durata del contratto 12 mesi, con proroga per altri 3, ovvero fino alla fine del contratto assicurativo previsto per novembre 2008

### **II step: progetto di copertura del II rischio come Area Vasta Emilia Est.**

Partendo dalla considerazione che ogni Azienda dell'AVEN ha stipulato una polizza di Responsabilità Civile verso Terzi comprensiva di un massimale per sinistro almeno pari ad € 5.000.000,00, per un massimale complessivo di oltre 35 milioni di Euro, si è messo a punto un progetto in grado di ridurre in ciascun azienda sanitaria il massimale per il I rischio attivando contestualmente un II rischio condiviso in Area Vasta.

Nel corso del secondo semestre del 2007, il progetto è stato modificato a favore di una soluzione transitoria che prevede, in sintesi:

- l'attivazione del II rischio come iniziativa AVEN
- il non rinnovo dei contratti in scadenza per tutte le aziende sanitarie per pervenire, nel corso del 2008, all'espletamento della gara unica per la copertura del I° e del II° rischio.

Il progetto di attivazione transitoria del II rischio di cui sopra ha consentito all'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena di rivedere ulteriormente il contratto con la compagnia di assicurazione con i seguenti miglioramenti:

Scadenza: 31.08.09

Premio annuo € 2.180.000,00 con penale di € 20.500,00 annua in caso di cancellazione anticipata

Franchigia per sinistro di € 230.000,00

Massimali: € 7.500.000,00 per RTC, € 3.500.000,00 per RCO

Ferme tutte le condizioni di polizza di cui sopra.

Pertanto i miglioramenti complessivi delle condizioni generali di polizza conseguiti nel 2007, possono essere sintetizzati così come segue:

- Premio annuale di € 2.180.000,00 con penale di € 20.500,00 annua in caso di cancellazione anticipata ( - 1.638.219,00 rispetto al contratto per il terzo anno di polizza previsto)
- Durata: 31.08.07 - 31.08.09
- Franchigia per sinistro di € 230.000,00 e non più aggregata di € 2.400.000,00 annui
- Massimali: innalzamento da € 5.000.000 a € 7.500.000,00 per RTC, da € 1.500.000 a € 3.500.000,00 per RCO
- Rinuncia da parte della compagnia al recesso

per sinistro.

### **La Gestione del Fenomeno Risarcitorio nel 2007**

Si sono consolidate le modalità di gestione che hanno contraddistinto l'iter istruttorio delle denunce già implementato nel corso del 2006.

A partire da questo ultimo periodo, infatti, è stata messa a punto un nuovo sistema di esame delle istanze in forza del quale la direzione preposta all'analisi e studio dei sinistri ha assunto un ruolo fortemente proattivo e propositivo nella conduzione delle singole posizioni.

Le denunce sono state pertanto prontamente istruite con la collaborazione delle competenti direzioni aziendali e valutate, per gli esiti finali, dal Comitato di Valutazione Sinistri appositamente istituito e composto oltre che dall'Azienda, dal broker, dalla compagnia di assicurazione e dal loss adjuster.

La gestione diretta da parte dell'Azienda ha consentito di monitorare costantemente il fenomeno nel suo insieme: si è provveduto così a rigettare immediatamente un numero significativo di istanze infondate o non di competenza; a concordare particolari modalità di trattazione delle vertenze con la compagnia assicuratrice in ordine alle denunce cautelative, tali da assicurare il massimo risparmio all'Azienda in termini di somme messe a riserva; a garantire tempi brevi nel completamento dell'iter istruttorio e nella relativa, se dovuta, liquidazione del danno.

Tutti i dati relativi a tale andamento sono peraltro stati inseriti in un "data base" appositamente messo a punto dal Servizio Affari Generali elaborando in un unico prospetto i dati relativi alle denunce provenienti da fonti differenti. Tale iniziativa ha reso maggiormente fruibile e monitorabile la consultazione delle informazioni sul contenzioso. Tali modalità di approccio al fenomeno delle istanze di risarcimento hanno prodotto immediate ricadute positive, sia per quanto riguarda i cittadini, sia per quanto concerne l'Azienda.

Per ciò che riguarda i cittadini va evidenziato in particolare:

- il dialogo aperto e continuo con tutti coloro che hanno richiesto informazioni, consigli e risposte. Tutto ciò è stato possibile anche grazie alla collaborazione ed all'interfaccia con il Tribunale dei Diritti dei Malati che ha contribuito a diffondere all'utenza questo nuovo modo di operare;
- il repentino riconoscimento dei diritti legittimi, senza dover ricorrere al Tribunale civile e/o penale.

Per l'Azienda ciò significa:

- la ricerca di elementi che consentono il miglioramento continuo delle procedure poste in essere;
- il costante confronto con le compagnie assicuratrici e con gli studi legali per la trattazione e soluzione equa delle vertenze;
- la possibilità di rivisitazione delle condizioni generali di polizza e del relativo premio alla luce dei risultati conseguiti, ai fini di una ocu-

lata gestione delle risorse aziendali. I primi risultati di ciò è la rivisitazione del contratto di polizza di cui sopra.

Evidenti sono in tal senso, infatti, i benefici prodotti, a favore dei cittadini che vedono accolte in tempi brevi le loro legittime istanze e a favore dei nostri professionisti che si sentono maggiormente tutelati nell'espletamento della propria ars medica ed infermieristica.

In sintesi, si può affermare che grazie al ruolo più attivo svolto dall'Azienda nella gestione nell'iter assicurativo – legale il fenomeno risarcitorio è stato ed è costantemente monitorato.

Nel corso dell'anno 2007 il Servizio Affari Generali ha registrato complessivamente n. 80 richieste di risarcimento oltre ai casi infondati direttamente respinti.

Per quel che attiene pertanto alle 80 domande effettive, sulla base del confronto dei dati con l'anno 2006 si possono formulare le seguenti riflessioni:

- Il numero complessivo delle richieste è passato da 75 a 80
- Del totale complessivo di n. 80 denunce, n. 24 sono riconducibili ad eventi antecedenti l'anno 2006, n. 26 ad eventi verificatesi nell'anno 2006 e n. 30 a fatti avvenuti nel corso dell'anno 2007
- La maggior parte delle richieste n. 67, pari al 84%, riguarda ipotesi di presunta malpractice medica ed assistenziale;
- n. 6 istanze, pari al 7,5% sono riconducibili a problematiche strutturali quali ad per es. cadute nel perimetro esterno del Policlinico dell'Azienda;
- n. 7, pari all'8,7%, a smarrimenti di protesi

Comparando tale situazione con i dati rilevati nel corso dell'anno 2006, sono possibili le seguenti considerazioni.

Pur a fronte di un aumento di richieste (+6%), è diminuita l'incidenza delle stesse per quanto riguarda la presunta malpractice medica ed assistenziale, passando dall' 89% al 84%.

I settori maggiormente coinvolti dal fenomeno risultano essere stati, ancora una volta ed in linea con il trend nazionale, il dipartimento "Emergenza – Urgenza" ( n. 33 richieste), il dipartimento di "Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche" (n. 17 richieste) ed il dipartimento "Materno Infantile" (n. 7 richieste) laddove, in questo ultimo, comunque, le richieste sono diminuite del 50%.

Inoltre le istanze afferenti a problematiche che esulano da ipotesi di presunta responsabilità medica hanno registrato un aumento per quanto concerne lo smarrimento di protesi (n. 4 nel 2006), e per eventi riconducibili a problematiche strutturali (cadute nell'aree esterne del perimetro aziendale per ghiaccio, buche etc.) risultano aumentate del 50%.

### **3.4.2.3.2 Infezioni Ospedaliere (La Prevenzione del rischio infettivo)**

L'attività aziendale sul controllo del rischio infettivo viene sviluppata sia in adesione alle iniziative proposte dall'Area rischio infettivo dell' Agenzia sanitaria Regionale che attraverso lo sviluppo di programmi orientati dal Comitato Infezioni Ospedaliere .Tenuto conto che l' Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena è sede dei reparti di Malattie infettive e Malattie dell'apparato respiratorio a valenza provinciale sono state sviluppate nel corso degli anni importanti sinergie con l'Azienda sanitaria territoriale ed in particolare con il Servizio di Igiene Pubblica , Inoltre alla fine del 2007 sono state stipulate specifiche convenzioni con il Dipartimento di Scienze di Sanità pubblica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia sui temi della sorveglianza epidemiologica delle infezioni ospedaliere, della sorveglianza della legionellosi e del controllo della qualità dell'aria nelle sale operatorie .

#### **Sistemi di Sorveglianza Continua**

Le attività di sorveglianza continua fanno riferimento ad alcuni ambiti prevalenti tra i quali le malattie infettive, l' antibioticoresistenza ed alcuni tipi di infezioni nosocomiali (Infezioni del sito chirurgico e legionellosi )

Sorveglianza delle malattie infettive, sorveglianza ed intervento per epidemie/cluster in ospedale e sorveglianza su microrganismi con profilo di resistenza inusuale

Durante l'anno 2007, si è messa a regime la procedura organizzativa aziendale PO 23 elaborata nel corso del 2006 per dare attuazione ai nuovi flussi informativi richiesti dalla Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 186 del 7 febbraio 2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale".

Per le denunce di malattia infettive sospettate o accertate su pazienti ricoverati la procedura prevede che esse pervengano anche alla Direzione sanitaria per garantire , oltre ad un osservatorio complessivo anche la effettuazione tempestiva ed efficace dell'indagine epidemiologica in integrazione con il Servizio di Igiene Pubblica. La individuazione dei contatti del caso "indice " tra gli operatori sanitari, gli altri pazienti ed il restante personale permette l'applicazione delle misure di profilassi immediata e , per il personale dipendente , la segnalazione al medico competente per il follow-up successivo (meningococco, Myc. TB, Varicella, ecc..) .

Nel 2007 sono state gestite 134 denunce di malattie infettive.

Sono stati implementati, per favorirne l'applicazione organica e sistematica, anche il sistema di sorveglianza delle epidemie/cluster in ospedale ed il sistema di sorveglianza sui microrganismi con profilo di resistenza inusuale per l'ospedale e l'Ita-

lia. In generale, la segnalazione può avvenire da parte degli operatori di reparto o da parte del Laboratorio di Microbiologia e Virologia. Nel corso del 2007, la sorveglianza ha permesso di evidenziare 6 situazioni riconducibili a sospette epidemie; gli eventi sono stati studiati con gli strumenti abituali della indagine epidemiologica, ma anche mediante tipizzazione con tecniche di biologia molecolare dei ceppi microbiologici isolati.

Uno solo degli eventi rilevati è stato classificato come epidemia accertata, è stata posta sotto controllo con gli adeguati interventi. ed è stata oggetto di relazione ai servizi regionali competenti come previsto dal nuovo flusso informativo.

#### **Sorveglianza delle meningiti batteriche**

Anche nel corso del 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha proseguito il programma di sorveglianza continuativa delle meningiti batteriche con il contributo del laboratorio di Microbiologia e Virologia.

Sono state complessivamente segnalate n. 5 meningiti batteriche.

#### **Sorveglianza ed intervento su eventi sentinella microbiologici isolati**

Il programma è in corso da numerosi anni ed ha carattere di sorveglianza continuativa ed ha l'obiettivo di tenere sotto controllo alcuni germi "sentinella" o "alert organism" al fine dell'avvio tempestivo dell'indagine epidemiologica mirata ad individuare eventuali sorgenti ambientali e/o umane, dare immediata applicazione delle misure di controllo idonee alla prevenzione della loro diffusione ed infine stabilire la frequenza degli isolamenti sostenuti da patogeni "alert".

In generale, la segnalazione riguarda tutti i reparti dell'ospedale ed ha partenza, di norma, dal Laboratorio di Microbiologia e Virologia. La selezione dei casi ed il protocollo di gestione successivo è affidata alle Infermiere addette al controllo delle Infezioni Ospedaliere (ICI).

#### **Programma di sorveglianza specifico per Enterococco Vancomicino Resistente (VRE)**

E' stato attivato alla fine del 2005, con priorità assoluta dal Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere, in coerenza con quanto stabilito nelle Linee-guida del CDC statunitense.

I dati epidemiologici del fenomeno VRE nel nostro ospedale avevano infatti dimostrato un aumento della frequenza di isolamento del germe, a carattere non epidemico, ancora compatibile con programmi di controllo efficace. Sono stati previsti programmi di screening all'ingresso di tutti i pazienti nelle terapie intensive e nei reparti che accolgono pazienti "critici" (sezioni trapianto), con successiva applicazione del protocollo di isolamento stretto per i pazienti positivi.

Negli ultimi mesi del 2006, dopo il riscontro di un aumento significativo dei casi di pazienti con infezione/colonizzazione da VRE nel reparto di ematologia è stato avviato in collaborazione con

tutto il personale del reparto un progetto specifico di controllo e sorveglianza anche finalizzato alla revisione della definizione del tasso di endemia. Tenuto conto della rilevanza epidemiologica del fenomeno è stato avviato con il Laboratorio di Microbiologia e Virologia uno studio di tipizzazione dei ceppi di VRE che si basa sull'utilizzo di tecniche sofisticate di biologia molecolare.

A completamento del programma nel 2007 sono stati organizzati incontri di formazione orientati alla corrette pratiche di isolamento e di igiene delle mani e sono state integrate le Linee-guida aziendali per gli isolamenti in ospedale con una scheda specifica per il VRE.

#### **Sorveglianza della Antibioticoresistenza**

L'azienda durante l'anno 2007 ha fornito i dati per la partecipazione al sistema di sorveglianza regionale dell'antibioticoresistenza basati sui dati di laboratorio. Inoltre a livello aziendale è stata effettuata un'attività di prevenzione delle antibioticoresistenze attraverso l'aggiornamento dei protocolli di antibiotico profilassi peri-operatoria per gli interventi otorinolaringoiatrici sulla base delle evidenze delle Linee Guida per le Antibiotico-profilassi perioperatoria nell'adulto ( Piano Nazionale Linee Guida 5, aggiornamento del settembre 2006 ) e dell'ecologia delle antibioticoresistenze specifiche per l'ospedale.

#### **Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico**

Nell'anno 2007 è proseguito il programma di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, avviato alla fine del 2006 in adesione ad un progetto coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale, Area di Programma Rischio Infettivo con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza alle persone sottoposte ad intervento chirurgico ( progetto SI-ChER ).

La sorveglianza continuativa ha coinvolto le strutture e le procedure chirurgiche indicate di seguito : Chirurgia 1 (interventi su mammella, colecisti ed ernia), Chirurgia 2 (interventi su mammella, colecisti ed ernia), Chirurgia d'urgenza (interventi su appendice, colecisti ed ernia), Chirurgia Pediatrica (interventi su colecisti ed ernia) ed Ortopedia (interventi di protesi di anca e ginocchio). Gli interventi senza o con impianto protesico sono stati sorvegliati rispettivamente per 30 giorni e 1 anno. Il progetto, che prevede un ampio coinvolgimento del personale medico ed infermieristico, ha trovato una significativa adesione con circa l' 80% di interventi delle categorie prescelte sottoposti a sorveglianza.

Nell'anno 2007 sono stati sorvegliati 803 interventi/incisioni e sono state rilevate 13 infezioni della ferita chirurgica pari ad un'incidenza complessiva dell' 1.6%. Non si sono riscontrati cluster.

Legionellosi : sorveglianza delle polmoniti nosocomiali ed acquisite in comunità

Nel 2007 è stato proseguito il programma di controllo e sorveglianza della legionellosi in ospedale che si avvale del monitoraggio periodico del livel-

lo di contaminazione dell'impianto idrico ( attivo dal 2000 nel nostro ospedale ) e della sorveglianza attiva dei casi di polmonite da Legionella pn. con particolare riferimento a quelli di sospetta origine nosocomiale ; 4 pazienti sono risultati affetti da legionellosi, di origine esclusivamente comunitaria. Nel corso del 2007 è stata inoltre attivata una specifica convenzione con il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia per lo sviluppo di un "Programma di sorveglianza della legionellosi e sviluppo di processi innovativi per la qualità ambientale nell'ambito della gestione dei rischi biologici " .

### **Altri Progetti di Gestione del Rischio Infettivo**

Progetto aziendale: "Sopravvivere alla sepsi " E' proseguito nel 2007 nel nostro ospedale il programma, avviato alla fine del 2004 , di miglioramento dell'approccio clinico alla sepsi e di riduzione della mortalità per tale causa, in analogia con il progetto internazionale " Surviving sepsis campaign ", promosso successivamente anche nella altre Aziende della Regione Emilia – Romagna ( Progetto LASER - Lotta alla sepsi in Emilia – Romagna ) .

Uno degli elementi fondamentali del progetto è costituito dalla formazione di tutti gli operatori ; dal 2004 al 2007 sono stati svolti 11 corsi base e 7 corsi avanzati con la partecipazione di circa 700 dipendenti strutturati dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena; a questi si devono aggiungere numerosi medici in formazione e diversi medici ed infermieri di Aziende Ospedaliere esterne. Oltre alla formazione, il gruppo di lavoro del progetto ha definito un protocollo/percorso per il riconoscimento e la gestione precoce della sepsi severa e dello shock settico, che è stato diffuso ai professionisti che operano all'interno dell'Azienda attraverso i corsi di formazione, la creazione di una pagina dedicata sul sito web intranet aziendale e la distribuzione ed affissione in tutte le unità operative intensive e non intensive di ' poster informativi specifici' contenenti i principali schemi operativi. Il percorso prevede l'attivazione, nel caso di un paziente con sepsi severa/shock settico, di una consulenza multi-specialistica ("team sepsi") composta da un medico intensivista e da un medico specialista in malattie infettive. Il "team sepsi" contribuisce insieme ai medici e al personale infermieristico di reparto alla gestione del paziente con sepsi (e.g. terapia antibiotica, diagnostica microbiologica specifica, posizionamento catetere venoso centrale) e alla decisione su un eventuale trasferimento in ambiente intensivo, qualora indicato. In circa 20 mesi, il team sepsi è stato attivato per circa 130 pazienti (6,2 pazienti al mese) con una appropriatezza di attivazione nell'85% dei casi; il 50% di questi pazienti è stato ricoverato in area intensiva. La modifica organizzativa, combinata con la formazione del personale, ha favorito una presa in carico anticipata da parte degli specialisti dei pazienti con sepsi severa e shock settico che ha

permesso l'attuazione tempestiva dei trattamenti previsti secondo le linee guida basate sull'evidenza scientifica. Questa strategia ha determinato nei pazienti ricoverati in area Intensiva una riduzione del rischio di morte pari al 50%, con un tasso di mortalità che attualmente nella nostra Azienda è circa la metà di quella osservata nei centri Italiani di Terapia Intensiva .

### **Prevenzione e del trattamento delle lesioni da decubito**

Relativamente ai progetti di controllo del rischio infettivo è stato curato particolarmente il tema della prevenzione e del trattamento delle lesioni da decubito .

Nel corso del 2006 si era provveduto alla revisione della procedura aziendale esistente sulla base delle migliori evidenze scientifiche ed alla sua presentazione e diffusione sistematica agli operatori sanitari secondo un modello di progetto/ intervento. Nel 2007 sono state quindi effettuate due rilevazioni che hanno coinvolto tutti i reparti allo scopo di valutare la prevalenza delle lesioni , ma anche l'adesione alla procedura aziendale riguardo l'utilizzo dei presidi di prevenzione , la terapia delle lesioni e la rilevazione e l'eventuale trattamento del dolore , in modo da poter verificare eventuali carenze organizzative e/o formative . E' emerso che una quota non irrilevante di pazienti presenta le lesioni da decubito già all'ingresso nel reparto proveniente dal domicilio o da altre strutture collocando la prevalenza complessiva delle lesioni al 12,3 %; , mentre la prevalenza delle lesioni da decubito sviluppate nel corso dell'assistenza riferita all'intero ospedale è del 7%. Quest'ultimo dato è in linea con quelli della letteratura , sia pure con i limiti del confronto che derivano dalla possibile differente complessità della casistica .

### **Risposta ad emergenze infettive**

#### ***Epidemia di Chikungunya***

A seguito della segnalazione di epidemia da virus Chikungunya in Regione Emilia – Romagna nell'estate 2007 il Policlinico è stata impegnato nel coordinamento provinciale del piano di gestione dei casi sospetti o accertati di Chikungunya in collaborazione con il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Azienda USL di Modena ( task force provinciale ). Il piano prevedeva un ruolo fondamentale per l'area Igiene ospedaliera della Direzione sanitaria ed il Laboratorio di Microbiologia e Virologia nella raccolta e nell'invio dei campioni dei casi sospetti al laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità ed è stato messo a punto uno specifico protocollo operativo.

- Piano di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale

In relazione a quanto previsto dallo specifico Piano Regionale è stato redatto alla fine del 2007, di concerto con l'Azienda USL di Modena, il " Piano provinciale di contrasto ad una possibile Pandemia influenzale " .

### **Progetto “ Igiene delle Mani “**

Nell'ambito del più ampio programma di controllo del rischio infettivo nel corso del 2007 è stato avviato, in collaborazione con tutti gli operatori del reparto di Neonatologia, il Progetto “Igiene delle mani “ con l'obiettivo di valutare ed aumentare l'aderenza all'igiene delle mani da parte di tutto il personale di assistenza ( interno ed esterno al reparto di Neonatologia ), ma anche dei genitori dei bimbi . Sono stati messi a punto strumenti di rilevazione delle conoscenze e dei comportamenti in forma di questionario e di comunicazione delle corrette pratiche in forma di poster e sono stati organizzati corsi di formazione specifici.

Vaccinazioni negli operatori sanitari

La vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2006/2007 è stata effettuata in collaborazione con il Servizio di Sorveglianza Sanitaria ed ha permesso di vaccinare 440 operatori che svolgono il proprio lavoro nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. Rispetto alla campagna vaccinale precedente (anni 2005/2006) si è registrata una lieve diminuzione della percentuale di vaccinati in rapporto al numero di operatori.

La vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2007/2008, anch'essa effettuata in collaborazione con il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, ha permesso di vaccinare 410 operatori che svolgono il proprio lavoro nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. Se a questi si aggiungono anche gli operatori dipendenti dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e gli studenti universitari, i vaccinati nella campagna antinfluenzale 2007/2008 salgono a 587.

Nel corso del 2007 è stata avviata inoltre, in collaborazione con il Servizio di Igiene pubblica del Dipartimento di Sanità pubblica della Azienda USL di Modena una iniziativa di sensibilizzazione e promozione della vaccinazione antipneumococcica ed antimeningococcica per i pazienti splenectomizzati ed oncematologici che ha permesso a molti operatori sanitari dell'area oncematologica di venire informati sulle caratteristiche dei vaccini e sulle indicazioni profilattiche previste anche per questa specifica categoria.

#### **3.4.2.4 Interventi sulla continuità assistenziale.**

Per quanto riguarda la fase di dimissione ospedaliera si ritiene utile mettere in evidenza come anche nel corso del 2007 il Servizio Sociale Aziendale abbia garantito la propria attività a favore dei pazienti dimessi a rischio di criticità socio-sanitarie. Per meglio dire le risorse di tale Servizio, a seguito del pensionamento dell'Assistente Sociale ospedaliera, sono state non solo confermate -è stata mantenuta la figura di coordinamento infermieristico- ma potenziate, mediante un accordo con il Comune di Modena che ha previsto l'inserimento in ospedale di 2 Assistenti Sociali, 1 per l'Area adulti-anziani ed 1 per l'Area minori. Dal punto di vista quan-

titativo le dimissioni protette nel 2007 sono state 686 (2,57%) contro le 825 (3,18%) dell'anno precedente: il trasferimento dal Policlinico al Nuovo Ospedale Civile S.Agostino Estense di Neurochirurgia, Neurologia, un reparto di Medicina Interna e la Riabilitazione ha determinato un significativo ridimensionamento numerico.

Nella fase di accesso alla struttura ospedaliera il Policlinico contribuisce a garantire una continuità assistenziale con il territorio -anche grazie alla disponibilità dell'Azienda USL di Modena- mediante la presenza di un Ambulatorio di continuità assistenziale presso il Pronto Soccorso per 50 ore settimanali. A tale servizio accedono pazienti portatori di patologie classificate come “codici bianchi” e quindi risolvibili di norma in ambito territoriale. Viene fornita una risposta ai bisogni e richieste attinenti non prorogabili attinenti all'area della medicina generale. L'attività si svolge nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi. Complessivamente nell'anno 2007 sono state effettuate presso tale ambulatorio 15.000 prestazioni.

### **3.5**

## **Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa**

#### **3.5.1. Progetti di Alta Valenza Innovativa**

##### **3.5.1.1 Politica del Farmaco e Governo della Spesa Farmaceutica**

Assistenza farmaceutica Ospedaliera e Convenzionata

##### **A) Progetto “Farmacista di Dipartimento”(FdDip)**

Sono proseguite per tutto il 2007 le modalità di lavoro, consolidate nel 2005, di questo progetto, che è trasversale e permea tutte le attività che l'Azienda promuove per l'appropriatezza d'uso dei farmaci e per il governo della spesa farmaceutica. Ciò si esplicita attraverso riunioni periodiche effettuate nei reparti e contatti quotidiani, da parte dei Farmacisti referenti, che hanno il compito di divulgare informazioni corrette ed obiettive su, ad esempio, gare farmaci ed equivalenze; off-label; Prontuario on-line; aderenza alle Note AIFA in Dimissione; ecc...

Dal FdDip, poi, in particolare, vengono gestiti Gruppi multidisciplinari relativi a:

- Farmaci Oncologici: con riunioni periodiche mensili, (di norma 1 al mese) e nei briefing settimanali di reparto, si discute su utilizzi e consumi dei vari principi attivi, sull'uso di “off-label” e su terze e quarte linee di terapia, e si favoriscono eventuali azioni correttive. Questo rapporto costante e consolidato con i Medici, ha permesso di rispettare il trend di crescita

di spesa, previsto ad inizio anno, per nuove indicazioni registrate e nuovi farmaci. A fine anno sono iniziati gli incontri della Commissione Oncologica Provinciale per il monitoraggio dell'appropriatezza e della spesa.

- Farmaci Antibiotici: obiettivo primario delle periodiche riunioni di analisi, con i reparti interessati dai maggiori aumenti di consumo, è la razionalizzazione dell'utilizzo di questa importante categoria di farmaci ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

## **B) Gestione Albumina**

Da giugno 2006 ne è stata affidata la gestione alla Direzione di Farmacia, strategia concordata con tutti gli attori coinvolti.

L'applicazione puntuale delle indicazioni per l'utilizzo e la consegna giornaliera della terapia hanno prodotto il seguente risultato: consumo Albumina, anno 2006, n° 18.076 flaconi; consumo Albumina anno 2007, n° 13.062, con una contrazione di circa 5.000 flaconi ed un risparmio in termini di spesa di più di 100.000 euro al netto dei reparti trasferiti a Baggiovara.

Oltre al risultato quali-quantitativo, nel 2007 è stato perseguito anche l'obiettivo dell'appropriatezza, ed è stato organizzato un Corso interno multidisciplinare a livello provinciale per i prescrittori, effettuato a metà settembre.

Dai gruppi di lavoro formati all'interno dei corsi è scaturita la proposta condivisa di variazioni di alcuni parametri nel modulo di richiesta (es.:albuminemia) che, applicati da subito da alcuni reparti, hanno fatto sì che nel secondo semestre ci sia stata una ulteriore flessione dei consumi (I sem. '07: 7115 flaconi / II sem.'07: 5947 flaconi).

## **C) Gare in Unione d'Acquisto**

L'Azienda Policlinico, come negli anni precedenti, ha dato la sua adesione completa ed attiva a tutte le gare in UA sia in ambito AVEN, che IntercentER, che interaziendale, rispettando rigorosamente le programmazioni concordate.

Per i Farmaci e tutti i materiali sanitari, il Farmacista referente del settore, partecipa attivamente a tutte le varie fasi dei processi, mantenendo costantemente i contatti con l'utilizzatore (clinici/Caposala) per la redazione dei Capitolati tecnici, le successive analisi di idoneità e la gestione del post-gara con la costante verifica dell'adesione alle gare stesse.

In particolare per i Farmaci il Farmacista referente è nel Gruppo Tecnico per la predisposizione del Capitolato di gara e nel corso del 2007 si è iniziato a predisporre la documentazione per la nuova gara che verrà effettuata nel corso del 2008.

Nell'anno 2007 si è mantenuta la percentuale di adesione del 2006 (circa 80-85%), quasi completa, per i farmaci aggiudicati, e che è la massima possibile rispetto alle tipologie di prodotti in gara centralizzata. La rimanente parte non compresa riguarda l'acquisto di terapie domiciliari e prodotti fuori gara, perchè di nuova immissione in com-

mercio.

Anche per i DM l'adesione alle gare AVEN è la massima possibile.

## **D) Rispetto del PTR/PTO - appropriatezza d'uso dei farmaci**

Nel 2007 è stata nominata la nuova Commissione Provinciale del Farmaco (CPF) di Modena.

Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) è già dal 2006 in rete on-line, aggiornato periodicamente, grazie alla collaborazione tra il CeVEAS ed un Farmacista del Policlinico. Il Farmacista di Dipartimento ha svolto il proprio ruolo nei reparti per favorire l'aderenza delle prescrizioni al PTO, omogeneizzando i comportamenti rispetto alle decisioni del CPF e per informare i Medici sulla normativa vigente (Note AIFA, Legge 648, off-label ecc...).

Nel 2007 è stato deliberato il nuovo Prontuario Terapeutico Provinciale che è vincolante e rappresenta l'adesione completa al Prontuario Terapeutico Regionale.

L'aderenza al Prontuario è stata totale tranne, ovviamente, casi specifici, valutati di volta in volta (con le Richieste Motivate Personalizzate) e comunque mantenendo il fenomeno sotto il 3% della spesa complessiva.

## **E) Progetto di prescrizione per "principio attivo"**

Nell'ottica della continuità H/T e di gestione e governo dell'indotto che rappresenta la prescrizione del Medico ospedaliero in Dimissione da ricovero e da visita specialistica, è stata effettuata nel 2006 un'analisi specifica di questo fenomeno.

Nel 2007 sono state effettuate due rilevazioni e si prevede di effettuare la terza entro gennaio 2008, al fine di monitorare il progressivo miglioramento.

In effetti, si è osservato un graduale e costante aumento dell'adesione a tale progetto, grazie anche ad interventi specifici, da parte dei Farmacisti referenti, nei reparti che presentavano una compliance da perfezionare. (tabelle riepilogative delle percentuali dell'adesione alla prescrizione per principio attivo a disposizione presso il Servizio).

## **F) Monitoraggio di farmaci innovativi e/o con limitazioni**

Al fine di governare l'utilizzo e monitorare i consumi di farmaci innovativi e/o con limitazioni quali il Bosentan (Tracleer), il Drotrecogin alfa (Xigris), il Linezolid (Zivoxid) ed il Fondaparinux (Arixtra), l'Azienda ha scelto di mantenere per tutto il 2007 gli strumenti di monitoraggio non più obbligatori (schede specifiche AIFA o del PTO).

Ciò ha permesso di verificarne l'appropriatezza d'utilizzo, secondo le indicazioni della CRF, distribuendo i prodotti solo a fronte di Richieste Motivate Personalizzate (RMP). Un'analisi più approfondita si è fatta nel 2007 sul farmaco Linezolid e i risultati di tale monitoraggio verranno inviati alla CPF.

## **G) Trasmissione dati per flussi AFO**

L'Azienda, puntualmente, nei tempi richiesti per tutte le rilevazioni annuali, ha spedito i dati dei flussi AFO, avvalendosi del Farmacista referente, del Controllo di Gestione e del Servizio Informatico Aziendale. Tale attività multidisciplinare ha permesso la comunicazione di dati corretti, efficaci e congruenti con quelli aziendali, anche grazie ad un continuo monitoraggio e verifica dei file trasmessi ed alla pronta risoluzione delle problematiche che a volte si sono presentate. A fine 2007 si è partecipato a riunioni regionali per organizzare un'adeguata procedura conforme alla nuova normativa e alle nuove tempistiche richieste, sia per l'AFO che per la FED.

### E) Gestione del rischio

La gestione del rischio clinico correlato al farmaco si è attuata sui seguenti ambiti:

a) Il progetto di prescrizione informatizzata intraospedaliera e alla dimissione

Nel corso della seconda metà dell'anno si è dato corso in azienda ad una sperimentazione di un software di prescrizione informatizzata della terapia farmacologica per i pazienti ricoverati, frutto di un lungo lavoro di preparazione iniziato nel 2006 da un gruppo multidisciplinare. Il progetto prevede oltre alla prescrizione ed al controllo della somministrazione delle terapie, anche una distribuzione delle stesse in dose personalizzata. Nel corso del 2007 sono stati avviati a questa nuova modalità operativa circa 30 posti letto (Malattie Infettive e Degenza Post-Acuzie), con previsione di arrivare a completamento della sperimentazione, nei primi mesi del 2008, ai previsti 90 letti.

Seguirà una valutazione dei risultati conseguiti (indicatori di sicurezza prescrittiva e di somministrazione, economicità, miglioramento organizzativo), ed una attenta valutazione sulle prospettive di sviluppo e diffusione sull'intera azienda.

E' stata avviata nel corso del 2007, all'interno del progetto più complessivo di prescrizione informatizzata delle terapie con distribuzione in dose personalizzata, una rivisitazione della lettera di dimissione, già oggi informatizzata, prevedendo una completa rivisitazione della parte dedicata alla prescrizione delle terapie a domicilio, nel rispetto delle indicazioni regionali e valutando una estensione della consegna dei farmaci in monodose anche per questa fase del percorso assistenziale del paziente.

b) Ispezioni di reparto: nell'ottica di utilizzare questo strumento per supportare le varie realtà nella gestione corretta dei farmaci e DM in reparto e per la prevenzione dei rischi, sono state effettuate 41 visite, molto approfondite, ai reparti.

L'anno 2007 ha visto la modifica sostanziale della procedura delle Ispezioni che ha comportato:

La revisione totale della check-list che è stata molto ampliata anche in base ad informazioni reperite a livello nazionale durante corsi di formazione specifici e confrontandosi con altre realtà ospedaliere.

L'allargamento del gruppo anche ad un rappresen-

tante della Direzione Sanitaria e ad uno del Servizio Infermieristico, per le verifiche di competenza.

c) Farmacovigilanza attiva e passiva e gestione Linee guida: periodicamente e al bisogno sono state recapitate ai Medici fogli informativi riportanti avvertenze o notizie interessanti sull'uso dei farmaci. Si è ormai consolidato l'utilizzo del mezzo informatico (una mail tramite Intranet) molto gradito a tutti, più immediato ed efficace rispetto all'invio cartaceo e che raggiunge i professionisti in tempo reale. Nel 2007 si è puntato molto sulla verifica dell'applicazione della Procedura aziendale per l'uso del KCl, al fine di prevenire gravi situazioni a rischio.

Il Farmacista referente per la Farmacovigilanza si è puntualmente occupato del ricevimento e della trasmissione a tutto il personale sanitario di eventuali comunicazioni di reazioni avverse e ha curato il caricamento dei dati del Policlinico nel file ministeriale, in tempo reale, come richiesto dalla normativa vigente. (n° segnalazioni del 2007: n° 35 per i Farmaci, n° 8 segnalazioni di incidente per i DM e 3 segnalazioni di "corpo estraneo" partite dal policlinico verso il Ministero della Salute). Sono state trattate inoltre 127 segnalazioni di ritiro di farmaci e 16 segnalazioni di ritiro di DM (provenienza Ministeriale).

d) Come applicazione pratica del corso RCA aziendale effettuato nel 2006, sono state modificate alcune Procedure aziendali ed in particolare la Procedura Farmaci da applicare in reparto. Tale revisione è risultata pronta a luglio 2007 e riguarda soprattutto la gestione delle scadenze negli armadi di reparto.

#### 3.5.1.2 Politiche d'acquisto di beni e servizi: interventi in area vasta e tramite l'Agenzia Regionale Intercent-ER

Per quanto attiene alle politiche di acquisto di beni e servizi, l'azienda ha posto come obiettivo centrale lo sviluppo di strategie di acquisto aggregate, con l'evidente obiettivo di migliorare il potere contrattuale della domanda e di ridurre, unificandoli, i costi di procedura.

In particolare il programma di intervento in questo settore si è articolato su diversi livelli: un livello PROVINCIALE attraverso le unioni di acquisto con l'azienda Unità sanitaria locale di Modena; un livello di AREA VASTA attraverso l'aggregazione nelle procedure di appalto delle Aziende Ospedaliere e Unità Sanitarie Locali di Modena, Reggio Emilia Parma e Piacenza; un livello REGIONALE attraverso il ricorso alle convenzioni quadro stipulate dalla Centrale Acquisti regionale Intercenter.

Al fine di misurare il livello di raggiungimento dell'obiettivo di sviluppo delle aggregazioni di acquisto sono stati elaborati alcuni indicatori di risultato che si riportano di seguito:

- volume degli acquisti effettuati a livello aziendale rispetto a volume acquisti effettuati con

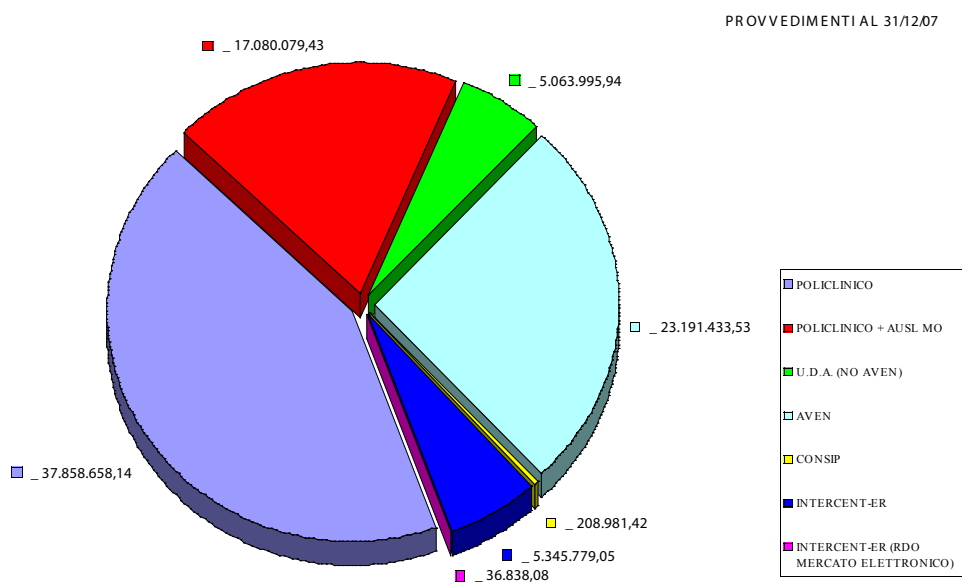
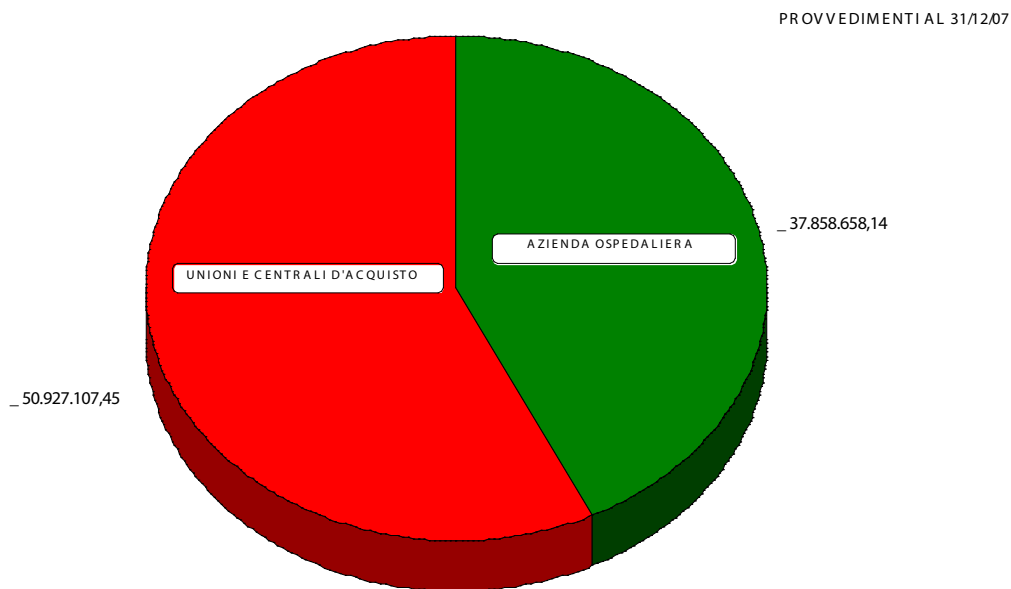


aggregazione della domanda: con ausl di modena, area vasta, intercenter, consip o altre forme di unione di acquisto;

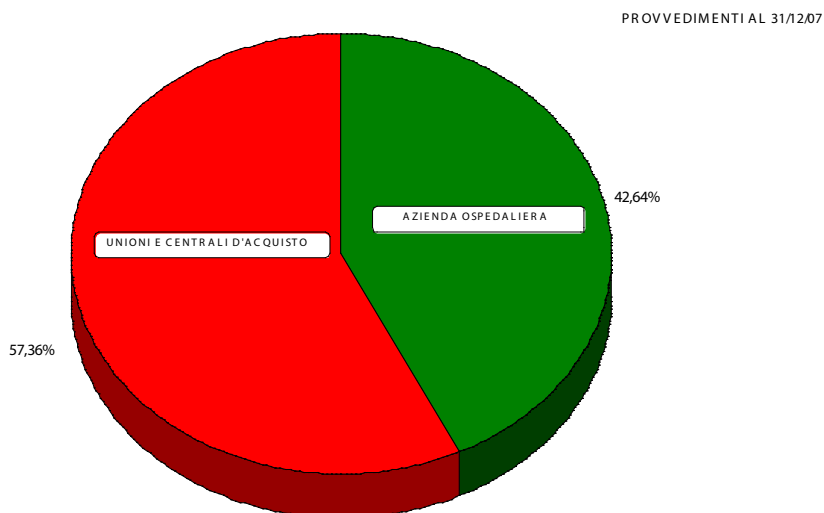
- percentuale acquisti effettuati a livello azien-

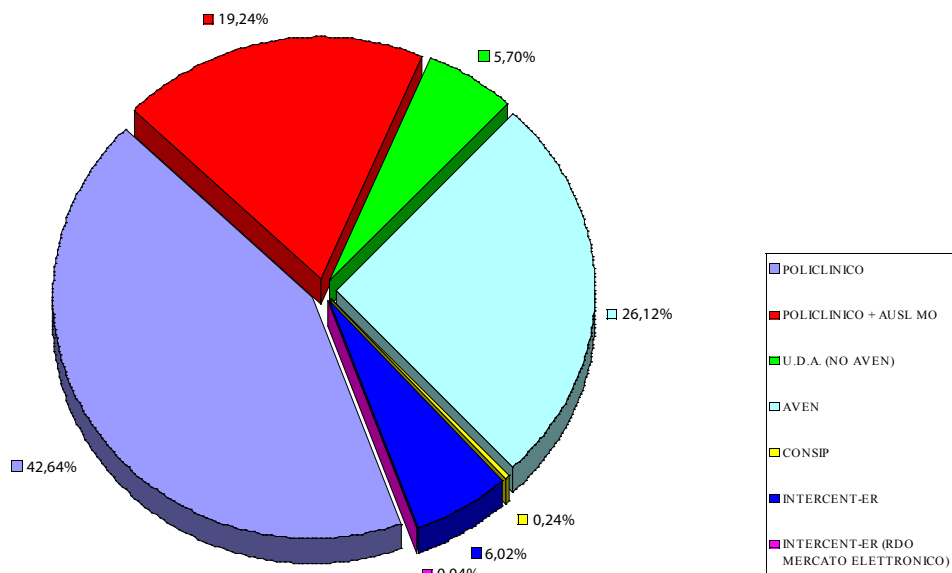
dale e in aggregazione della domanda;

- valore delle convenzioni stipulate con intercenter nell'anno 2007 rispetto all'anno 2006



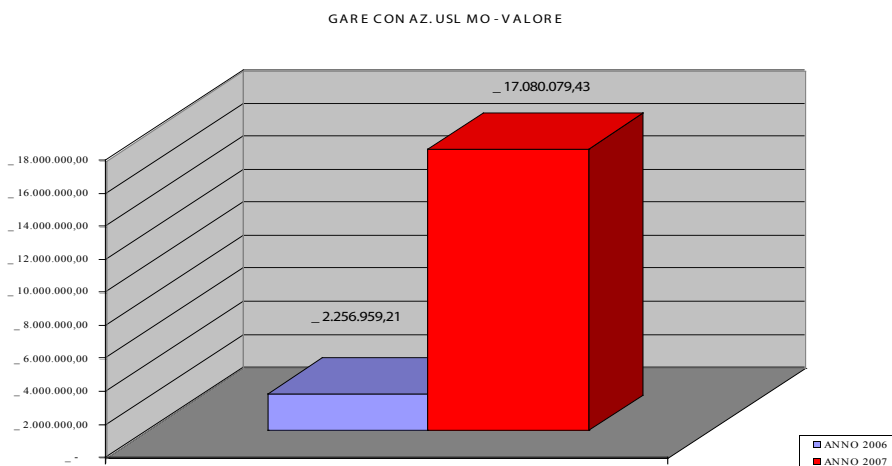
- indicatore: percentuale degli acquisti effettuati a livello aziendale e in aggregazione della domanda



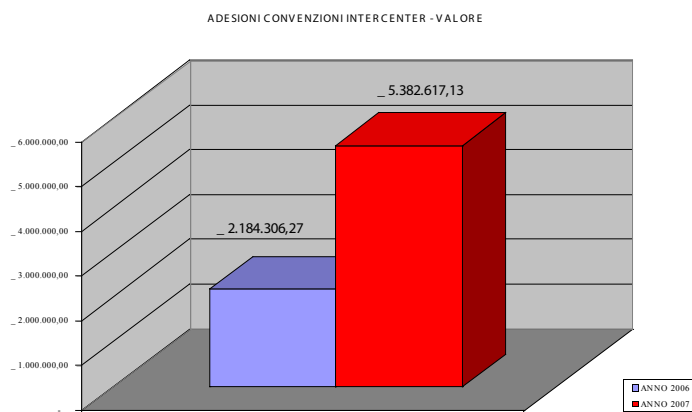


In particolare preme sottolineare lo sviluppo dell'aggregazione di acquisto con l'Ausl di Modena (obiettivo posto dalla direzione aziendale per l'anno 2007 in linea con gli obiettivi regionali) che

passa da 3,2% del totale acquisti al 19,26% del totale acquisti con un valore in acquisto che passa da € 2.256.959,21 a € 17.080.079,43 al 30/12/2007



- indicatore: valore delle convenzioni stipulate con intercenter nell'anno 2007 rispetto a valore convenzioni



Anche in questo caso preme sottolineare il grande sviluppo che ha avuto il ricorso alle convenzioni stipulate dalla centrale di acquisto regionale. Si noterà infatti che si è passati da un valore di acquisti in convenzione nell'anno 2006 pari a € 2.184.306,27 ad un valore riferito al 31/12/2007 pari a € 5.382.617,13

Le politiche di acquisto aziendali oltreché all'aggregazione della domanda si sono orientate verso lo sviluppo dell'e procurement. In particolare l'azienda si è dotata di un albo fornitori accreditato on - line e ha portato a compimento ben sette procedure di gara telematica attraverso l'utilizzo del mercato elettronico fornitori di Intercenter.

### **3.5.1.3 Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali**

In coerenza con la Programmazione regionale, anche la Programmazione locale delle Aziende Sanitarie della Provincia di Modena ha previsto la concentrazione della produzione analitica al fine di :

- consolidare e migliorare la qualità della produzione
- migliorare l'efficienza produttiva ed allocativa.

Infatti, in relazione a quanto già previsto dal Progetto attuativo "Integrazione Policlinico- Baggiovara nell'ambito della Rete Ospedaliera Provinciale" e al ruolo dell'Azienda Policlinico rispetto alla programmazione Provinciale, si è sviluppato l'intento di concentrare presso il Laboratorio ad alta automazione dell'Ospedale di Baggiovara la quota più rilevante della produzione provinciale mantenendo al Policlinico sostanzialmente l'attività per interni e, soprattutto, la parte di produzione specialistica quale l'Autoimmunità, l'Allergologia, la Citofluorimetria, l'ematologia oltre all'attività delle Strutture Complesse di Microbiologia-Virologia e Farmacologia-Tossicologia, nonché la Struttura Semplice di Endocrinologia.

Nell'anno 2007 si è pertanto dato corso al trasferimento delle determinazioni analitiche per i pazienti ambulatoriali esterni afferenti al Centro Prelievi dal Laboratorio Centralizzato dell'Azienda Ospedaliera al nuovo Laboratorio unificato di Baggiovara date le sue potenzialità.

Per quanto attiene invece alle attività di Anatomia Patologica e di Medicina Immunotrasfusionale, le Aziende hanno operato in maniera integrata, al fine di implementare nel corso dell'anno 2008, un assetto organizzativo che faccia preciso riferimento al modello Hub e Spoke.

Nel 2007 un gruppo di professionisti di entrambe le Aziende ha lavorato per proporre le specifiche ipotesi operative.

In particolare, per l'Anatomia Patologica si implementerà un Servizio unico provinciale dove il riferimento HUB è il Policlinico e le sedi spoke,

che effettueranno almeno l'attività di diagnostica estemporanea, sono rappresentate da Carpi, e successivamente Baggiovara. Tale assetto garantirà da un lato una migliore efficienza produttiva ma soprattutto sarà garante di una migliore efficacia diagnostica.

Per quanto attiene alla riorganizzazione del Servizio Immunotrasfusionale l'elemento forte di contesto è la riorganizzazione della rete provinciale ospedaliera ed il nuovo ruolo assunto nell'ambito dell'emergenza urgenza dal Nuovo Ospedale Civile S Agostino Estense.

La vocazione per l'emergenza urgenza e quindi l'incremento di attività di tipo traumatologico, ha determinato l'aumento del ricorso a richieste di emocomponenti urgenti e programmate che, oltre al crescente ricorso ai predepositi, implicano una forte "domanda" e postulano l'attivazione di una funzione trasfusionale presso il NOCSE, anche al fine di raggiungere una migliore appropriatezza della richiesta e dell'utilizzo da parte dei professionisti.

L'ipotesi operativa prevede pertanto l'attivazione di un settore del Servizio Immunotrasfusionale del Policlinico presso l'Ospedale di Baggiovara che, grazie alla presenza medica e tecnica, garantisca l'attività durante le fasce orarie diurne.

### **3.5.2 Integrazione Assistenza Didattica Ricerca UniMoRe**

#### **3.5.2.1 Inseadimento/ Attività Organi Aziendali**

In AOU di Modena è stato istituito con Delibera n. 136/2006, il Comitato di Indirizzo che si è regolarmente insediato il giorno 11 settembre 2006 e da quel momento si è regolarmente riunito per tutto il 2007.

Il Collegio di Direzione invece è stato istituito con delibera n. 33/2001. Nel 2006 si è riunito 8 volte. In proposito si segnala che un nuovo Collegio di Direzione, quale Organo Aziendale come previsto dalla LR n. 29/2004, dovrà essere istituito a seguito della adozione del nuovo Atto Aziendale.

Il Collegio di Direzione invece è stato istituito con delibera n. 33/2001. Nel 2007 si è riunito più volte. In proposito si segnala che un nuovo Collegio di Direzione, quale Organo Aziendale come previsto dalla LR n. 29/2004, sarà a seguito della adozione del nuovo Atto aziendale.

#### **3.5.2.2 Adozione dell'Atto aziendale**

L'Atto Aziendale di AOU Policlinico di MO è stato adottato con delibera aziendale n. 165 il 3.12.2007;

### **3.5.2.3 Approvazione dell'Accordo attuativo locale di cui all'art. 5 del Protocollo d'intesa Regione-Università e relative fasi di attuazione;**

Relativamente all'Accordo Attuativo Locale di cui all'art. 5 del Protocollo Regione Emilia Romagna - Università 9/febbraio/2005, nel corso del 2006 è stata siglata il 31 maggio. la "Preintesa sull'Atto Azienda", con la quale è stato ridefinito il futuro assetto organizzativo dell'Azienda per quanto di comune interesse.

In particolare l'Atto Aziendale ha ridefinito l'assetto organizzativo dell'Azienda, prevedendo tra l'altro l'istituzione del Dipartimento ad attività integrata di Patologie dell'Apparato Locomotore costituito dalle strutture complesse di ortopedia e traumatologia (a direzione universitaria) e di chirurgia della mano (a direzione ospedaliera). Inoltre esso ha ridefinito le strutture complesse che compongono i Dipartimenti ad attività integrata, specificando quelle che sono essenziali per la Facoltà di Medicina e chirurgia, ove cioè è massima l'integrazione tra le funzioni universitarie ed ospedaliere, e quelle a direzione ospedaliera ove comunque si realizza il processo di integrazione tra le funzioni didattiche, di ricerca e di assistenza in quanto mettono a disposizione dell'attività formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia personale altamente qualificato in grado di fornire un importante contributo formativo nei corsi di laurea universitari e nell'attività di ricerca universitaria. Per maggiori dettagli al riguardo si rinvia alla sezione: 2.4. Didattica e Ricerca del presente documento.

### **3.5.2.4 Descrizione della modalità definite al fine della ricognizione delle risorse conferite all'azienda rispettivamente dalla Regione e dall'Università in applicazione dell'articolo 9 del Protocollo d'intesa;**

Ai sensi del Protocollo di Intesa: Regione - Università dell'Emilia Romagna l'Università concorre al sostegno dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena in primo luogo mediante la retribuzione del personale universitario in servizio presso i Dipartimenti ad Attività integrata (sia personale docente sia personale tecnico/amministrativo, sia con integrazione assistenziale sia non convenzionato con il S.S.R.): a tal fine il costo complessivo del personale docente e ricercatore della Facoltà di medicina e Chirurgia è stato di € 17.152.703,80 totale, di cui € 12.494.044,02 lordi ed € 4.658.659,78 di oneri a carico dell'Amministrazione, mentre il costo complessivo del personale tecnico/amministrativo in servizio nell'area del Policlinico è stato complessivamente di € 3.997.521,11, di cui € 2.874.198,14 lordi ed € 1.123.322,97 di oneri a carico del datore di lavoro.

L'Università ha inoltre contribuito al sostegno

dell'Azienda anche mediante l'acquisto di attrezzature scientifiche su fondi universitari di ricerca disponibili nei bilanci dei Dipartimenti integrati, che avevano importanti ricadute assistenziali. In tal caso non vi è uno specifico accordo scritto riguardo la gestione di dette attrezzature ma vi è una passi consolidata negli anni per cui se i beni acquistati erano riconosciuti da parte dell'Azienda utilizzabili per finalità assistenziali, pur restando l'onere d'acquisto a carico del bilancio universitario, le relative spese di manutenzione ordinaria e straordinaria della strumentazione erano accollate dall'Azienda.

### **3.5.2.5 Disciplina per la costituzione, organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti ad attività integrata e percorso predisposto per la confluenza dei Dipartimenti universitari e dei Dipartimenti assistenziali nei Dipartimenti ad attività integrata, ai sensi dell'articolo 7 del Protocollo d'intesa Regione-Università;**

Come già riportato nel paragrafo "Il sistema delle relazioni con l'Università" del Capitolo n. 1 già nel 2003 sono stati formalmente istituiti in AOU di Modena, i Dipartimenti ad Attività Integrata, che hanno iniziato ad operare dal Gennaio 2004. Tali Dipartimenti stanno operando sulla base di uno specifico Regolamento Aziendale.

### **3.5.2.6 Modalità e grado di attuazione dei protocolli Regione-Università in materia di formazione medico-specialistica e delle professioni sanitarie;**

Nel 2006 le attività di formazione medico specialistica sono state regolamentate da apposito Accordo Attuativo locale sottoscritto in data 09/ Luglio /2003, come già richiamato nel paragrafo n. 2 del Capitolo n.1.. Relativamente alle professioni sanitarie invece, è stato siglato in data 01.08.1996 tra la Regione e le Università dell'Emilia Romagna un "Protocollo l'intesa per l'espletamento dei corsi di diploma universitario del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione, ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche". ma, ad oggi non è stato ancora stipulato tra Unimore e AOU di Modena l'accordo attuativo per regolamentare le modalità della reciproca collaborazione.

# capitolo 4

condizioni  
di lavoro,  
competenze  
del personale  
ed efficienza  
dell'organizza-  
zione



## 4.1

### La “carta di identità” del personale

Nel corso dell'anno 2007, questa Amministrazione ha attuato n. 355 assunzioni di personale (con contratto di lavoro a tempo determinato e/o indeterminato) ed ha registrato un movimento di cessazioni pari a n. 278 unità (di cui 39 per pensionamento, 40 per dimissioni volontarie, 35 per mobilità inter-regionale e 90 per termine incarico, etc).

Nell'ambito dell'Area dirigenziale medica, tramite procedure concorsuali, si è addivenuto alla copertura a tempo indeterminato di posti vacanti (ex novo, turn over scoperti o solo parzialmente coperti con incarico a tempo determinato) per le discipline di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza, Cardiologia, Gastroenterologia, Malattie Apparato Respiratorio, Neonatologia, Oftalmologia, Oncologia ed Ortopedia. Nella fattispecie, si evidenzia il passaggio a tempo indeterminato di n. 12 unità di personale medico già in servizio al 31 dicembre 2006, con contratto stipulato anteriormente al 29/09/06.

Al 31 dicembre 2007, il novero dei dipendenti medici ospedalieri, rispetto alla stessa data dell'anno precedente, rileva l'aumento di 16 unità a tempo indeterminato (a fronte di 16 cessazioni avvenute in corso d'anno, di cui 7 per pensionamento), ed il calo di 8 unità a tempo determinato.

Rispetto allo scorso anno, il contingente infermieristico registra un aumento di 31 unità. Analogamente, il numero degli Operatori socio sanitari riporta un aumento di 28 unità.

Lo scorrimento delle graduatorie in essere del concorso pubblico di “Collaboratore Professionale Sanitario-Infermiere” e di “Operatore Socio Sanitario” ha visto la trasformazione a tempo indeterminato del rapporto di lavoro di n. 43 infermieri e di n. 12 O.S.S. già in servizio con incarico a tempo determinato.

A fine anno è stato indetto concorso pubblico per il profilo professionale “Collaboratore Professionale Sanitario-Ostetrica”.

Parimenti, congiuntamente all'Azienda USL di Modena è stato emesso il bando per le seguenti figure professionali:

Tecnico sanitario di Laboratorio biomedico;

Tecnico sanitario di Radiologia medica;

Programmatore.

In osservanza delle disposizioni contenute nel CCIA sottoscritto il 3 luglio 2007, sono stati emessi, per il ruolo tecnico ed amministrativo, gli avvisi per l'indizione delle selezioni interne inerenti le progressioni verticali ed i passaggi a livello super nell'ambito della medesima categoria.

In ordine alla necessità di adeguare l'organizzazione aziendale alle nuove esigenze connesse all'evol-

versi delle attività ed al riassetto delle funzioni che richiedono l'assunzione diretta di elevata responsabilità, questa Azienda sanitaria, su proposta dei Dirigenti responsabili, ha individuato n. 18 nuove posizioni organizzative, per le quali il Servizio Gestione e Sviluppo del Personale sta attivando le procedure per il conferimento degli incarichi.

Nell'ambito degli accordi sottoscritti con l'Ufficio Provinciale Politiche del Lavoro, sono state effettuate n. 11 nuove assunzioni di operatori appartenenti alle categorie protette.

Nelle tre Tabelle che seguono sono rispettivamente riportate le informazioni relative a:

1. Distribuzione del Personale Dipendente SSr e Convenzionato UniMoRe per Profili - AUO Policlinico di MO - Anni 2005 - 2006 - 2007
2. AOU di Modena - Anno 2007 - Personale a Contratto - Distribuzione per Profilo e Dipartimento e Organi di Lines Staff
3. AOU di Modena - Addetti 2007 - Distribuzione per Ente di Dipendenza, Classe di Età, Genere e Profilo Profess.le

Distribuzione del Personale Dipendente SSR e Convenzionato UniMoRe per Profili - AUO Policlinico di MO - Anni 2005 - 2006 - 2007

PROFILI	31 dicembre 2005											31 dicembre 2006											31 dicembre 2007											Diff. 2007/2005			Diff. 2007/2005		
	SSR				Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	SSR			Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	SSR			Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	SSR			Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	SSR			Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Comando	Totale Dipendenti	UniMoRe Integrati	Totale Generale	Totale SSR	Totale UniMoRe	Totale Generale						
	Tempo Determinato	Supplenti	Incaricati	art. 15 sept			Tempo Determinato	Supplenti	Incaricati			art. 15 sept	Tempo Determinato	Supplenti			Incaricati	art. 15 sept	Tempo Determinato			Supplenti	Incaricati	art. 15 sept										Tempo Determinato	Supplenti	Incaricati	art. 15 sept	Tempo Determinato	Supplenti
	339	4	21	1	365	135	500	44	298	5	21	1	1	326	125	451	314	4	15		333	123	456	-32	-12	-44	7	-2	5										
Medici	339	4	21	1	365	135	500	44	298	5	21	1	1	326	125	451	314	4	15		333	123	456	-32	-12	-44	7	-2	5										
Dirigente Medico - Direttore	11	2			13		13	3	7	2			9		9	7	7	2		9		9	-4		-4														
Dirigente Medico	328	2	21	1	352		352	41	291	3	21	1	1	317		317	307	2	15		324		324	-28		-28	7	7											
Farmacisti	5	1			6		6		5	4	4		9		9	6	6	6	6		12		12	6	6	6	3	3											
Dirigente Farmacista - Direttore	1				1		1		1				1		1	1	1	1		1		1																	
Dirigente Farmacista	4	1			5		5		4	4	4		8		8	5	5	6	6		11		11	6	6	3	3	3											
Biologi	18				18	20	38		18				18	18	36	18	18	18			18	18	36		-2														
Dirigente Biologo - Direttore	2				2		2		2				2		2	2	2	2			2		2																
Dirigente Biologo	16				16		16		16				16		16	16	16	16			16		16																
Odontoiatri						2	2								2	2	2	2																					
Chimici	1				1	1	2		1				1	1	2	2	2	1			1	1	2		1	1	1	1	1										
Fisici	4	1			5		5		4	2			6		6	6	6	6			6		6	1	1														
Dirigente Fisico Sanit. - Direttore	1				1		1		1				1		1	1	1	1			1		1																
Dirigente Fisico Sanit.	3	1			4		4		3	2			5		5	5	5	5			5		5	1	1														
Psicologi	2				2		2		2				2		2	2	2	2	2		4		4	2	2	2	2	2	2										
Dirig. Pers. Inferm. E Tecn. San.		1			1		1			1			1		1	1	1	1			1		1																
Dir. Profess.: Ingegneri	7				7		7		7				7		7	7	7	7			7		7																
Dir. Tecnica: Analisti e Sociologi	2				2		2		2	1			3		3	3	3	3			2		2																
Dirig. Amministrativa	7	1			8		8		7	1			8		8	8	8	8			8		8																
Totale Dirigenza	385	8	22	1	415	158	573	44	344	10	25	1	1	381	146	527	362	7	23		392	145	537	23	-13	-36	11	-1	10										
Totale Comparto	1938		151	4	2098	44	2142	143	1843		127	6	4	1980	39	2019	1909			129	3	2043	39	2082	-55	-5	63	63	63										
Totale Generale	2323	7	173	4	2513	202	2715	187	2187	10	152	7	5	2361	185	2546	2271	7	152	3	2435	184	2619	-78	-18	-96	74	-7	73										

Dirigenza  
Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa  
Nel corso dell'anno 2006 si è attuato il trasferimento al nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense di Baggiovara di n.7 Strutt. Complesse (tot. 187 dip. osped.).



segue Tab. 4.1.1.2

		<b>Comparto</b>																								
Cat	Totale Ruolo Sanitario	1315	86	4	1	1410	39	1449	119	1251	69	4	1330	34	1364	1298	68	3	2	1371	34	1405	-39	-5	-44	41
Personale Infermieristico:	1097	58	58			1155	15	1170	74	1063	49	1	1113	14	1127	1109	35			1144	14	1158	-11	-1	-12	31
Ds	Collab.Prof.Sanit. Esperto-Pers. Inferm.	29				29		29	28	28			28		28	27				27		27	-11	-1	-12	31
Ds	Collab.Prof.Sanit. Esperto-Infermiere	34				34		34	2	32			32		32	34				34		34	-2	-2	-2	2
Ds	Collab.Prof.Sanit. Esperto-Ostetrica	1				1		1		1			1		1	1				1		1			2	
D	Collab.Prof.Sanit. - Infermiere	976	54			1030		1030	72	946	39		985		985	986	29			1015		1015	-15	-15	30	30
D	Collab.Prof.Sanit. - Ostetrica	27	4			31		31		27	10		38		38	33	6			39		39	8	8	8	1
D	Collab.Prof.Sanit. - Dietista	2				2		2		2			2		2	2				2		2				
D	Collab.Prof.Sanit. - Assistente Sanit.	4				4		4		4			4		4	4				4		4	-1	-1	-1	
D	Collab.Prof.Sanit. - Assistente Sanit. Pediatrico	8				8		8		8			8		8	8				8		8				
C	Puericultrice Esperta	2				2		2		2			2		2	2				2		2				
C	Infermiere Generico Esperto	14				14		14		13			13		13	12				12		12	-2	-2	-2	-1
	<b>Personale Tecnico Sanitario:</b>	<b>174</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>208</b>	<b>20</b>	<b>228</b>	<b>12</b>	<b>175</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>202</b>	<b>18</b>	<b>220</b>	<b>175</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>212</b>	<b>18</b>	<b>230</b>	<b>4</b>	<b>-2</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
Ds	Collab.Prof.Sanit. Esperto-Tecn. Sanit. Lab.	7				7		7		7			7		7	7				7		7				
Ds	Collab.Prof.Sanit. Esperto-Tecn. Sanit. Rad.	5				5		5		4			4		4	4				4		4	-1	-1	-1	
Ds	Collab.Prof.San. Esperto- Tecn. Sanit. Card.	1				1		1		1			1		1	1				1		1				
D	Coll.Prof. San. - Tecn. Istopatologia (Ad Esaurim)	79	23	2		104		104		84	15	3	105		105	83	22	2	2	109		109	5	5	4	4
D	Coll.Prof. San. - Tecn. Sanit. Radiologia Medica	9				9		9		8			8		8	8				8		8	-1	-1	-1	
D	Coll.Prof. San. - Tecn. Audiometrista	54	2		1	57		57	8	51	2	1	54		54	53	6			59		59	2	2	2	5
D	Coll.Prof. San. - Tecn. Fisopat. Cardiocircol.	4	1			5		5		5			6		6	5	1			6		6	1	1	1	
D	Coll.Prof. San. - Tecn. Neurofisiopatologia	15	1			16		16		15	1	1	17		17	14	3			18		18	2	2	2	1
D	<b>Personale Della Riabilitazione:</b>	<b>42</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>44</b>	<b>4</b>	<b>48</b>	<b>33</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>-33</b>	<b>-2</b>	<b>-35</b>	<b>1</b>	
Ds	Coll.Prof. San. Esperto-Pers. Funz. Riabil.	2				2		2		1			1		1	2				2		2				
D	Collab.Prof. San. - Ortottista	3				3		3		3			3		3	3				3		3				
D	Collab.Prof. San. - Fisioterapista	26				28		28		25		1	4		4	3				3		3				
D	Collab.Prof. San. - Logopedista	1				1		1		1			1		1	1				1		1				
D	Collab.Prof. San. - Massofisioterapista	7				7		7		5			1		1	1				1		1	-6	-6	-6	
D	Collab.Prof. San. - Massofisioterap. Non Vedente	1				1		1		1			1		1	1				1		1				
C	Massofisioterapista Esperto	2				2		2		2			1		1	1				2		2				
D	<b>Personale Vigilanza / Ispezione:</b>	<b>2</b>	<b>1</b>			<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-2</b>	<b>-2</b>	<b>-2</b>	<b>26</b>	
Ds	Coll. Prof. Assistente Sociale Esperto	1				1		1		1			1		1	1				1		1				
D	Collaboratore Tecnico - Professionale Assistente Tecnico	24				24		24		24			24		24	23				23		23	-1	-1	-1	-1
C	Operatore Tecnico Specializzato Esperto	3				3		3		3			3		3	3				3		3	1	1	2	1
Bs	Operatore Socio Sanitario	116	48			164		164	11	111	35		146		146	146	28			174		174	10	10	28	28
Bs	O.T.A.A. Specializzato	9				9		9		8			8		8	7				7		7	-2	-2	-1	-1
Bs	Operatore Tecnico Specializzato	15				15		15	2	12			12		12	12				12		12	-3	-3	-3	-1
Bs	Operatore Tecnico Specializzato	18				18		18		18			18		18	17				17		17	-1	-1	-1	-1
Bs	Operatore Tecnico -Autista Ambulanza	1				1		1		1			1		1	1				1		1				
B	Operatore Tecnico	131				131		133	3	155	1		156		158	148	1			149		151	18	18	18	7
A	Auxiliario Specializzato	48	16			64		64	2	9	21		30		30	7	30			37		37	-27	-27	7	7
	<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>	<b>249</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>249</b>	<b>3</b>	<b>252</b>	<b>6</b>	<b>242</b>			<b>242</b>	<b>2</b>	<b>244</b>	<b>237</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>238</b>	<b>2</b>	<b>240</b>	<b>-11</b>	<b>-1</b>	<b>-12</b>	<b>4</b>	
Ds	Coll. Amministrativo/Prof. /Esperto	24				24		24		24			24		24	24				24		24				
D	Coll. Amministrativo/Prof.	18				18		18		20			20		22	17				18		20				
D	Assistente Amministrativo	120				120		120		116			116		116	114				114		114	-6	-6	-6	-2
Bs	Coadiutore Anm. Vo Esperto	48				48		48		47			47		47	48				48		48				
B	Coadiutore Amministrativo	36				36		36	2	35			35		35	34				34		34	-2	-2	-1	-1
A	Commesso	3				3		3		3			3		3	3				3		3	-3	-3	-3	
<b>Totale Comparto</b>		<b>1938</b>	<b>151</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2098</b>	<b>44</b>	<b>2142</b>	<b>143</b>	<b>1843</b>	<b>127</b>	<b>6</b>	<b>1980</b>	<b>39</b>	<b>2019</b>	<b>1909</b>	<b>129</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2043</b>	<b>39</b>	<b>2082</b>	<b>-55</b>	<b>-5</b>	<b>-60</b>	<b>63</b>
<b>Totale Dirigenza</b>		<b>385</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>415</b>	<b>158</b>	<b>573</b>	<b>44</b>	<b>344</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>381</b>	<b>146</b>	<b>527</b>	<b>362</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>392</b>	<b>144</b>	<b>536</b>	<b>-23</b>	<b>-14</b>	<b>-37</b>	<b>11</b>	<b>-2</b>
<b>Totale Generale</b>		<b>2323</b>	<b>7</b>	<b>173</b>	<b>4</b>	<b>2513</b>	<b>202</b>	<b>2715</b>	<b>187</b>	<b>2187</b>	<b>10</b>	<b>152</b>	<b>3361</b>	<b>185</b>	<b>2546</b>	<b>2271</b>	<b>7</b>	<b>152</b>	<b>3</b>	<b>2435</b>	<b>183</b>	<b>2618</b>	<b>-78</b>	<b>-19</b>	<b>-97</b>	<b>74</b>

Nel corso dell'anno 2006 si è attuato il trasferimento al nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense di Baggiovara di n.7 Strutt. Complesse (tot.187 dip. osped.).

AOU Policlinico di Modena - Anno 2007 - Personale a Contratto - Distribuzione per Profilo e Dipartimento e Organi di Lines Staff																													
Dipartimenti ed Attività di Staff e di Linens	Attivi al 31/12/2006					Cessati nel 2007					Assunti nel 2007					Attivi al 31/12/2007													
	Medici	Laureati Sanitari	Professionisti	Tecnici Sanitari	Tecnici	Amministrativi	Totale	Medici	Laureati Sanitari	Professionisti	Tecnici Sanitari	Tecnici	Amministrativi	Totale	Medici	Laureati Sanitari	Professionisti	Tecnici Sanitari	Tecnici	Amministrativi	Totale	Diff. 2007 - 2006							
Servizi ed Attività in Staff Dir. Generale	5	4	6			2	17	3	1	2			2	8	1	1					2	3	4	4	11	-6			
Direzioni Tecniche		3					3	1	2					3	1	2							3	3	0	0			
Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie		3	1		2		6		3		1			4										1	2	-4			
Dipartimento Amministrativo	1	6		3		2	12		2					2										4	10	-4			
Medicine e Specialità Mediche	20	1		3			24	5						5	6								3	3	25	1			
Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche	14						14	7						7	8										15	1			
Materno Infantile	12	6					18	4	1					5	2	1									16	-2			
Oncologia, Ematologia e Patol.App.Respiratorio	22	7					29	7	2		1			10	6	2	2							1	1	30	1		
Chirurgie Specialistiche Testa-Collo	27			2		1	30	5						5	2									2	1	27	-4		
Servizi Diagnostici e per Immagine	2						2	2						2	3											3	1		
Laboratori Anatomia Patologica Medicina Legale	13	4		1			18	6	1		1			8	6	1									7	13	4	17	-1
Emergenza - Urgenza	6			1			7	5			1			6	4											4	5	5	-2
Patologie dell'Apparato Locomotore	6			2			8	3						3	2											2	5	7	-1
<b>Totale</b>	<b>128</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>188</b>	<b>48</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>68</b>	<b>41</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>51</b>	<b>121</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>171</b>	<b>-17</b>	

Tab. 4.1.3

AOU Policlinico di Modena - Addetti 2007 - Distribuzione per Ente di Dipendenza, Classe di Et�, Genere e Profilo Profess.le															
Aree e Ruoli	Generi	Dipendenti SSR						Dipendenti Universit� di Modena e Reggio						Totale AOU	
		Classi di Et�					Totale	Classi di Et�					Totale		
		< = 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	> = 65		< = 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	> = 65			
		n.	n.	n.	n.	n.		n.	n.	n.	n.	n.			n.
Area Medica	F	18	50	50	17		135		15	8	5	3	31	166	
	M	8	56	86	46	2	198		10	29	40	13	92	290	
	Tot.	26	106	136	63	2	333		25	37	45	16	123	456	
	di cui P.Time						5							5	
Area Sanitaria	F	4	9	14	8		35		7	6	5		18	53	
	M	1	1	1	4		7		2	1	1		4	11	
	Tot.	5	10	15	12		42		9	7	6		22	64	
	di cui P.Time						1							1	
Area Professionale Tecnica Amministrativa	F		2	5			7							7	
	M		3	6	1		10							10	
	Tot.		5	11	1		17							17	
	di cui P.Time														
Totale Area Dirigenza	F	22	61	69	25		177		22	14	10	3	49	226	
	M	9	60	93	51	2	215		12	30	41	13	96	311	
	Tot.	31	121	162	76	2	392		34	44	51	16	145	537	
	di cui P.Time						6							6	
Ruolo Sanitario	Profilo Infermieri	F	338	412	151	41		942							942
		M	98	77	21	6		202		2	7	5		14	216
		Tot.	436	489	172	47		1144		2	7	5		14	1158
		di cui P.Time						216							216
	Profili Tecnici	F	59	63	52	8		182		1	3	9		13	195
		M	19	12	11	3		45		1	1	5		7	52
		Tot.	78	75	63	11		227		2	4	14		20	247
		di cui P.Time						26						1	27
Ruolo Tecnico	OTAA - OSS - AUSIL	F	34	71	71	13		189							189
		M	15	17	5	4		41						41	
		Tot.	49	88	76	17		230							230
		di cui P.Time						16							16
	Altri Profili	F	2	21	68	34		125			1			1	126
		M	6	29	32	12		79		1		1		2	81
		Tot.	8	50	100	46		204		1	1	1		3	207
		di cui P.Time				20		22							22
Ruolo Amministrativo	F	8	65	93	31	1	198		1		1		2	200	
	M	4	10	19	7		40							40	
	Tot.	12	75	112	38		237		1		1		2	239	
	di cui P.Time						24							24	
Totale Area Comparto	F	441	632	435	127	1	1636		2	4	10		16	1652	
	M	142	145	88	32		407		4	8	11		23	430	
	Tot.	583	777	523	159		2042		6	12	21		39	2081	
	di cui P.Time						304							304	
Totale Azienda	F	463	693	504	152	1	1813		24	18	20	3	65	1878	
	M	151	205	181	83	2	622		16	38	52	13	119	741	
	Tot.	614	898	685	235	3	2435		40	56	72	16	184	2619	
	di cui P.Time						310						1	311	

#### 4.1.4 Mobilità in entrata ed in uscita

Nel corso dell'anno 2007, questa Amministrazione ha attuato n. 355 assunzioni di personale (con contratto di lavoro a tempo determinato e/o indeterminato) ed ha registrato un movimento di cessazioni pari a n. 278 unità (di cui 39 per pensionamento, 40 per dimissioni volontarie, 35 per mobilità interregionale e 90 per termine incarico, etc).

Nell'ambito dell'Area dirigenziale medica, tramite procedure concorsuali, si è addivenuto alla copertura a tempo indeterminato di posti vacanti (ex novo, turn over scoperti o solo parzialmente coperti con incarico a tempo determinato) per le discipline di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza, Cardiologia, Gastroenterologia, Malattie Apparato Respiratorio, Neonatologia, Oftalmologia, Oncologia ed Ortopedia. Nella fattispecie, si evidenzia il passaggio a tempo indeterminato di n. 12 unità di personale medico già in servizio al 31 dicembre 2006, con contratto stipulato anteriormente al 29/09/06.

Al 31 dicembre 2007, il novero dei dipendenti medici ospedalieri, rispetto alla stessa data dell'anno precedente, rileva l'aumento di 16 unità a tempo indeterminato (a fronte di 16 cessazioni avvenute in corso d'anno, di cui 7 per pensionamento), ed il calo di 8 unità a tempo determinato.

Rispetto allo scorso anno, il contingente infermieristico registra un aumento di 31 unità. Analogamente, il numero degli Operatori socio sanitari riporta un aumento di 28 unità.

Lo scorrimento delle graduatorie in essere del

concorso pubblico di "Collaboratore Professionale Sanitario-Infermiere" e di "Operatore Socio Sanitario" ha visto la trasformazione a tempo indeterminato del rapporto di lavoro di n. 43 infermieri e di n. 12 O.S.S. già in servizio con incarico a tempo determinato.

A fine anno è stato indetto concorso pubblico per il profilo professionale "Collaboratore Professionale Sanitario-Ostetrica".

Parimenti, congiuntamente all'Azienda USL di Modena è stato emesso il bando per le seguenti figure professionali:

Tecnico sanitario di Laboratorio biomedico;

Tecnico sanitario di Radiologia medica;

Programmatore.

In osservanza delle disposizioni contenute nel CCIA sottoscritto il 3 luglio 2007, sono stati emessi, per il ruolo tecnico ed amministrativo, gli avvisi per l'indizione delle selezioni interne inerenti le progressioni verticali ed i passaggi a livello super nell'ambito della medesima categoria.

In ordine alla necessità di adeguare l'organizzazione aziendale alle nuove esigenze connesse all'evolversi delle attività ed al riassetto delle funzioni che richiedono l'assunzione diretta di elevata responsabilità, questa Azienda sanitaria, su proposta dei Dirigenti responsabili, ha individuato n. 18 nuove posizioni organizzative, per le quali il Servizio Gestione e Sviluppo del Personale sta attivando le procedure per il conferimento degli incarichi.

Nell'ambito degli accordi sottoscritti con l'Ufficio Provinciale Politiche del Lavoro, sono state effettuate n. 11 nuove assunzioni di operatori appartenenti alle categorie protette.

Tab.4.1.4

#### AOU di MO - Anno 2007 - Mobilità in Entrata ed in Uscita

Tipologie Normative ed Eventi	Dirigenti Medici	Dirigenti sanitari	Tecnici S	Amministrativi	Altro Personale	Totale	Dirigenti Medici	Altri Dirigenti (Sanitari/Am./Prof./Tec.)	Personale Infermieristico	Tecnici Sanitari	O.T.A. - O.S.S.	Auxiliari	Altro Personale ruolo Tecnico	Personale Ruolo Amministrativo	Dirigenti Medici
<b>Totale in Uscita</b>	<b>5</b>					<b>5</b>	<b>37</b>	<b>5</b>	<b>184</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>53</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>363</b>
<b>Quiescenza (per limite età)</b>							<b>1</b>		<b>3</b>		<b>1</b>		<b>9</b>		<b>14</b>
<b>Dimissioni Volontarie*</b>	<b>5</b>					<b>5</b>	<b>7</b>		<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>6</b>	<b>8</b>	<b>30</b>
<b>Licenziamento</b>									<b>1</b>			<b>1</b>			<b>2</b>
<b>Decesso</b>							<b>2</b>		<b>1</b>			<b>1</b>			<b>4</b>
<b>Dimissioni Volontarie</b>							<b>3</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>49</b>
<b>Termine Incarico</b>							<b>1</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>49</b>			<b>87</b>
<b>Termine Comando</b>							<b>1</b>			<b>4</b>					<b>5</b>
<b>Mobilità Volontaria Interregionale</b>							<b>2</b>		<b>32</b>		<b>1</b>				<b>35</b>
<b>Mobilità Volontaria Regionale</b>							<b>2</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>4</b>			<b>3</b>	<b>1</b>	<b>51</b>
<b>Mobilità Interscambio</b>									<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Passaggio a Tempo Indeterminato</b>							<b>18</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>12</b>				<b>83</b>
<b>Totale in Entrata</b>	<b>3</b>	<b>1</b>				<b>4</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>215</b>	<b>36</b>	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>437</b>
<b>Assunzioni</b>	<b>3</b>	<b>1</b>				<b>4</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>166</b>	<b>33</b>	<b>44</b>	<b>60</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>354</b>
<b>Passaggio a Tempo Indeterminato</b>							<b>18</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>12</b>				<b>83</b>
<b>Differenza Entrate - Uscite</b>	<b>-2</b>	<b>1</b>				<b>-1</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>-8</b>	<b>-4</b>	<b>74</b>

\* Nota: Dimissioni Volontarie+ (con diritto trattamento pensionistico)

## 4.2.

### **Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa**

La nuova legge regionale n. 29/2004 ha portato il Collegio di Direzione al rango di organo aziendale e mira ad individuare modalità concrete per valorizzare la componente clinica nel governo dei servizi sanitari. Il processo di budget con la relativa verifica dei risultati sono gli strumenti principali che il Policlinico ha scelto come punto di riferimento operativo per la partecipazione e l'assunzione di responsabilità da parte dei professionisti nella gestione dell'Azienda.

Nella definizione degli obiettivi annuali di Budget si è ritenuto indispensabile chiamare in causa i Direttori di Dipartimento nella discussione e nell'elaborazione delle scelte. Già nella fase istruttoria della predisposizione della scheda di budget i Direttori di Dipartimento sono stati direttamente coinvolti nell'individuazione degli obiettivi per le singole strutture, nella proposta e nella discussione di nuovi indicatori che, coerentemente alla strategia aziendale delineata dalla Direzione Aziendale, favorissero l'individuazione di aree di miglioramento e la relativa misurazione delle performance realizzate. Inoltre, su richiesta dei Direttori di Dipartimento stessi la scheda di budget contengono una sezione dedicata alla misurazione della performance clinica e un'area dedicata per dare evidenza all'attività di didattica e ricerca svolta. L'esigenza comune è quella di integrare strumenti già presenti e consolidati con nuove aree miglioramento, in un'ottica di partecipazione condivisa agli obiettivi aziendali. E' opportuno sottolineare che l'ulteriore sviluppo dell'integrazione fra le diverse componenti dell'Azienda e dell'Università è un elemento irrinunciabile in un contesto di crescente complessità dei processi clinici ed organizzativi, di diffusione di tecnologie ad elevata complessità, di espansione dei bisogni sanitari, assistenziali e formativi della popolazione di riferimento. L'elevata qualificazione delle competenze professionali dei vari operatori richiede che l'integrazione trovi un riscontro operativo nei processi assistenziali: è per questo che si ritiene indispensabile valorizzare e far emergere la cultura dell'integrazione e della partecipazione nei diversi strumenti gestionali aziendali, a partire dalla contrattazione del budget.

Anche nell'ambito del sistema di valutazione dei risultati, l'indirizzo aziendale è di procedere ad una più attiva partecipazione delle Direzioni dei Dipartimenti attraverso la condivisione del processo di valutazione delle singole equipe e l'applicazione di strumenti di valutazione dell'apporto individuale alla realizzazione degli obiettivi. In tal senso è prevista la partecipazione di un rappresentante del Dipartimento alle procedure preliminari di valutazione del raggiungimento degli obiettivi di risulta-

to delle equipe.

Più in generale, il Comitato di Dipartimento è organo operativo di analisi, confronto e sintesi delle diverse tematiche gestionali e professionali le cui istanze vengono portate al tavolo del Collegio di Direzione. Il Consiglio di Dipartimento è organo di partecipazione e informazione a tutti i professionisti.

Per quanto attiene inoltre ad aree di interesse specifico tecnico e professionale, l'Azienda utilizza come strumenti consolidati di coordinamento una serie di comitati/commissioni, anche interaziendali, di seguito riportati:

- Comitato Direttivo Dei Dipartimenti
- Comitato Consuntivo Misto
- Comitato Etico Provinciale Di Modena
- Comitato Programma Sangue Provinciale
- Comitato Buon Uso Sangue
- Comitato Ospedale Senza Dolore
- Comitato Per Il Controllo Delle Infezioni Ospedaliere
- Comitato Coordinamento Oncologico Provinciale
- Commissione Terapeutica Provinciale
- Commissione Regionale Oncologica
- Commissione Provinciale Farmaco
- Commissione Regionale Farmaco
- Commissione Cardiologica Provinciale

## 4.3

### **Gestione del rischio e sicurezza**

#### **4.3.1 La valutazione dei rischi**

E' stato proseguita l'attività di valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro finalizzata all'aggiornamento del Documento di valutazione di rischi ed al monitoraggio degli adeguamenti in piena sinergia con il Servizio Prevenzione e Protezione dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. In particolare l'attività è stata svolta in due ambiti distinti :

- applicando la valutazione in fase di progettazione e realizzazione delle nuove strutture ed installazione delle nuove tecnologia in completa integrazione con Il servizio attività tecniche ed il servizio di ingegneria clinica

- proseguendo l'attività valutativa e garantendo il monitoraggio degli adeguamenti finalizzati all'aggiornamento del documento di valutazione dei rischi in una logica di sistema, cioè tenendo a costante riferimento tutti gli elementi disponibili, ivi compresi l'andamento degli infortuni, le segnalazioni degli operatori oltre ai risultati dei sopralluoghi e dei monitoraggi ambientali di alcuni fattori. Si segnalano come attività di particolare rilevanza :

- il Monitoraggio ambientale e biologico dell'esposizione a gas anestetici degli operatori nelle sale

operatorie con campionatori passivi (sistema radiello )

- il Monitoraggio ambientale della esposizione a formaldeide e solventi in Anatomia patologica , nei blocchi operatori e negli ambulatori specialistici . Sono stati realizzati specifici investimenti per la riduzione e controllo del rischio ed i particolare :  
- la installazione di cappe per la manipolazione di formaldeide nei blocchi operatori  
- l'adozione di sistemi a circuito chiuso per la diluizione e la somministrazione di antiblastici

E' stato inoltre avviato un programma specifico per la riduzione del rischio da movimentazione dei pazienti orientato alla applicazione sistematica dei principi e dei parametri ergonomici nella progettazione di nuove strutture e nella ristrutturazione di quelle esistenti ed alla formazione degli operatori.

### 4.3.2 La Formazione

Nel corso degli ultimi anni grande attenzione è stata dedicata sia all'attività di informazione ai lavoratori che a qualsiasi titolo facciano ingresso in Azienda per prestare la loro attività anche per periodi limitati ( neo-assunti, tirocinanti, frequentatori , stagisti ) che alla formazione (rispettivamente art. 21 ed art.22 del DLgs. 626/94); il modello adottato è quello della lezione frontale con aggiunta di eventuali moduli specifici di addestramento.

I corsi di formazione sono stati progettati tenendo presenti le diverse tipologie di rischio ( rischi generici e specifici per mansione ) e creando in aula la opportunità di un confronto con i docenti , rappresentati da professionisti dell'azienda delle varie aree specialistiche .

Tutti i corsi sono accreditati ECM.

E' stato inoltre organizzato il corso specifico per la formazione degli addetti alla lotta antincendio ed evacuazione (art. 12 D.Lgs.626/94).

#### 4.3.2.1 Gli Incontri di Informazione

Per garantire la tempestività della informazione gli incontri , della durata di 4,5 ore , vengono organizzati con cadenza quindicinale ; partecipano in qualità di docenti operatori del SPP , medico competente e RLS.

Nel 2007 hanno partecipato agli incontri circa 349 operatori.

Tab. 4.3.2.2

Corsi di Formazione SPPA - anno 2007				
Titolo del Corso	Moduli		Edizioni	Partecipanti
	N.	Ore		
"RISCHI LAVORATIVI IN AMBIENTE OSPEDALIERO"	4	4	6	177
"RISCHI LAVORATIVI IN AMBIENTE OSPEDALIERO"***	4	4	1	41
Totale				218
<i>Note</i> * Più 1 modulo di 3 ore di addestramento alla movimentazione manuale dei carichi ** per il personale sanitario di laboratorio				

#### 4.3.2.3 il Corso per Addetti alla Lotta Antincendio ed Evacuazione (art. 12 D.Lgs.626/94)

Il corso, in edizione unica, è stato organizzato in collaborazione con il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Modena ed è stato articolato in 3 incontri pomeridiani per un totale di 12 ore di teoria ed in un ulteriore incontro di 4 ore dedicato alla esercitazione pratica (prova di spegnimento incendi) e verifica di idoneità.

A seguito del corso 36 operatori hanno ottenuto l'idoneità tecnica all'espletamento dell'incarico di "addetto antincendio".

Al dicembre 2007 il gruppo di gestione dell'emergenza di A.O.U. di Modena risultava costituito da 255 "addetti antincendio" per strutture a rischio elevato e ulteriori 13 per strutture a rischio medio.

#### 4.3.3 La Sorveglianza Sanitaria

La Sorveglianza Sanitaria, oltreché le attività previste dalle vigenti norme di legge a tutela della salute dei dipendenti dell'Azienda e dell'Università convenzionati, attraverso la valutazione dell'idoneità allo svolgimento della specifica mansione lavorativa, collabora nella predisposizione e attuazione delle misure per la tutela e dell'integrità psicofisica dei dipendenti, nella valutazione dei rischi e nella formazione degli operatori in tema di tutela della salute.

Relativamente al contenzioso derivante dalle decisioni del medico competente in ordine alla formulazione del giudizio di idoneità a tutela della salute dei dipendenti non si dispone dei dati ufficiali forniti direttamente dal Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro di Modena. Per quanto a conoscenza il livello di contenzioso è molto basso in valori assoluti (meno di 1 ricorso avverso il giudizio di idoneità all'anno negli ultimi anni) e largamente inferiore in confronto al contenzioso presente nelle altre Aziende sanitarie della Regione (Seminario Regionale "Orientamenti regionali in tema di sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro", Bologna, 2004). Nel 2007 l'attività di Sorveglianza Sanitaria ha interessato 2224 ope-

ratori pari al 91,33% dei dipendenti.  
Relativamente alle condizioni di salute della popolazione lavorativa esaminata si riportano nella

tabella seguente  
i risultati dei giudizi di idoneità rilevati al 31.12.07:

Giudizi di Idoneità - AOU di Mo - Anno 2007									
Operatori Inidonei sul totale Operatori Sorvegliati				Esposti a Rischio Radiologico		Totale Operatori Inidonei* sul totale Sorvegliati		Totale Operatori Idonei alla Mansione con Prescrizioni sul totale Sorvegliati	
Limitazioni Parziali Temporanee		Limitazioni Parziali Permanenti alla Mansione		Inidonei totalmente alla Mansione					
N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
17	0,75	164	7,37	14	0,63	195	8,76	968	43,52

\* Nota: Lavoratori con Inidoneità Parziale Temporanea, Inidoneità Parziale Permanente, Inidoneità Permanente ad esposizione a Rischi radiologico

Le cause di inidoneità sono legate, in ordine decrescente, a rischio di movimentazione di gravi e a rischio posturale, a fattori organizzativi, a esp-

sione a radiazioni ionizzanti e a fattori di rischio chimici come si evidenzia nella tabella seguente che fa riferimento al 31.12.07:

Nel 2007 le malattie professionali denunciate sono state 5, di cui 2 su denuncia del medico competente. Nel 2006 le malattie professionali denunciate sono risultate 6, di cui una su denuncia del medico competente e 5 del medico curante. Nei precedenti anni 2004 e 2005 le malattie professionali denunciate risultarono pari rispettivamente a 9, di cui 3 su denuncia del medico competente, e 6, tutte su denuncia del medico competente.

Cause Certificate di Inidoneità - Distribuzione per Frequenza AOU di Mo - Anno 2007		
Tipologie di Rischio	N.	%
Movimentazione di Gravi Carichi e Postura	123	63,06
Organizzativa	28	14,35
Radiazioni ionizzanti	25	12,82
Chimico	16	8,2
Altre (Biologico, Radiazioni Non Ionizzanti)	3	1,54

#### 4.3.4 La gestione degli infortuni

Nella Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena ciascun infortunio, mediante uno specifico immediato flusso informativo, è oggetto di valutazione ed analisi da parte del Servizio Prevenzione e Protezione allo scopo di mettere in atto tempestivamente gli interventi, ove necessari, nella logica del miglioramento continuo.  
Si illustra di seguito la statistica degli infortuni

avvenuti nell'anno 2007 al personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena (AOU di Mo).  
Nella Tabella seguente è riportato il totale degli eventi "infortunio" e la loro distribuzione per frequenza; è inoltre riportato l'andamento dal 2003 al 2007.

Tab 4.3.3

Infortuni sul Lavoro AOU di MO - Anni 2003- 2007												
Tipologia del Rischio	2003		2004		2005		2006		2007		Diff. 2007 vs 2006	
	N	% sul totale	N	% sul totale	N	% sul totale	N	% sul totale	N	% sul totale	N	%
<b>Rischio non Biologico</b>												
Movim. Man. Carichi	26	8,4	38	11,6	63	18,2	21	6,4	20	5,8	-1	-4,8
Cadute	26	8,4	30	9,1	25	7,2	22	6,7	32	9,2	10	45,5
Itinere	28	9	26	7,9	26	7,5	31	9,4	14	4	-17	-54,8
Altri	71	22,9	63	19,2	57	16,4	82	24,8	109	29,7	21	25,6
Sub Totale R. non B.	151	48,7	157	47,9	171	49,3	156	47,3	169	48,7	13	8,3
Tasso Incidenza	6,3		6,5		7		6,4		6,7			
<b>Rischio Biologico</b>												
Percutane	105	33,9	125	38,1	119	34,3	127	38,5	116	33,4	-11	-8,7
Mucocutane	54	17,4	46	14	53	15,3	47	14,2	62	17,9	15	31,9
Altro rischio biologico*	0	0	0	0	4	1,2	0	0	0	0	0	0
Sub Totale R.B.	159	51,3	171	52,1	176	50,7	174	52,7	178	51,3	4	2,3
Tasso Incidenza	7,3		7,8		7,13		7,98		8,16			
Totale Generale*	310	100	328	100	347	100	330	100	347	100	17	5,2

\* Rischio Biologico e Non Biologico

Il numero assoluto degli infortuni è aumentato nel 2007 (347 infortuni) rispetto all'anno precedente (330 infortuni). Gli infortuni con esposizione a rischio biologico, che rappresentano circa il 50% degli infortuni, sono tendenzialmente stabili, essendo passati da 176 nel 2005 a 174 nel 2006 fino agli attuali 178 registrati nell'anno 2007. Il contributo principale all'incremento è infatti venuto dagli infortuni dovuti ad "altri rischi" (171 nel 2005, 156 nel 2006 e 169 nel 2007).

L'aumento registrato si conferma anche nell'indice di Incidenza per gli infortuni non a rischio biologico per il quale il fenomeno infortunistico mostra 6,7 infortuni ogni 100 operatori esposti nell'anno 2007, vs 6,4 infortuni ogni 100 operatori esposti nell'anno 2006.

Altrettanto per gli infortuni a rischio biologico dove l'indice di Incidenza risulta aumentato (8,16 infortuni ogni 100 operatori esposti nell'anno 2007 vs 7,9 infortuni ogni 100 operatori esposti nel 2006). Per gli infortuni senza esposizione a rischio biologico nel 2007 si osserva un lieve aumento rispetto ai dati rilevati negli anni precedenti:

1. cadute, 32 infortuni nel 2007 pari al 18.9% degli infortuni non biologici (9.2% del totale).
2. movimentazione manuale dei carichi, 20 infortuni nel 2007 pari al 11.8% degli infortuni non biologici (5.8% del totale).
3. in itinere, con 14 infortuni nel 2007 pari al 8.28% degli infortuni non biologici (4% del totale);

Gli infortuni da cadute rappresentano nel 2007 la prima forma d'infortunio non a rischio biologico (nel 2006 rappresentata invece dagli infortuni in itinere) ed il loro numero è in tendenziale crescita nel corso degli anni.

L'andamento sostanzialmente stabile nel tempo degli infortuni con esposizione a rischio biologico nelle nostra Azienda, nonostante gli interventi formativi, pur in linea con lo scenario nazionale, evidenzia come la significativa riduzione degli infortunio con esposizione a rischio biologico per puntura accidentale da aghi e pungenti o per taglio possa essere ottenuta solo attraverso la introduzione dei presidi di sicurezza.

Tale strategia ha ormai fatto raggiungere risultati significativi negli Stati Uniti, ma anche in altri Paesi Europei ed è stata auspicata da una Raccomandazione del Parlamento Europeo.

Nel nostro ospedale alcuni presidi (lancetta pungidito) sono disponibili in tutti i reparti da anni, mentre altri presidi (aghi cannula) sono disponibili solo in alcuni reparti (le Malattie Infettive) e, in alcuni kit esteri forniti al Servizio di Medicina trasfusionale (per aferesi) ed alla Dialisi (per emodialisi).

La Direzione aziendale ha autorizzato per l'anno 2008 l'avvio della sperimentazione di presidi di sicurezza al fine di verificarne la efficacia ed il gradimento da parte degli operatori nei vari setting assistenziali ed introdurli nell'uso.

Nell'ambito della prevenzione dei rischi ergono-

mici anche di natura infortunistica è stato portato avanti nel 2007 il programma di formazione specifico con la contemporanea valutazione di ausili minori con diverse caratteristiche per la movimentazione dei pazienti.

#### **La gestione delle emergenze**

Esiste una procedura aziendale complessiva "Piano di emergenza e prevenzione incendi"

Sulla base di questa procedura vengono tenuti monitorati gli eventi ciascuno dei quali viene fatto oggetto di analisi relativamente alle cause, alle modalità di accadimento e di risposta complessiva della organizzazione, allo scopo di individuare eventuali criticità nell'applicazione della procedura ed applicare le opportune azioni correttive sia su base organizzativa che formativa.

Nel 2007 sono stati segnalati n. 4 eventi di allarme incendio di cui solo uno solo è stato ricondotto ad un reale episodio di ignizione in un cantiere di ristrutturazione.

Nel corso del 2007 stata inoltre messa a punto una procedura specifica "Piano di emergenza e prevenzione incendi" per il nuovo archivio delle cartelle cliniche, collocato in una struttura esterna all'Azienda che presenta caratteristiche specifiche di rischio incendio e sistema di estinzione a sprinkler.

#### **4.4**

### **Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali**

In tema di ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali è da segnalare che ormai da alcuni anni sono state prima condotte in maniera sperimentale e poi consolidate esperienze di responsabilità gestionale diretta di personale del ruolo professionale nella conduzione di unità di ricovero a utilizzo pluri-specialistico, come nel caso dell'Unità Ricoveri a Pagamento e dell'Unità Week Hospital.

Grande è inoltre il contributo del personale del profilo professionale nella attività di docenza nei corsi di Aggiornamento e Formazione, con particolare riferimento al BLS ed alla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.



## 4.5

# Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

### 4.5.1 Area dirigenziale

La AOU di Modena si è impegnata nel corso degli anni ad implementare il sistema di valutazione, in costante confronto con le OO. SS., promuovendo ad ogni livello la diffusione della cultura della valutazione e regolamentando il processo di valutazione con un proprio regolamento adottato nell'anno 2002 .

Ciò, in considerazione del fatto che La valutazione dei dirigenti costituisce una delle innovazioni più significative introdotte nella gestione del rapporto di lavoro dal CC. NN. LL. della Dirigenza del 8 Giugno 2000, e si esplica in due ambiti, che coinvolgono due distinti Organi di valutazione secondo specifiche procedure, costituiti da:

> Il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati annualmente in base alla relativa contrattazione aziendale, il cui organo di valutazione è il Nucleo di Valutazione;

> La professionalità espressa nell'arco della durata degli incarichi professionali ricevuti, il cui organo di valutazione è il Collegio Tecnico.

Nel corso degli anni 2006/2007, anche a seguito delle innovazioni introdotte dagli artt. 26 – 31 del CC. NN. LL. del 3 Novembre 2005, il processo di valutazione è stato consolidato e messo a regime ed è stata redatta una bozza per un nuovo Regolamento sul Sistema di Valutazione, coerente con le previsioni del CC. NN.LL. del 2005, attualmente al vaglio della Direzione aziendale..

Preme in proposito sottolineare che, nell'ambito del processo di valutazione, vengono assicurati secondo il dettato contrattuale i seguenti principi:

- la partecipazione del valutato

Il valutatore di I istanza presenta la scheda di valutazione al valutato per dividerne i contenuti e focalizzare eventuali aree di possibile miglioramento.

Nella fase di II istanza il valutato redige una relazione scritta da presentare al Collegio tecnico sull'attività svolta e i risultati conseguiti nel periodo di incarico.

- l'obbligo di motivazione.

la motivazione deve essere riportata, in forma sintetica, in calce alla scheda di valutazione e al verbale conclusivo.

- la garanzia del contraddittorio

Ove si prospetti un giudizio negativo da parte del Collegio tecnico, prima di emettere il giudizio è garantita l'audizione del dirigente valutato dinanzi al Collegio medesimo, al fine di acquisire le sue contro deduzioni ed eventuali ulteriori elementi informativi.

Per quanto riguarda le modalità procedurali seguite ai fini della valutazione dinanzi al Collegio Tec-

nico e al Nucleo Interno di valutazione, si rinvia a quanto dettagliatamente illustrato nell'*Allegato C* al presente Bilancio di Missione.

### 4.5.2 Area Comparto

Già dal 2004 è stato introdotto in azienda il sistema di valutazione del personale del comparto, con un primo periodo di sperimentazione e una costante azione nel tempo per cercare di consolidarlo. Fino all'anno 2007 la valutazione non è stata collegata ad effetti di natura economica e di miglioramento professionale.

Con il nuovo contratto integrativo aziendale si è stabilito che dal 2008 e per gli anni a seguire l'applicazione del sistema di valutazione sarà correlata ai percorsi di progressione orizzontale/verticale e deve corrispondere ai seguenti principi :

- Il sistema di valutazione deve essere uno strumento di valorizzazione delle risorse umane;
- Gli elementi su cui si basa la valutazione devono essere conosciuti dai valutati ad inizio anno;
- Il processo di valutazione deve prevedere la fase di autovalutazione e di colloquio finale tra valutato e valutatore.
- Il sistema di valutazione deve avere ad oggetto le capacità e i comportamenti professionali e i risultati ottenuti, riconoscendo il merito e rinforzando, di conseguenza i comportamenti attesi;
- Esso deve costituire la base più oggettiva e razionale per dare vita ad un sistema di progressione ed incentivazione
- Lo strumento deve avere carattere di flessibilità rispetto alle esigenze organizzative aziendali, cioè potrà variare ed adeguarsi in riferimento alle capacità professionali ed ai risultati che l'Azienda riterrà più significativi per le proprie finalità. Le stesse capacità individuate oggi come oggetto di valutazione, potranno infatti cambiare nel tempo e così la loro pesatura.
- Lo strumento deve rendere espliciti i fattori di valutazione: tradurre le "capacità" in termini di comportamenti professionali osservabili e gli "obiettivi" in termini di risultati attesi ed indicatori di risultato; entrambi i fattori devono essere chiari e univoci sia per chi valuta sia per chi è valutato.
- Per assicurare un'uniforme applicazione degli strumenti valutativi, l'azienda provvede ad organizzare apposite iniziative formative rivolte ai valutatori.

Lo strumento di valutazione è costituito da una scheda di valutazione delle capacità, da un sistema di pesatura delle stesse e da un diario di bordo per annotare gli episodi significativi del periodo di valutazione.

Al fine di una corretta procedura di valutazione, le parti concordano di integrare il sistema con la

previsione di un secondo livello di verifica, da attivare in caso di contestazione tra valutato e valutatore. Tale verifica sarà effettuata, con la presenza dell'interessato anche assistito da un terzo di fiducia, da una apposita commissione.

La produttività collettiva dell'Area Comparto, è definita, per criteri e modalità di distribuzione, dall'Accordo integrativo aziendale sottoscritto con le Organizzazioni sindacali.

I criteri di distribuzione delle quote di produttività, attualmente in essere, risalgono ad un accordo integrativo sottoscritto nel 1997. Gli accordi intervenuti successivamente, infatti, hanno variato solo la quantità di risorse da assegnare ai dipendenti, senza andare a modificare la struttura dell'istituto. Secondo quanto previsto dai vigenti accordi, il fondo incentivi viene ripartito tra i dipendenti mediante corresponsione della :

1. corresponsione della quota A pari all'80%, attribuita a tutti i dipendenti con acconti mensili, differenziati in base alle fasce economiche ( ex livelli retributivi ) e all'anzianità di servizio.
2. corresponsione della quota B detta del 20%, assegnata annualmente per la partecipazione ad uno o più progetti riguardanti nuove attività di particolare rilievo per la Struttura o iniziative migliorative dell'attività lavorativa

Per quanto concerne le modalità di erogazione delle quote suindicate si fa riferimento alle informazioni di dettaglio indicate nell'*Allegato D*.

## 4.6 Formazione

### 4.6.1 Formazione

Formazione e aggiornamento sono elementi imprescindibili per lo sviluppo di una organizzazione complessa. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena sta attraversando un importante processo di trasformazione culturale e strategico che punta alla centralità dei servizi e all'esigenza di integrazione dei processi assistenziali con le attività di ricerca e didattica.

Obiettivo, pertanto, della formazione è contribuire, per quanto le compete a: migliorare la consapevolezza dei singoli e dei gruppi rispetto alla mission aziendale; ottimizzare i processi di integrazione; potenziare la partecipazione attiva e consapevole del personale alla realizzazione degli obiettivi specifici e dei macro-obiettivi aziendali, regionali, nazionali, al fine di sviluppare nuove conoscenze e contribuire alla realizzazione di una cultura organizzativa innovativa, basata sui principi della flessibilità e dell'efficacia; favorire il conseguimento dei crediti ECM da parte dei dipendenti sanitari, come previsto dal D. Lgs. n. 502/92 integrato dal D.Lgs. 229/93.

### 4.6.1.1 Relazione annuale

#### Analisi del fabbisogno

Mission del Servizio è il governo dei processi di formazione e aggiornamento in funzione dello sviluppo delle competenze professionali degli operatori, per contribuire al miglioramento della qualità clinica e organizzativo-gestionale.

Al fine di definire proposte formative in grado di riflettere i bisogni del personale operante nell'azienda e dell'azienda stessa come organizzazione, è stato predisposto un piano di lavoro finalizzato alla progettazione e sperimentazione di una metodologia di rilevazione del bisogno formativo (RBF), inteso come strumento di comunicazione a due vie tra Servizio Formazione e personale utente dei corsi, con il coinvolgimento della Direzione Infermieristica Tecnica e i vertici delle Strutture Semplici e Complesse.

Gli obiettivi che hanno guidato la progettazione di tale azione si distinguono in:

1. obiettivi a breve termine allo scopo di permettere al personale di esplicitare i propri bisogni formativi, al fine di ridurre l'eventuale scarto tra bisogni percepiti e programma formativo dell'Azienda, valorizzando da un lato l'esperienza dei singoli professionisti, dall'altro la componente motivazionale; favorire una conoscenza sistematica e puntuale delle aree di interesse/bisogno emergenti all'interno dei Dipartimenti, al fine di garantire l'adeguatezza dei contenuti degli interventi formativi; legittimare e potenziare ruolo e funzioni dei Referenti di Formazione (RF) in termini di rilevazione del fabbisogno e coordinamento del processo formativo, anche attraverso un affiancamento da parte dei componenti del Servizio Formazione
2. obiettivi a lungo termine al fine di definire una procedura di rilevazione e analisi del fabbisogno formativo da introdurre stabilmente nella progettazione annuale dell'offerta formativa; progettare uno strumento di analisi e valutazione della ricaduta formativa; promuovere il benessere individuale e organizzativo all'interno dell'Azienda.

Interlocutori chiave in questo processo sono stati i Referenti di Formazione, come soggetti mediatori , in quanto si fanno portavoce di istanze, rilevate nei rispettivi dipartimenti, sia individuali, attraverso strumenti strutturati come la scheda di rilevazione del fabbisogno distribuita al personale delle unità operative.

Il Servizio si è impegnato a progettare e monitorare il progetto, a dare consulenza nei confronti dei Referenti di Formazione delle singole aree, ad avviare e realizzare l'accreditamento ECM.

Nella fase di rilevazione del fabbisogno formativo è stato possibile per i Referenti di Formazione utilizzare due diversi strumenti:

- scheda di rilevazione del bisogno formativo,

costruita dal Servizio Formazione e Aggiornamento sulla base di indicazioni ricavate sia dalla letteratura che dalle esigenze espresse dai Referenti in incontri dedicati.

- focus group con alcuni rappresentanti delle diverse figure professionali appartenenti al Dipartimento e con la supervisione dei consulenti del Servizio Formazione e Aggiornamento, con l'obiettivo di rilevare eventuali carenze o inadeguatezze di competenze e performance.

Al termine delle suddette rilevazioni, sono stati fissati degli incontri con i Referenti di Formazione per il vaglio delle proposte e la definizione dell'offerta formativa.

La progettazione di formazione è stata, come al solito, centralizzata dallo staff Formazione per quanto riguarda le aree trasversali (manageriale-gestionale-relazionale), mentre per quanto riguarda la componente tecnica e scientifica è stata affidata al referente scientifico dell'iniziativa e al referente di formazione di Dipartimento con la supervisione metodologica dello staff Formazione.

È stato così elaborato Il Piano Formativo Aziendale, diffuso anche all'esterno dell'Azienda tramite la pubblicazione del catalogo "Guida alla formazione 2007". Durante tutto il processo si è rivelato fondamentale il ruolo del Collegio di Direzione, che ha attivamente partecipato, attraverso i suoi componenti, alla formulazione del piano formativo 2007, fornendo proposte e suggerimenti.

#### **Piano Formativo Aziendale**

Il piano formativo è stato rivolto a tutti i dipendenti dell'Azienda; le iniziative sono state aperte agli universitari integrati, ai convenzionati, ai dipendenti ASL di Modena e a professionisti esterni paganti.

Le professioni a cui si è rivolto all'interno appartengono alle macroaree dei: dirigenti sanitari e amministrativi, comparto tecnico, sanitario ed amministrativo.

Alcune attività sono risultate essere multidisciplinari, soprattutto quelle legate ai temi trasversali, altre sono state rivolte alle singole professioni.

Tutte le iniziative programmate sono inserite in due principali tipologie: residenziali e apprendimento sul campo (ASC).

La Direzione Aziendale ha definito per l'anno 2007, tra le altre, le due seguenti aree di fabbisogno formativo obbligatorie:

"La Gestione del Rischio Clinico"

"La Sicurezza dei lavoratori e del luogo di lavoro"

#### **La Gestione del Rischio Clinico**

Relativamente alla prima area sono stati progettati i sotto citati eventi, miranti da un lato a presentare la programmazione regionale e percorsi applicativi/organizzativi allo scopo di fornire elementi conoscitivi generali sulla gestione del rischio, dall'altro a implementare la segnalazione spontanea di eventi avversi e elementi specifici in merito alla normativa e alle procedure aziendali sui temi trattati, fornendo ulteriori spunti di riflessione sull'im-

portanza della relazione/comunicazione/ascolto con il paziente.

Eventi realizzati:

- La Gestione del Rischio in Sanità: Incident Reporting
- La Gestione del Rischio in Sanità: Informazione e Consenso Informato
- Sopravvivere alla Sepsis (corso base e avanzato)
- Lesioni da Decubito
- Corso Base su Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito
- Principi per una Corretta Igiene delle Mani e per l'Applicazione delle Precauzioni di Isolamento da Contatto nella Prevenzione e Controllo delle Infezioni da Enterococchi Vancomicina Resistenti (VRE)

#### **Sicurezza nei Luoghi di Lavoro**

Le iniziative poste in essere nel 2007 e di seguito elencate si proponevano di garantire ai partecipanti la formazione secondo quanto previsto dagli artt. 21 e 22 del D.Lgs. 626/94 e dall'allegato n. 4 del D.M. 388/2003.

Eventi realizzati:

- Rischi Lavorativi in Ambiente Ospedaliero (D.Lgs. 626/94) – area dirigenza e area comparto
- Rischi Lavorativi per Personale di Laboratorio
- Informazione ai Lavoratori ai sensi dell' art. 21 D.Lgs. 626/94

- Corso di Formazione per Lavoratori Incaricati dell'Attuazione delle Misure di Pronto Soccorso

Tra le altre esigenze formative emerse è stato dato ampio spazio alla gestione dei problemi inerenti la comunicazione interna, l'organizzazione e l'integrazione interfunzionale, nonché alla formazione specialistica di area tecnico-scientifica.

Tra le iniziative di maggior rilievo aziendale si segnalano "Assistenza, Didattica e Ricerca: tre anni di integrazione", progetto di formazione intervento per il management dipartimentale e "Project Management", rivolto a dirigenti del Dipartimento Tecnico-Amministrativo e Medici di Direzione Sanitaria.

#### **Assistenza, Didattica e Ricerca: tre anni di integrazione**

Questo progetto è nato con l'intento di realizzare un percorso di analisi, diagnosi, progettazione ad alta valenza formativa di supporto al management per l'individuazione dei punti di forza e delle criticità del modello dipartimentale, così come realizzato al Policlinico di Modena nel corso degli ultimi anni, che hanno visto il graduale passaggio dai Dipartimenti misti ai Dipartimenti ad attività integrate.

L'iniziativa formativa mira, inoltre, a ricostruire la mappa dei molteplici "luoghi dell'integrazione", cioè di tutte quelle situazioni in cui l'integrazione si realizza nei fatti prima ancora che sulla carta e a delineare soluzioni progettuali finalizzate a risolvere o minimizzare le criticità individuate, predisponendo strumenti e pratiche operative appropriate ed efficaci.

Il Progetto prevede al suo interno anche attività di benchmarking mirante a esaminare i modelli dell'integrazione fra assistenza didattica e ricerca e delle soluzioni organizzative, dipartimentali e non, realizzate in Italia e nei Paesi comunitari e si concluderà con l'organizzazione di un convegno internazionale, previsto per l'anno 2009, che riassumerà i risultati della ricerca.

### Project Management

Nella logica di ottemperare a quanto espresso nella normativa che, a partire dal D.Lgs 502/092 e s.m. richiede all'amministrazione pubblica, di svolgere la sua attività secondo principi di efficacia, efficienza, appropriatezza e competitività, la Direzione Aziendale ha individuato in tale iniziativa un valido aiuto per introdurre nell'attività quotidiana di programmazione uno strumento di lavoro flessibile che permetta di gestire un progetto nei suoi aspetti organizzativi, di pianificare le risorse a disposizione e di controllare le performance.

L'attività prevalente continua ad essere quella residenziale (corsi, seminari, convegni), anche se è stato dato ampio spazio ad altre tipologie quale l'Apprendimento sul Campo.

Il progetto di Apprendimento sul Campo (ASC) ha visto a partire dal 2002 una grande implementazione. L'attività formativa realizzata "sul campo" rappresenta, infatti, un'opportunità molto fertile di apprendimento. Essa fa riferimento a tutti quei percorsi di lavoro che contribuiscono a sviluppare apprendimenti attraverso attività di gruppo finalizzate al miglioramento della qualità, attività di ricerca, attività di discussione di casi clinici, etc. Relativamente alle metodologie formative, in alcuni corsi di area manageriale, sono state introdotte lezioni di impostazione teorica alternate a discussioni guidate di concettualizzazione, analisi e discussioni di casi aziendali, oltre a esercitazioni, simulazioni e project work finali.

In ambito relazionale, le lezioni frontali sono state associate a esercitazioni indoor volte all'identificazione degli aspetti relazionali prioritari nel rapporto tra colleghi.

### Biblioteca

Accanto agli strumenti di formazione più tradizionali, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha incoraggiato l'accrescimento di conoscenze di natura tecnico-scientifica attraverso l'utilizzo di riviste specializzate e testi.

Allo scopo di fornire ai propri dipendenti risorse bibliografiche più ampie e aggiornate, l'Azienda ha stipulato un accordo con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia per la gestione unificata delle riviste scientifiche e delle banche dati.

Grazie a tale convenzione gli operatori aziendali hanno accesso alla Biblioteca di Area Medica e possono disporre di 1.670 periodici, di cui 400 circa in abbonamento cartaceo e più di 1.250 abbonamenti on-line, riguardanti tutti i settori della medicina, oltre a circa 15.000 monografie.

I dipendenti registrati e in possesso di apposita

username e password accedono a tutte le risorse elettroniche anche dal proprio pc aziendale.

Le risorse digitali a disposizione sono le seguenti: banche dati, periodici elettronici, libri online, open archives, virtual reference desk e siti di interesse generale

Tab 4.6.1.2a

Iniziative Formative - AOU di MO - Anni 2006 - 2007						
	Corsi residenziali		Apprendimento sul Campo		Pacchetti formativi	Esterni paganti
	Iniziative	Partecipanti	Iniziative	Partecipanti		
	N.	N.	N.	N.	N.	N.
2006	132	6.993	104	2.700	6	108
2007	129	6.362	114	1.600	9	403
Diff. 2007/6	-3	-601	+10	-1.100	+3	+295

Tab 4.6.1.2b

Presenze Eventi Formativi - AOU di Modena - Anni 2006 - 2007								
Distribuzione per Tipologia								
	Corsi Residenziali	Apprendimento sul Campo	Aggiornamento Esterno	Aggiornamento Interno ed Esterno	Corsi Universitari	Totale	Dipendenti AOU di MO	Rapporto Presenze Dipendenti
	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	%
2006	2020	555	709	nd	6	3292	2361	1,4
2007	1257	1027	117	537	5	2938	2285	1,3
Diff. 2007/6	-763	+472	-592		-1	-354	-76	-0,1

Nel corso del 2007 i dipendenti formati sono stati 1911 su 2285 (83,64%) dei quali 1257 con formazione interna, 1027 con iniziative di apprendimento sul campo, 117 con formazione esterna (partecipazione ad iniziative organizzate da altre Aziende/Enti) e 537 con formazione sia interna che esterna.

Rispetto al 2006 si registra una diminuzione del numero delle presenze ai corsi residenziali ed esterni e un notevole incremento di partecipazione dei dipendenti ad iniziative di apprendimento sul campo.

**Tab 4.6.1.2c**

AOU di Mo - Anno 2006 - Crediti ECM - Acquisizione - Anni 2006 - 2007									
	Dipendenti								
	Con obbligo di crediti		Con crediti acquisiti nell'anno		Con crediti da 15 a 30		Con crediti fino a 15		Con più di 30 crediti
	N.	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
2006	1590	1525	95,9	610	38,4	458	28,8	458	28,8
2007	1619	1525	94,2	599	37	540	33,4	386	23,8
Diff. 2007/6	29	0	-1,7	-11	-1,4	82	4,6	-72	-5,0

Sono state mantenute, altresì, le attività di accreditamento presso la Regione Emilia Romagna e il Ministero della Salute sia per le iniziative formative aziendali che per i patrocini. E' stato, inoltre, monitorato il dato relativo ai dipendenti aziendali con obbligo di crediti, fornendo semestralmente un report agli operatori coinvolti e ai responsabili. I dipendenti che hanno ottenuto crediti nell'anno sono stati: 1525 su 1619 (94%) di cui 540 (35,4%) con meno di 15 crediti, 599 (39,3%) tra i 15 e 30 crediti e 386 (25,3%) con oltre 30 crediti.

**Tab 4.6.1.2d**

AOU di Modena - Anno 2006 - 2007 Costi Formazione/Aggiornamento			
	Aggiornamento		Totale
	Interno	Esterno	
	€	€	€
2006	258.954,07	167.500	426.454,07
2007	24.822,86	172.775,42	497.598,28
Diff. € 2007/6	+ 65.868,79	+5.275,42	+71.144,21
Diff. % 2007/6	+25%	+3%	16,68%

Nel 2007 si registra un incremento dei costi relativi all'aggiornamento pari al 25% per le iniziative residenziali e al 3% per i corsi esterni. Il sensibile aumento delle spese è dovuto per la maggior parte alla realizzazione di due progetti formativi di grande rilievo aziendale e nazionale.

**Tab 4.6.1.2e**

Servizio Biblioteca on line			
	N. Utenti abilitati	N. Utenti che hanno utilizzato il servizio nell'anno	N. accessi
	N.	N.	
2006	nd	nd	nd
2007	1.300	1.254	180.000
Diff. 2007/6			

Grazie ad un accordo stipulato con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, 1254 operatori aziendali hanno usufruito della possibilità di visionare on line riviste e testi messi a disposizione dalla Biblioteca dell'Area Medica.

## 4.7

### Sistema informativo del personale

## 4.8

### Struttura delle Relazioni con il Personale Dipendente e le sue Rappresentanze

In data 29 maggio 2007 è stato sottoscritto il terzo contratto integrativo aziendale per l'area comparto. Obiettivo primario di questo contratto è stato quello di contrastare logiche di automatismo e di distribuzione generalizzata degli istituti contrattuali, con particolare riferimento a quelli di sviluppo professionale, anche attraverso il rafforzamento e la convalida del sistema di valutazione.

Inoltre, in considerazione della coincidenza temporale della trattativa con la definizione dell'Atto Aziendale, le scelte relative allo sviluppo delle risorse umane sono state ricollegate all'evoluzione organizzativa che da tale atto potrà derivare.

Il contratto integrativo aziendale ottempera alle indicazioni regionali e aziendali, non avendo aumentato i fondi contrattuali, ad eccezione di un adeguamento del fondo produttività finalizzato alla corretta corresponsione delle quote di incentivo per il mantenimento dei livelli prestazionali, da destinare al personale sanitario per effetto del passaggio, operato dal contratto di lavoro, di tale personale di categoria D. Il costo di tale intervento troverà finanziamento nel fondo di pertinenza, utilizzando anche:

1. una quota parte del fondo che, per effetto di precedenti accordi, era stata finalizzata alla retribuzione di progetti obiettivi specifici;
2. una quota pari a 200.000 euro che deve trovare all'interno del bilancio aziendale le fonti di finanziamento.

La contrattazione integrativa per l'area della dirigenza è stata fortemente condizionata da due temi: il processo di stesura dell'atto aziendale, che ha consentito solo nella seconda parte dell'anno di avviare un confronto sull'articolazione organizzativa, che si è comunque chiuso con un importante accordo sottoscritto in data 22 dicembre. Nonché le stabilizzazioni del personale precario, tema sul quale le posizioni delle delegazioni trattanti si sono molto avvicinate, rendendo realistico ipotizzare la sottoscrizione di un accordo nel mese di gennaio 2008. Si è, infine, stabilito di avviare, sempre a gennaio, il confronto sul contratto integrativo, pur in mancanza di una piattaforma sindacale unitaria.

Valorizzazione dei sistemi di incentivazione del personale. Importante elemento del nuovo con-

tratto integrativo del comparto è rappresentato dall'introduzione del sistema di valutazione come elemento di valorizzazione del personale: infatti il processo di valutazione, già sperimentato in azienda, sarà collegato alle progressioni orizzontali e verticali.

Tale effetto entrerà a regime dal 2008, per avere il tempo di rafforzare la formazione dei valutatori in modo da ridurre al minimo le potenziali conflittualità. L'art. 4 riporta, come richiesto dalle disposizioni contrattuali, i criteri del sistema condivisi dalle parti.

Nei limiti delle risorse disponibili nel fondo di competenza il sistema conferma la procedura selettiva per l'assegnazione delle fasce economiche, anche se con una riserva specifica per il personale che ha maturato un'anzianità di servizio di 5, 10 e 15 anni. Già nel primo contratto integrativo era stato adottato un regolamento a tal fine. Per dare completa attuazione all'accordo stipulato, dovrà essere definita e confrontata con le rappresentanze sindacali una modalità di pesatura dei tre elementi di valutazione: scheda di valutazione delle prestazioni, formazione, esperienza professionale.

Un richiamo è stato fatto rispetto all'art. 34, al fine di verificare se ci siano da recuperare eventuali situazioni di scavalco a danno del personale, soprattutto della cat. D livello economico DS, che non ha beneficiato delle disposizioni particolari previste dal contratto di lavoro.

E' stato determinato, nell'ambito di un triennio, il numero dei passaggi di categoria che si ritengono coerenti rispetto all'organizzazione aziendale e all'attuale distribuzione del personale, nelle varie categorie. Ci si riferisce solo all'area tecnico amministrativa che, in alcun modo è stata toccata dagli inquadramenti avvenuti per applicazione dei contratti di lavoro, inquadramenti destinati solo al personale di profilo sanitario.

L'individuazione degli ambiti organizzativi per i quali si giustifica la presenza di personale di determinate categorie e profili è già stata avviata in confronto con le OO.SS. La spesa è finanziata nell'ambito del bilancio aziendale.

Il sistema incentivante per il personale delle aree dirigenziali è disciplinato dai CC.NN.LL. e dagli Accordi integrativi aziendali, nei quali sono definite le corrette modalità di applicazione del sistema di incentivazione, a sua volta strettamente connesso alla gestione del budget. Nel corso del 2007 sono stati rafforzati i principi intorno al quale il sistema è imperniato:

- equità distributiva volta a rendere più omogeneo tra le équipe il rapporto tra produttività e incentivazione, superando situazioni storiche di sperequazione;
- equità procedurale: rispondente all'esigenza di chiarezza, di formalizzazione esplicita, di migliore comunicazione e condivisione dei principi che regolano il meccanismo incentivante dell'Azienda;
- introduzione di meccanismi di valutazione dif-

ferenziati tra équipe e responsabile, in modo da cogliere le specificità connesse all'assunzione di responsabilità gestionali e manageriali;

- miglioramento dei meccanismi di valutazione individuale, definendone le modalità operative e chiarendo le relazioni con quella di équipe;
- previsione di un sistema di corresponsione di acconti quadrimestrali e saldo finale;
- Distinzione tra obiettivi di budget ed obiettivi di progetto.

Sistemi di valutazione aziendali. Sono strettamente connessi al sistema premiante al fine di perseguire un continuo miglioramento della gestione delle risorse e della performance, individuale e di équipe. La contrattazione integrativa aziendale ha articolato il sistema di valutazione individuale della dirigenza, di prima e di seconda istanza, in funzione della posizione ricoperta. Viene, inoltre, operata una valutazione di équipe in funzione del raggiungimento degli obiettivi di budget concordati ad inizio anno e dei progetti eventualmente condotti.

Relativamente al comparto, in azienda già da tempo è stato introdotto un sistema di valutazione delle prestazioni con un primo periodo di sperimentazione e una costante azione nel tempo per cercare di consolidarlo, in particolare:

- rinforzo costante dell'informazione sul sistema di valutazione attraverso appositi incontri e l'invio di lettere e note esplicative;
- predisposizione del manuale di valutazione per i valutatori con la descrizione e le indicazioni per affrontare nel modo più corretto le diverse fasi di processo;
- istituzione di un gruppo di progetto per l'applicazione, il monitoraggio e il controllo del processo di valutazione per l'area comparto;
- formazione dei valutatori attraverso appositi incontri di natura seminariale, ma anche, in alcuni casi, a piccoli gruppi o individuali, per approfondire la tematica della valutazione e semplificare l'applicazione del sistema;
- rilevazione delle criticità ed individuazione delle possibili aree di miglioramento dello strumento attraverso la somministrazione di un questionario.

Rispetto alla razionalizzazione del ricorso a rapporti di lavoro atipici, la Direzione Aziendale ha operato all'interno una propria ricognizione rispetto alle posizioni di lavoro ricoperte tramite rapporti da lavoro dipendente a tempo determinato e quelle ricoperte con collaborazioni coordinate e continuative (e forme affini previste da norme di legge), rapporti di prestazione d'opera intellettuale (con partita I.V.A.) come indicato dal protocollo regionale stipulato in materia.

Per quanto riguarda il personale del comparto è stato stipulato un accordo con le OO.SS. e R.S.U. aziendali in data 10.07.2007 con il quale le parti hanno concordato di procedere alla ricognizione delle posizioni già ricoperte alla data del 31.12.2006 da personale con rapporto di lavoro

precario, di prorogare i rapporti di lavoro inseriti nei processi di stabilizzazione e di procedere alla mappatura delle posizioni di lavoro da stabilizzare. Nel corso del 2006, attraverso lo scorrimento delle graduatorie in essere, sono stati stabilizzati n. 43 infermieri professionali e n. 12 oss.

Per quanto riguarda la dirigenza, è in corso di definizione un accordo con le oo.ss. della dirigenza medica e sanitaria sulla base dell'analisi aziendale dei piani di lavoro. La proposta di parte Aziendale è di predisporre un piano triennale che, compatibilmente agli obiettivi economico finanziari fissati dalla Regione, preveda la stabilizzazione di un numero di posizioni di lavoro precario che oscilla da 39 a 60.

Il CCIA area comparto è stato sottoscritto in data 3/07/2007

Altro argomento di specifica rilevanza che ha impegnato le delegazioni nella negoziazione è stato quello relativo ai processi di stabilizzazione del personale precario, secondo le disposizioni dettate dalla legge finanziaria e dalle linee di indirizzo regionali, che ha avuto, come esito, la sottoscrizione di n. 1 accordo in materia: "Accordo in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative area comparto" (sottoscritto il 10/07/2007), e l'avanzamento delle trattative per le altre aree negoziali.

Incontri Con Le Organizzazioni Sindacali Anno 2007

- N. 15 Incontri Area Comparto
- N. 19 Incontri Area Dirigenza Medica
- N. 3 Incontri Area Spta
- N. 3 Incontri Per Tutte Le Aree Contrattuali

Accordi Sindacali Anno 2007

1. accordo sulla remunerazione del disagio infermieristico per il periodo giugno-settembre 2007-area comparto ( sottoscritto il 10/07/2007)
2. protocollo di intesa in materia di gestione del personale – area dirigenza medica (sottoscritto il 16/04/2007)
3. accordo sui resti a consuntivo anno 2006 dei fondi contrattuali – area comparto ( sottoscritto il 16/10/2007)
4. accordo sugli incarichi per la dirigenza medica – area dirigenza medica (sottoscritto il 13/12/2007)

#### **4.8.1.2 Ufficio del Contenzioso del lavoro**

Il contenzioso in materia di lavoro viene gestito da apposito ufficio (composto da un funzionario laureato in categoria DS e una persona di supporto di categoria B) il quale si occupa, con personale dipendente, della trattazione di tutte le vertenze presso la Direzione Provinciale del Lavoro, sia in sede di tentativo obbligatorio di conciliazione avanti al Collegio di Conciliazione previsto dall'art. 66 del D.Lgs. 165/2001 per i rapporti di lavoro pubblico

contrattualizzato, sia in sede di Commissione Provinciale del Lavoro prevista dall'art. 410 c.p.c. per le altre tipologie di rapporti di lavoro subordinato o parasubordinato, nonché dei tentativi di conciliazione attivati da personale dipendente delle ditte appaltatrici per il mancato pagamento degli stipendi e di ogni altra procedura che riguarda il personale avanti altre autorità, quali ad esempio le Consigliere di Parità.

Nel 2007 le vertenze trattate avanti il Collegio di Conciliazione sono state 4 delle quali 3 sono state definite nel corso dell'anno e di queste 1 è stata conclusa con un accordo conciliativo, 2 con un mancato accordo. Mentre avanti alla Commissione Provinciale di Conciliazione ne sono state trattate 11 tutte concluse nel corso dell'anno e di queste 1 si è conclusa con un accordo conciliativo, 6 con un mancato accordo e 4 sono state abbandonate dai lavoratori. Nel corso del 2007 si è definita anche una vertenza trattata avanti al Consigliere di parità, che aveva preso avvio nel 2006.

La gestione delle cause di lavoro avanti il Giudice del lavoro è affidata allo stesso ufficio che, nella maggior parte dei casi, provvede direttamente con personale proprio fino al primo grado di giudizio, mentre le cause che contengono la richiesta di risarcimento danni per i quali l'Azienda ha copertura assicurativa vengono affidate ad avvocati esterni incaricati dalle compagnie di assicurazione, in alcuni altri casi (per rapporti di lavoro diversi da quello di pubblico impiego contrattualizzato) si provvede, solitamente, ad incaricare difensori esterni all'Azienda.

Le cause di lavoro notificate all'azienda nel corso del 2007 sono state 2 mentre non vi è stata la conclusione di nessuno dei procedimenti in corso che ammontano complessivamente a 11.

La tipologia di vertenze e di cause è molto varia. Per i rapporti di lavoro contrattualizzato si va dal demansionamento e mobbing alle problematiche di inquadramento, al riconoscimento di indennità (rischio radiologico e di esclusività), alle impugnazioni di procedimenti disciplinari, dal riconoscimento delle cause di servizio ed equo indennizzo alle richieste di risarcimento danni, mentre per i procedimenti relativi a rapporti diversi la tipologia prevalente consiste nella richiesta di somme (es. buste paga delle ditte appaltatrici o adeguamenti retributivi D.S., D.A. e liberi professionisti, pignoramenti ecc).

#### **4.8.1.2.1 Utilizzo di forme flessibili di organizzazione del lavoro**

Da tempo l'Azienda Ospedaliero Universitaria si avvale di forme flessibili di organizzazione del lavoro ed in particolare di personale avente un rapporto di lavoro a tempo parziale secondo una delle tre articolazioni consentite :

- a) orizzontale: con articolazione della presta-

zione di servizio ridotta in tutti i giorni lavorativi ( con orario ridotto in stretta correlazione al normale orario giornaliero per tutti i giorni in cui il dipendente è tenuto alla prestazione lavorativa)

b) verticale: con articolazione della prestazione, svolta a orario pieno, soltanto in alcuni periodi predeterminati, ed in particolare: in alcuni giorni della settimana, del mese, o dell'anno.

Ciò, in misura tale da rispettare la media della durata del lavoro settimanale prevista per il tempo parziale nell'arco temporale preso in considerazione ( settimana mese o anno).

c) misto : con combinazione delle due modalità indicate alle lettere a) e b)

Si tratta, per lo più, di personale che ha chiesto la trasformazione del proprio rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, prevalentemente per necessità familiari, allo scopo di meglio conciliare i tempi di vita e di lavoro.

L'autorizzazione alla trasformazione del rapporto, presuppone il raggiungimento di un accordo, tra il dipendente interessato e il Servizio di appartenenza, al fine di concordare un'articolazione oraria che sia funzionale alle esigenze di lavoro dell'Unità Operativa e nel contempo alle esigenze di vita del lavoratore.

All'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena operano attualmente n. 314 unità di personale non dirigente a part time, di cui unicamente per interesse statistico si segnala che n. 301 sono di sesso femminile e n.13 unità di sesso maschile.

A questi si aggiungono n.7 unità di personale dirigente a impegno orario ridotto secondo le previsioni delle vigenti disposizioni contrattuali.

L'informazione e la comunicazione in un 'Azienda Ospedaliero-Universitaria è materia assai complessa. La peculiarità dei temi che vengono trattati: ricerca e formazione, salute e malattia, richiedono l'elaborazione di contenuti e strumenti per la comunicazione scelti con grande cura ed attenzione. L'Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico di Modena ha certamente fatto molto in questi anni per soddisfare le esigenze correlate alla comunicazione sanitaria con i cittadini. Consapevole del continuo mutare dei bisogni dei cittadini è alla continua ricerca di contenuti e metodi di comunicazione innovativi, sempre più rispondenti alle esigenze degli utenti. Cittadini/utenti che a seguito delle continue sollecitazioni ricevute dai media e dall'aumento della scolarità sono sempre più "competenti".

Il Policlinico di Modena ha profuso molto impegno per soddisfare le esigenze comunicative degli utenti e dei dipendenti dell'Azienda. Si pensi solo alla sfida lanciata dalla direzione aziendale per indirizzare l'organizzazione alla realizzazione di un sistema orientato al servizio a garanzia dei cittadini, riducendo gli sprechi favorendo, al contempo, il processo di sviluppo.

Il processo di cambiamento culturale intrapreso dai professionisti che operano all'interno dell'Azienda, gli investimenti impiegati per migliorare l'aspetto

strutturale e il parco tecnologico, rappresentano i fattori critici di successo per la nostra Azienda e, come tali, devono essere fatti conoscere.

Gli abitanti di Modena e Provincia devono conoscere ciò che il Policlinico può offrire loro così da percepire quanto stiamo facendo per soddisfare, al meglio, il loro bisogno di salute e per poter fruire consapevolmente dei servizi per loro pensati e realizzati.

Nel corso dell'anno 2007 si è lavorato molto per potenziare l'informazione volta ai cittadini, agli utenti ed agli stessi dipendenti a conferma che il Policlinico di Modena si caratterizza, come struttura ad alta specializzazione, e, come tale rappresenta un punto di riferimento per Modena e Provincia ma, anche, un importante punto di attrazione nazionale.



# capitolo 5

sistema  
di relazioni  
e strumenti  
di comunica-  
zione



## 5.1

### La comunicazione per l'accesso ai servizi

#### 5.1.1.1 I rapporti con i media

Il Policlinico di Modena è una struttura sanitaria di riferimento provinciale e nazionale che, quindi, deve rapportarsi a un numero elevato e diversificato di utenti e professionisti.

Una buona comunicazione è, così, fondamentale non solo per valorizzare il lavoro dei propri clinici e ricercatori ma anche per farsi promotore di comportamenti virtuosi nella prevenzione e per informare la cittadinanza sulla salute nel suo complesso.

I media, soprattutto quelli locali, costituiscono un importante punto di riferimento per la cittadinanza. È quindi importante che gli organi di informazione siano correttamente posti in condizione di comprendere ciò che accade e fa il Policlinico per migliorare i livelli di assistenza e la qualità delle prestazioni, per evitare che una carente o inesatta informazione possa veicolare messaggi fuorvianti agli utenti. È importante comunicare alla cittadinanza tutte le eccellenze del Policlinico - assistenziali, didattiche e di ricerca - non per mero spirito auto celebrativo ma per dare la misura degli sforzi che si compiono per restituire ai cittadini-utenti una sanità adeguata ai livelli di benessere raggiunti dalla popolazione.

Questo da un lato potrà evitare che i pochi casi di malasanità possano danneggiare l'immagine di una struttura sana; dall'altro potrà correggere comportamenti e abitudini scorrette che portano i cittadini ad utilizzare in maniera impropria la sanità pubblica.

Insomma, una buona gestione dei rapporti con la stampa, può anche avere effetti virtuosi per l'educazione alla salute, con benefici per tutti. Strumenti di questo lavoro sono i comunicati stampa, le conferenze stampa, il portale web aziendale e lo stesso PASS che, diffuso tra utenti e stakeholders, vuole diventare uno strumento per conoscere meglio ciò che l'Azienda in concreto promuove.

#### 5.1.1.2 Il periodico aziendale PASS

Sempre nell'ottica di fornire un'informazione corretta e "autorevole" su temi importanti, il Policlinico di Modena ha nel 2007 cambiato volto all'house organ PASS trasformandolo in un periodico monografico che si è occupato di temi come La rete oncologica, L'accoglienza in ospedale *cfr Allegato B*, la Ricerca. Il periodico oltre ad essere inviato ai dipendenti viene spedito anche a medici di base, pediatri, farmacie della Provincia di Modena.

#### 5.1.2 Carta dei Servizi

La carta dei servizi, oltre ad essere un adempimento legislativo, ha rappresentato un buon modo per informare gli utenti, assumerci impegni con loro e fare conoscere ciò che il Policlinico è in grado di proporre sul piano della cura.

La carta dei servizi, in utilizzo, costantemente aggiornata, contempla i seguenti prodotti:

- guida al Policlinico, che fornisce informazioni generali ed in parte specifiche, circa la struttura e l'organizzazione dell'Ospedale;
- carta di accoglienza di ogni U.O.. pensata per conoscere l'offerta di cura dello specifico reparto e quali impegni. si assume nei confronti degli utenti;
- guida Volontariato, pensata e realizzata anche, grazie al contributo delle associazioni di volontariato presenti sul territorio.

La guida ha lo scopo di presentare le associazioni che attualmente operano all'interno dell'Ospedale e quelle su aree tematiche suddivise per patologia;

- sito internet; [www.policlinico.mo.it](http://www.policlinico.mo.it) che con i suoi contenuti guida il cittadino nella scoperta dell'organizzazione e dei servizi offerti, comprende anche, la sezione in lingua.

#### 5.1.3 Produzione di Materiale Informativo

Si è mantenuta la produzione di materiale informativo circa l'utilizzo dei servizi, per singola patologia e per favorire la promozione alla salute. Si tratta di opuscoli informativi che i professionisti appartenenti alla diverse discipline utilizzano per divulgare le informazioni relative alle diverse aree tematiche.

A tal proposito, è stato avviato un percorso utile a predisporre materiale informativo, da utilizzare come supporto e ad integrazione del colloquio effettuato dai professionisti in occasione della presentazione del consenso informato. Il progetto impostato nel corso del 2007, vedrà la luce nell'anno 2008.

## 5.2

### La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

Per ciò che attiene la promozione alla salute, in sintonia con quanto indicato dalla RER ed in molti casi insieme al servizio di Comunicazione dell'Assessorato alla Sanità ed alle Istituzioni locali con particolare riferimento all'Ausl, sono state intraprese campagne informative ad hoc: le giornate volte alla sensibilizzazione all'allattamento al seno, alla prevenzione del dolore inutile, all'uso della contraccezione, alla prevenzione del fumo,

alla donazione di organi . Solo alcuni esempi a titolo informativo per fare comprendere quanto sia importante creare sinergie fra le istituzioni per rinforzare messaggi di grande rilevanza per prevenire e/o correggere cattivi comportamenti.

Inoltre, ampio spazio è stato dato alla valorizzazione delle giornate indette a favore delle diverse patologie dalle società scientifiche.

Per favorire la partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti, e per rendere quanto più possibile trasparente la propria attività, l'Azienda ha predisposto e divulgato i documenti di programmazione aziendale, report segnalazione e reclami, bilancio di missione e la bozza dell'atto aziendale il cui documento finale ha visto la luce al termine dell'anno.

### 5.2.1 La partecipazioni delle associazioni di volontariato

Nel corso dell'anno 2007, si è molto lavorato insieme al C.C.M. e a tutte le associazioni di volontariato per fare conoscere a tutti i cittadini ed in particolare agli utenti il ruolo e le competenze di ogni singola associazione che presta la propria attività socio-sanitaria all'interno ed all'esterno del Policlinico.

L'importante percorso avviato nel corso dell'anno ha portato alla realizzazione della prima festa del volontariato. L'iniziativa è stata promossa dal CCM.

Lo scopo della festa era quello di fare conoscere a tutti i cittadini, agli utenti del Policlinico e ai loro cari il significato delle attività delle Associazioni di volontariato, sensibilizzare i giovani alla partecipazione alle attività di volontariato e non ultimo, raccogliere fondi per attivare il progetto " Punto unico di accoglienza del volontariato" e " Libri in corsia".

L'iniziativa ha visto la partecipazione attiva dei volontari ed ha rappresentato un importante momento di socializzazione.

Paese di origine	Casi trattati
Marocco	930
Albania	473
Ghana	419
Romania	371
Nigeria	312
Tunisia	296
Turchia	167
Filippine	155
Ucraina	120
Polonia	101
Cina	99
Moldavia	98
India	93
Sri Lanka	55

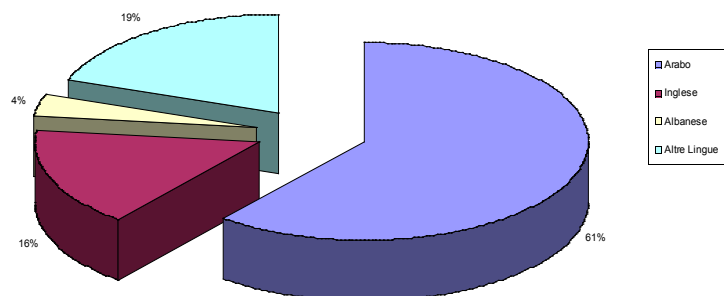
### 5.2.2 L'utenza straniera e la mediazione culturale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, come noto, ormai da anni si preoccupa di fornire un servizio di mediazione culturale rivolto all'utenza ricoverata in regime ordinario e di day hospital ma anche per chi fruisce dell'attività ambulatoriale. Il Policlinico ha assistito, nel corso dell'anno 2007, in regime ordinario e Day Hospital 5.178 ricoveri di cittadini stranieri che hanno rappresentato circa l'11% del numero complessivo degli assistiti. I paesi di provenienza maggiormente rappresentati sono stati:

L'attività di mediazione culturale, integrata nella Direzione Servizi per l'ospitalità svolta all'interno del Policlinico dalla cooperativa Integra, attraverso le mediatrici culturali ha eseguito 6.597 interventi distribuiti nelle seguenti lingue:

- Arabo
- Inglese
- Albanese

Distribuzione delle aree linguistiche maggiormente rappresentate (Anno 2007)



La distribuzione delle prime tre lingue maggiormente rappresentate riflette quella dell'anno precedente: la maggioranza degli interventi svolti riguarda pazienti che parlano la lingua araba. Rispetto al 2006, si registra un incremento pari a + 15,6 per la lingua araba ed un calo a carico degli interventi in lingua inglese, ma soprattutto per quelli in lingua albanese. Di seguito si riportano anche i dati relativi alle lingue considerate, nel nostro contesto, minoritarie.

Anno 2007	
Rumeno	207
Cinese	167
Turco	130
Russo	112
Indiano	101
Spagnolo	74
Francese	72
Cingalese	69
Filippino	55

Nel corso del 2007, la tipologia di intervento maggiormente rappresentata è stata la mediazione (69%) come negli anni precedenti. Seguono gli interventi di controllo della posizione amministrativa (29 %) e gli interventi di sostegno psico-sociale ( 2%) che risultano raddoppiati rispetto all'anno precedente. La distribuzione, in tal caso, risulta essere in linea con quella registrata nel corso del 2006.

I Centri di utilizzo che hanno maggiormente attivato il servizio nel corso del 2007 sono i seguenti:

- Ostetricia
- Ufficio accettazione
- Nido
- Pediatria
- Ginecologia
- Neonatologia

Nel corso del 2007 la maggior parte degli interventi è stata attivata su richiesta del reparto di Ostetricia (32,3%) seguito dall'Ufficio Accettazione Ricoveri per cui l'ufficio ha svolto pratiche in merito al controllo della posizione amministrativa dei pazienti ricoverati (controllo tessera sanitaria, eventuali assicurazioni mediche) ed all'emissione del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente). Gran parte delle richieste di intervento dell'Ufficio sono, come negli anni precedenti, a carico del settore materno- infantile.

Confronto Centri di maggiore utilizzo del servizio di Mediazione Culturale. Anni 2003-2007

UNITA' OPERATIVE	ANNI				
	2003	2004	2005	2006	2007
Ufficio Accettazione	593	1255	1680	1858	1955
Ostetricia	378	1189	1197	1576	2133
Nido	616	729	1017	988	1010
Pediatria	108	265	407	321	330
Ginecologia	77	89	171	263	283
Neonatologia	254	119	128	153	78
Altri Reparti	1625	1172	1146	934	808
Totale	3651	4818	5746	6093	6597

I Centri di maggiore utilizzo che hanno registrato un incremento del numero di interventi sono: Ostetricia (+ 26,1%), l'Ufficio Accettazione Ricoveri (+ 4,9%), Nido (+ 2,2%) , Ginecologia (+ 7 %) e Pediatria (+ 2,7%).

Per ciò che attiene la variabile sesso, nel corso del 2007, come negli anni precedenti, la maggior parte delle richieste di intervento è avvenuta per pazienti di sesso femminile (70 %). Rispetto all'anno precedente gli interventi prestati a pazienti femmine sono aumentati del 14% (Tabella 10), ciò è in linea con il forte incremento delle richieste per il reparto di ostetricia (vedi sopra).

Nel corso dell'anno 2007 sono nati al Policlinico 379 maschi e. 404 femmine da famiglie straniere. I dati sopra riportati confermano il forte impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ad impegnarsi per favorire quanto più possibile la comunicazione rivolta agli utenti stranieri. Per rispondere al meglio alle esigenze mostrate dagli utenti di altre nazionalità, il Policlinico oltre a fornire il servizio di mediazione culturale su richiesta dell'utente o del professionista, si è impegnato a produrre materiale informativo in lingua dunque, tutti i materiali prodotti sono stati tradotti generalmente nelle sei lingue principali. Inoltre, è stata

rivisitata e tradotta in sei lingue, la documentazione utile alla preparazione del paziente in occasione delle prescrizioni diagnostiche in cui vi siano specifiche indicazioni da osservare per la buona riuscita dell'esame.



# capitolo 6

ricerca  
e innovazione





Il Servizio Sanitario Regionale (SSR), così come delineato dalla Legge Regionale 29/2004, riconosce come proprie funzioni fondamentali l'assistenza, la formazione e la ricerca e ha previsto che ogni Azienda del SSR debba contemplare tra i suoi obiettivi principali quello di integrare queste 3 funzioni, che pertanto risultano possedere la stessa rilevanza istituzionale. Per sostenere le attività di ricerca e di sviluppo dell'innovazione, sia tecnologica che clinico-organizzativa la Regione Emilia Romagna ha avviato negli anni diverse attività, che vanno dai Programmi di Eccellenza ai Progetti di Modernizzazione, dal Programma Ricerca e Innovazione dell'Emilia Romagna (PRI-ER) al Programma di Ricerca Regione – Università 2007-2009, con il fine di realizzare progetti specifici di ricerca e di formazione per il miglioramento della qualità assistenziale. In questo contesto trova rilevanza la collaborazione con il sistema delle Università della Regione e il SSR, tradotto in un protocollo d'intesa che vede tra gli obiettivi anche quello di valorizzare e rinforzare il contributo reciprocamente fornito allo sviluppo della formazione e della ricerca, come strumenti essenziali per il miglioramento dell'assistenza.

La Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, in coerenza con gli orientamenti espressi dalla Legge Regionale 29/2004, sostiene, con l'art. 3 dell'Atto Aziendale, che la missione dell'Azienda è caratterizzata dalle macrofunzioni: assistenziale, didattica e ricerca. Relativamente a quest'ultima, si specifica che "L'Azienda rappresenta il luogo privilegiato per la realizzazione di attività di ricerca colte a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento tecnologico applicativo delle acquisizioni sperimentali".

In sintonia con queste scelte l'Azienda con l'Atto Aziendale ha approvato l'istituzione di una funzione dedicata, il Servizio Ricerca e Innovazione, collocato in staff alla Direzione Generale, con l'obiettivo fondamentale di porre l'Azienda nelle condizioni di poter e saper esercitare una piena responsabilità nella promozione e governo delle attività di ricerca e di rafforzare la integrazione con la Direzione Medica di Presidio, con il Dipartimento Amministrativo, con il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie e con i Dipartimenti ad Attività Integrata per sviluppare un progetto aziendale relativo al technology assessment

Nel corso del 2007 il Servizio Ricerca e Innovazione ha avviato le seguenti attività:

- Monitoraggio di tutti gli aspetti correlati alle attività di ricerca clinica e pre-clinica realizzate all'interno delle strutture aziendali. Per la particolare rilevanza degli aspetti economici delle sperimentazioni cliniche sponsorizzate da enti privati o dei progetti di ricerca finanziati da istituzioni pubbliche o private è stata attivata una collaborazione con i Servizi competenti specificamente preposti (Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, Servizio Prestazioni

e Marketing, Servizio Bilancio e Finanze, Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento, Controllo di Gestione)

- Individuazione di referenti scientifici e amministrativi per la ricerca all'interno di ogni Dipartimento ad attività Integrata e/o Struttura complessa per la rilevazione e il monitoraggio regolare delle sperimentazioni pre-cliniche e cliniche e dei progetti di ricerca sviluppati all'interno delle strutture stesse
- Partecipazione al progetto regionale della costituzione di una anagrafe informatizzata scientifica e amministrativa dei progetti di ricerca
- Promozione della effettiva integrazione tra Azienda e Comitato Etico locale al fine di definire modalità atte a tutelare l'integrità della ricerca clinica e dei soggetti che ad essa partecipano
- Svolgimento degli adempimenti correlati al Programma di Ricerca Regione Università 2007/2009 e agli altri bandi di ricerca promossi da Enti Istituzionali pubblici (Regione, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AIFA) e privati. In particolare è stata attivata una costante e regolare comunicazione, attraverso la modalità di posta elettronica e con la pubblicazione sul sito aziendale, degli atti e delle informazioni contenute nei bandi stessi e si è fornito un adeguato supporto nella stesura del piano scientifico e economico del progetto di ricerca. Per tutti i dati attinenti alle sperimentazioni cliniche, profit e no profit, effettuate all'interno delle strutture assistenziali del Policlinico si rimanda alla sezione specifica relativa al Comitato Etico.

Nella tabelle sottostanti sono riportati i progetti di ricerca finanziati dalla Regione Emilia Romagna

Progetti finanziati nell'ambito del "Programma di Ricerca Regione Università 2007/2009"

Area	Ambito Disciplinare	Titolo Progetto	Responsabile Scientifico
1.a: Ricerca Innovativa	Trapianti	Immune status of solid and bone marrow/stem cell transplant patients: application and validation of new tests in a coordinated regional management of the diagnosis and monitoring of post-transplant infectious complications	prof. Torelli
1.a: Ricerca Innovativa		Integrated molecular/imaging technologies for characterization of biological aggressiveness of HCC in patients candidate to liver transplant	prof. Gerunda
1.a: Ricerca Innovativa	Oncologia	Identification and clinical validation of predictive and prognostic factors, with special focus on molecularly targeted agents	prof. Conte
1.a: Ricerca Innovativa	Neuroscienze	Mechanisms, diagnosis and treatment of drug resistant epilepsy	prof. Nichelli - (AUSL Modena - N.O.C.S.A.E. Baggiovara)
1.b: Medicina Rigenerativa		Human epithelial stem cells: molecular characterization and development of clinical applications in regenerative medicine	Prof. De Luca
Area 2: Ricerca per il governo clinico	Oncoematologia Pediatrica	Elaborazione di un programma di follow up integrato degli eventi avversi a distanza dopo terapia oncologica in età pediatrica (studio prospettico, controllato, multicentrico, multidisciplinare)	prof. Paolucci
Area 2: Ricerca per il governo clinico	Perinatologia	Audit clinico strutturato per definire le priorità di governo clinico dell'Hub&Spoke perinatale ed i piani di implementazione per il miglioramento della qualità assistenziale	prof. Ferrari
Area 2: Ricerca per il governo clinico	Malattie Metaboliche	Governo clinico delle malattie metaboliche: Definizione del rischio cardiovascolare globale in pazienti con diabete mellito di tipo 2. Studio epidemiologico su una popolazione di soggetti afferenti agli ambulatori di diabetologia	prof. Bertolotti - (AUSL Modena - N.O.C.S.A.E. Baggiovara)

AREA	N. Progetti Approvati	Finanziamenti Approvati (€)
1.a: Ricerca Innovativa	4	2.384.800,00
1.b: Medicina Rigenerativa	1	2.799.823,00
Area 2: Ricerca per il governo clinico	3	650.000,00
Totale	8	5.834.622,99

*Progetti finanziati nell'ambito dei "Progetti finalizzati alla modernizzazione 2007"*

Titolo	Azienda capofila
Dallo studio di fattibilità alla sperimentazione ed avvio su base provinciale della distribuzione centralizzata della terapia in dose unitaria	AOU Modena
Indagine sull'accesso dei codici bianchi/verdi ai pronto soccorsi rispetto ad analoghe tipologie di casi che vengono di norma presi incarico dai MMG	AUSL Modena
Realizzazione di una logistica comune integrata tra le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord (Aziende Sanitarie di Modena, Reggio Emilia, Parma, Piacenza) per la selezione, acquisizione, gestione e somministrazione dei beni sanitari (farmaci e dispositivi medici)	AUSL Reggio Emilia
Attivazione di una anagrafe regionale informatizzata della ricerca scientifica	AUSL Rimini

Sviluppo accordo del Quality Center Network con il settore biomedicale, per contribuire alla realizzazione di progetti di valutazione clinica di dispositivi medici nelle Aziende Sanitarie e Università locali. In particolare è proseguita la collaborazione per la organizzazione del meeting RIMAT BIOMED nella sua terza edizione 2007 e sono stati avviati programmi di ricerca presso le Aziende sanitarie provinciali

Sviluppo e cura, sulla base delle indicazioni formulate dal Collegio di Direzione, della realizzazione di interventi di formazione per la creazione e il consolidamento di competenze di ricerca clinica/epidemiologica e organizzare gli specifici eventi formativi in collaborazione con il Servizio Formazione e Aggiornamento

Tra le altre azioni avviate dalla Direzione Aziendale nel corso del 2007 compaiono:

1. rinnovo della convenzione con la Facoltà di Bioscienze e Biotecnologie della Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia per favorire la ricerca traslazionale nel settore delle Terapie Innovative (medicina rigenerativa e genetica)
2. definizione del progetto Co.ME.T.a. (Progettazione di un Centro per lo sviluppo e l'implementazione della Diagnostica avanzata, della Medicina Traslazionale e delle Terapie Innovative). Il progetto, che si articola in tre ambiti applicativi (Diagnostica avanzata nel settore onco-ematologico, laboratori GMP per le attività di criobiologia, farmacogenomica e terapie cellulari e Terapie Innovative quali la terapia genica e cellulare) è stato elaborato alla fine del 2007 e vedrà il raggiungimento degli obiettivi a medio e lungo termine nel corso del prossimo biennio
3. adesione al progetto Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI) per la creazione di un sistema di integrazione che consenta la applicazione a livello inter-aziendale o regionale di tecnologie innovative realizzate e sperimentate localmente, per perseguire l'obiettivo di miglioramento delle capacità di governo e indirizzo dei processi di innovazione



# conclusioni del direttore generale



La lettura del Bilancio di Missione 2007 evidenzia che la AOU Policlinico di Modena ha conseguito gran parte degli obiettivi posti a questa Azienda dal governo e dal programmatore regionale, nonché dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria, con particolare riferimento a quelli definiti dal documento "Integrazione Policlinico-Baggiovara nell'ambito della rete ospedaliera provinciale", approvato dalla Conferenza il 10 luglio 2003 ed a quelli assegnati alla rinnovata (giugno 2006) Direzione generale dalla Giunta della Regione Emilia Romagna.

Il raggiungimento degli obiettivi è stato, peraltro, validato formalmente dalla Giunta Regionale con provvedimento n. 317 del 17 marzo 2008, che in base al disposto dell'art. 3 bis comma 6 del D.Lgs 50/92 ha verificato positivamente i risultati di gestione raggiunti dal Direttore Generale dal momento del suo insediamento, 26 giugno 2006, al termine dell'anno 2007, confermandolo per tutta la durata dell'incarico.

Le principali positività emerse dalla verifica, coincidente di fatto con l'anno 2007, sono pertanto oggetto di un'esauriente illustrazione con il Bilancio di Missione 2007 e sono schematicamente utilizzabili come conclusioni del Direttore generale al Bilancio:

**a)** adozione dell'Atto aziendale, la cui congruità con le direttive regionali è stata verificata dalla Giunta Emilia Romagna con atto n. 2021 del 20 dicembre 2007;

**b)** raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'assistenza ospedaliera:

**a.** sviluppata la integrazione strutturale Policlinico di Modena-Ospedale di Baggiovara, in base agli obiettivi della pianificazione locale;

**b.** elevato il livello di autosufficienza della rete ospedaliera modenese in rapporto alla produzione chirurgica;

**c.** aumentato il numero dei ricoveri di tipo medico in regime ordinario, che hanno determinato nel corso dell'autunno 2007 la necessità di incrementare la dotazione dei posti letto internistici, con contestuale incremento anche del day hospital internistico, settore a rilevante rischio di inappropriata e quindi da sottoporre a seri controlli e verifiche;

**d.** cura particolare per il settore materno-infantile evidenziata da:

**i.** miglioramento del percorso nascita con implementazione del parto naturale, con predisposizione di un'apposita area, e con interventi per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali relative al sostegno dell'allattamento al seno e al puerperio;

**ii.** nell'avviare la valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza al parto;

**iii.** unica nota non positiva, l'aumento

rispetto agli anni precedenti della percentuale di tagli cesarei, pur se con un dato sovrapponibile a quello regionale (30,0%);

**c)** raggiungimento in collaborazione con la Azienda USL MO degli obiettivi previsti dal Piano Regionale per la Prevenzione con particolare riferimento a:

**a.** prevenzione cardiovascolare;

**b.** copertura vaccinale dei soggetti a rischio;

**c.** progettazione e realizzazione degli interventi di screening, con segnalazione particolare per il programma sulla familiarità dei tumori colon-rettali

**d.** tutela della salute e della sicurezza degli utenti

**e.** promozione di stili di vita sani;

**d)** rispetto, relativamente alla situazione economico-finanziaria, degli obiettivi fissati annualmente a livello regionale, pur se con una maggior attenzione da porre sui consumi dei cosiddetti farmaci innovativi;

**e)** incremento del volume degli acquisti in aggregazione della domanda, integrando sempre più le politiche di acquisto aziendali con quelle di Area Vasta Nord Emilia e di Intercent-ER, con contestuale riduzione degli acquisti effettuati a livello aziendale;

**f)** in materia di gestione delle risorse umane:

**a.** adeguata valorizzazione dei sistemi di valutazione e dei relativi sistemi premianti del personale con una loro corretta articolazione con riferimento alle diverse professionalità;

**b.** gestione della contrattazione integrativa aziendale coerente con le linee di indirizzo regionali e con le linee di sviluppo organizzativo aziendale;

**c.** gestione degli organici coerente con gli obiettivi fissati dalla Regione, da rendere più efficaci in collaborazione con la Azienda USL MO con le azioni di governo e controllo dei processi di trasferimento e di riallocazione delle strutture fra Policlinico e Baggiovara;

**g)** raggiunti gli obiettivi fissati in materia di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico; al riguardo si richiama, considerata l'obsolescenza delle strutture del Policlinico di Modena gli interventi conclusi nel corso dell'anno 2007, valorizzabili in 13 milioni di euro e che hanno riguardato 12.000 mq.: uffici servizio formazione; parcheggio ex vivaio; sistemazione provvisoria serv. Tec. Inform. e fisica sanitaria; ostetricia: pronto soccorso, degenze 10 p.l. e sale parto; ingresso e portineria esterni su Largo del Pozzo; odontoiatria: ambulatori; laboratorio per preparazione farmaci in monodose; degenza per libera professione 20 p.l.; nuovo reparto per gastroenterologia ed endoscopia digestiva;

oculistica ambulatori; neonatologia: area madri e ambulatori; pneumologia: studi.

A questi importanti risultati, validati a livello regionale, e alla complessiva positività nell'andamento delle attività assistenziali, ampiamente illustrati con il Bilancio di Missione 2007, la Direzione Generale, nel caratterizzare l'andamento dell'anno 2007, affianca le iniziative, assunte e ben avviate, sul fronte della innovazione: organizzativa, gestionale culturale:

**a)** la sottoscrizione, unitamente alla Azienda USL MO, di un documento sulle azioni di governo da porre in atto nei prossimi anni, che, al di là della riconferma, con puntualizzazioni, della integrazione Policlinico-Baggiovara, avvia un piano di lavoro per la sinergia ed unificazione di tutta una serie di competenze amministrative e tecniche con priorità individuate nei settori della gestione del personale, dei servizi tecnici: attività tecniche e di ingegneria clinica, della sicurezza (626) e dei servizi informativi/informatici;

**b)** la strutturazione del Servizio Ricerca ed Innovazione, che ha permesso di seguire puntualmente ed efficacemente il primo programma Regione-Università per la ricerca sanitaria nel Servizio Sanitario Regionale, che ha visto la nostra Azienda assumere un ruolo importante nel confronto delle altre Aziende ospedaliere-universitarie con impegnativi progetti di ricerca approvati soprattutto nell'area della medicina innovativa: medicina rigenerativa, trapianti ed oncologia; il nuovo Servizio ha inoltre permesso alla Azienda di assumere una posizione di leader nell'attuazione del protocollo d'intesa "Quality Center Network", con protagoniste, oltre alle Istituzioni provinciali e locali, le associazioni imprenditoriali del distretto mirandolese del biomedicale;

**c)** lo sviluppo di progetti di formazione-intervento che hanno coinvolto tutta la dirigenza centrale e amministrativa della Azienda, orientati a sviluppare capacità e competenze negli ambiti del project management, della valutazione e del controllo di gestione;

**d)** l'avvio di ulteriore progetto di formazione-intervento centrato sulla maggiore criticità presente nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie: la integrazione fra assistenza, fornita dal Servizio Sanitario regionale, didattica e ricerca, fornite prevalentemente dalla Università; partendo, infatti, dalla scelta lungimirante, fatta a suo tempo da chi ha amministrato il Policlinico e la Università, alla fine degli anni '90 e all'inizio del nuovo millennio, di avviarsi con ferma determinazione verso i Dipartimenti ad attività integrata, l'attuale Direzione Generale è riuscita a sviluppare un serio lavoro di approfondimento giuridico, concettuale ed operativo sul tema appunto della integrazione, che sta coinvolgendo, non solo tutti i Dipartimenti aziendali, ma quasi tutte le Aziende Ospeda-

liero-Universitarie d'Italia, protagoniste di un tavolo di benchmarking, e si sta aprendo in prospettiva 2009 alle strutture della Europa comunitaria.

La positività dei risultati perseguiti e raggiunti nel corso dell'anno 2007 sprona la Direzione Generale a proseguire con coerenza e determinazione nello sviluppare il proprio mandato nel solco tracciato dal Piano Programmatico Poliennale redatto subito il suo insediamento e che articola i suoi contenuti intorno a tre macro-obiettivi o obiettivi-guida:

- ruolo di eccellenza provinciale e regionale del Policlinico di Modena, con forte impegno all'autosufficienza provinciale e alla integrazione nella rete ospedaliera provinciale;
- ottimizzazione del governo aziendale con mantenimento e consolidamento dell'equilibrio economico;
- celere avanzamento del Piano di Riorganizzazione e Riqualficazione, aggiornato ed attuato.

In questo impegno la Direzione Generale è consapevole di essere adeguatamente supportata dall'impegno e dalla professionalità di tutti i Dirigenti ed i Dipendenti, cui va il merito principale delle positività illustrate dal Bilancio di Missione 2007; dalla collaborazione delle numerose Associazioni del volontariato che operano in Policlinico; dal supporto prezioso delle Istituzioni Regionali, Provinciali e Comunali, compreso il costante contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Modena.

A tutti il sentito ringraziamento della Direzione Generale.





parere  
del comitato  
di indirizzo



Il Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena si è insediato l'11 settembre 2006.

E' chiamato a pronunciarsi – come ogni anno - sul Bilancio di Missione predisposto dall'Azienda per l'anno 2007, nell'ambito e per gli scopi previsti dalla missione assegnatagli dalla Regione Emilia Romagna: “assicurare – tra l'altro - la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università” nonché di “verificare la corretta attuazione del protocollo d'intesa e dei relativi provvedimenti aziendali”.

in questo contesto, si rileva e apprezza che il Bilancio di missione 2007:

- pur essendosi attenuto, come lo scorso anno, al format proposto dalla Regione Emilia Romagna, ha saputo introdurre diversi qualificanti elementi di innovazione; ad esempio, integrando il documento con l'allegato “Linee programmatiche 2007”, ha reso più agevole la lettura e la comprensione della performance aziendale attraverso la comparazione obiettivi – risultati;
- risulta testimonianza completa e molto opportunamente integrata con le informazioni relative alla facoltà di Medicina e Chirurgia ed ai rapporti dell'Azienda con le altre università, elementi importanti che valorizzano il documento e lo rendono più “ufficiale” rispetto alla mission di azienda ospedaliera integrata con l'università, ed inoltre rappresentano la volontà di uscire dall'ambito di riferimento provin-

ziale nell'intento di approdare ad una “modernizzazione” del contesto aziendale;

- conferma i risultati virtuosi dell'Azienda attraverso indicatori di efficienza quali – ad esempio – la diminuzione della durata media dell'esposizione verso i fornitori (che passa da 420 a 375 giorni), a riprova della bontà della strada di innovazione organizzativa intrapresa.

Il Comitato di Indirizzo esprime e sottolinea quindi il proprio apprezzamento:

- per il complessivo miglioramento delle performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena nel 2007;
- per la completezza delle informazioni rese disponibili tramite il Bilancio di Missione 2007 dell'AOU di Modena, che ha saputo perseguire con successo un apprezzabile sforzo: rendere visibile e valorizzare l'incidenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena sull'economia della provincia di Modena.

Il Comitato di Indirizzo

avv. Danilo MORINI, Presidente

dott. Marco BONDI, componente

dott. Roberto RUBBIANI, componente

prof. Aldo TOMASI, componente

dott. Tommaso TRENTI, componente



A large, solid pink circle is positioned in the upper right quadrant of the page, partially overlapping the white background. The word "allegati" is written in white, serif font inside the circle.

allegati



# Allegato A

Prot. n. (ECS/07/53821)

## LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il nuovo Patto sulla salute, sul quale è stata sancita l'intesa in sede di Conferenza Stato/Regioni in data 5 ottobre 2006 (rep. N. 2648), che ha ridefinito lo scenario di finanziamento del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2007-2009, e ha delineato il quadro normativo e programmatico all'interno del quale Governo e Regioni hanno assunto i rispettivi impegni;
- la Legge finanziaria 2007 (legge 27 dicembre 2006, n.296), che riprende e disciplina tutti i temi affrontati col Patto per la Salute;

Preso atto che il livello di finanziamento del sistema sanitario per il triennio 2007-2009, è stato rispettivamente fissato in 96.040, 99.082 e 102.285 milioni di euro, cui si aggiunge un fondo transitorio per le regioni con gravi disavanzi, pari, rispettivamente per i tre anni, a 1.000, 850 e 700 milioni di euro;

Considerato che, rispetto al divario tra livello di finanziamento e spesa tendenziale - prevista per gli anni 2007, 2008 e 2009 rispettivamente in 103.736, 107.095 e 111.116 milioni - la Finanziaria interviene attraverso una pluralità di interventi: contenimento della spesa - in primo luogo quella farmaceutica - omogeneizzazione delle forme di compartecipazione alla spesa quantificati, per il 2007, per circa 2 miliardi:

- 840 milioni in tema di contenimento della spesa farmaceutica;
  - 811 milioni per l'introduzione di una quota fissa sulle ricette di prestazioni specialistiche;
  - 350 milioni restanti per misure varie (ticket Pronto soccorso, abbattimento tariffe laboratori, abbattimento spesa per dispositivi medici, contenimento uso farmaci off label);
- oltre che misure di contenimento della spesa del personale, previste per la generalità delle pubbliche amministrazioni, ma specificatamente applicabili anche al sistema sanitario;

Richiamati i principali punti della Legge aventi impatto finanziario sulla sanità e precisamente:

- in tema di trasferimenti di cassa, viene elevata la misura delle anticipazioni mensili al 97% del finanziamento annuale, quale risulta dall'intesa espressa in merito in sede di Conferenza Stato-Regioni; l'anticipazione viene quindi non solo elevata, ma anche svincolata dalla deliberazione CIPE di riparto delle risorse alle Regioni (il riparto 2006 è stato deliberato dal CIPE a fine novembre, a fronte dell'intesa Stato-regioni espressa nel mese di marzo); nelle more dell'intesa sul 2007, l'anticipazione viene commisurata al livello di finanziamento 2006;

- in tema di investimenti, viene rifinanziato per 3 miliardi il programma straordinario degli investimenti in sanità ex articolo 20 della Legge 67/1988;

- la spesa sanitaria 2006 viene rifinanziata, nella misura di 2 miliardi di euro;
- rispetto ai disavanzi pregressi (anni 2005 e precedenti), vengono consentite modalità di copertura pluriennali da parte delle regioni, per la parte che residua dopo aver agito ai massimi livelli la leva fiscale e previa sottoscrizione di specifico accordo con i Ministeri competenti per il rientro dal disavanzo;

Rilevato come, a fronte del mutato quadro finanziario, siano stati riaffermati e rafforzati gli impegni delle Regioni in tema di responsabilizzazione sugli eventuali disavanzi di gestione:

- la Legge conferma infatti tutti gli adempimenti regionali sanciti con l'Intesa 23 marzo 2005, nonché i criteri e le sedi di verifica, limitando tuttavia al 3% la quota di finanziamento annuale condizionata alla verifica degli adempimenti;
- vengono estesi agli anni successivi al 2006 gli automatismi fiscali già previsti in tema di coperture finanziarie degli eventuali disavanzi di gestione;

Richiamate più puntualmente le previsioni normative in tema di spesa farmaceutica, di gestione delle risorse umane e di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, come segue:

1. rispetto alla **spesa farmaceutica**, la finanziaria conferma per il 2007 tutte le misure adottate dall'AIFA ai fini del rispetto dei tetti fissati dall'articolo 48 della legge 326/2003; l'ulteriore risparmio stimato sul 2007 è valutato in 800 milioni di euro.

Le risorse finanziarie vincolate alla verifica del rispetto dei tetti della farmaceutica e trattenute per gli anni 2005 e 2006 (rispettivamente 1.000 e 1.200 milioni di euro), per le regioni che comunque abbiano provveduto alla copertura dei propri eventuali disavanzi, vengono svincolate alle seguenti condizioni:

- introduzione dei ticket, con riferimento al superamento del tetto del 13% per la spesa farmaceutica convenzionata,
- presentazione di un piano di contenimento della spesa ospedaliera, con riferimento al superamento del tetto del 3% per la spesa farmaceutica non convenzionata entro la data del 28 febbraio 2007; questa Giunta ha già provveduto, con deliberazione n.227 del 26 febbraio;

2. in merito alla gestione delle **risorse umane**, la Legge Finanziaria per il 2007, al comma 565, in un'ottica di semplificazione rispetto agli esercizi precedenti, ha definito un percorso applicativo coerente con gli obiettivi fissati dal Patto per la salute prevedendo a carico delle Aziende del SSR i seguenti passaggi:

- l'adozione di misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni;

- la rilevazione e successiva revisione delle consistenze organiche aziendali, secondo un programma finalizzato al contenimento della spesa complessiva del personale nell'ambito del quale venga altresì valutata la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;

- la verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di governo della spesa, nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. A tal fine la Regione sarà giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento dell'obiettivo di diminuzione previsto. In caso contrario la Regione sarà considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.

3. Vengono introdotte nuove misure di **compartecipazione alla spesa** da parte degli assistiti:

- una quota fissa di 10 euro per ogni ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

- una quota fissa di 25 euro per le prestazioni di Pronto soccorso codificate come codice bianco e viene disciplinata la remunerazione delle prestazioni specialistiche e di laboratorio erogate dalle strutture private accreditate, prevedendo uno sconto pari al 2 e al 20% delle rispettive tariffe;

Considerato il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale per il 2007 :

- 6.757 milioni di euro (al netto di 172 milioni di entrate dirette stimate a livello nazionale), quale quota della Regione Emilia-Romagna definita in sede di Accordo tra le Regioni, cui si aggiungono le risorse per il perseguimento degli obiettivi prioritari nazionali, stimati in 100 milioni, **per un totale di 6.857 milioni di euro**; l'aumento rispetto al livello di finanziamento 2006 è del 7,75%; l'incremento percentuale rispetto alla spesa 2006 è invece pari al 2,25%;

- 289 milioni quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità inter-regionale;

- 400 milioni circa di entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese;

cui si aggiungono i maggiori introiti derivanti dalle nuove misure di compartecipazione alla spesa introdotte dalla Finanziaria;

Richiamati gli impegni sottoscritti dalle Regioni con il Patto per la salute in merito all'assunzione di autonomia nell'utilizzo delle risorse e di responsabilità di bilancio rispetto all'adozione di misure per il ripiano dei disavanzi;

Richiamata la complessiva manovra tributaria, finanziaria e di bilancio varata dall'Assemblea legislativa per il 2007 e per il triennio 2007-2009 (rispettivamente Leggi regionali 20 dicembre 2006, n.19 e 29 dicembre 2006, n. 20 e 21), con la quale la regione ha rimodulato addizionale IRPEF e IRAP, al fine di assicurare al bilancio regionale maggiori entrate, prioritariamente destinate, per un ammontare pari a 200 milioni di euro, a garantire l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale e a finanziare il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), elevando ed ampliando il livello dei servizi dell'area della integrazione socio-sanitaria, oltre che a sostenere lo sviluppo regionale per 40 milioni;

Ritenuto pertanto che l'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale costituisca una priorità per il corrente esercizio e che rappresenti anche condizione per garantire un governo flessibile del personale e assicurare lo sviluppo dell'area della integrazione socio-sanitaria;

Riconosciuta l'esigenza, con le risorse stanziati dal Bilancio regionale per il 2007, di dare prioritariamente copertura finanziaria al disavanzo che si sta registrando in chiusura d'esercizio nei bilanci delle aziende del servizio sanitario regionale per il 2006, riservando agli stanziamenti del Bilancio regionale 2008, già previsti e destinati alla sanità, provenienti dalla manovra fiscale, la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale per il 2007;

Ravvisata la necessità di formulare gli obiettivi di bilancio cui vincolare le Direzioni aziendali per il 2007 in coerenza con l'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale e alla luce delle complessive risorse a disposizione, derivanti dai riparti nazionali, dalle misure di compartecipazione alla spesa definite dalla Finanziaria, nonché dalla richiamata manovra regionale;

Valutata l'esigenza di impegnare le direzioni delle aziende sanitarie regionali alla predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria per il 2007 nel rigoroso rispetto delle linee di indirizzo definite in allegato al presente provvedimento;

Ritenuto in questa sede di procedere alla destinazione delle risorse derivanti dai riparti nazionali, quantificati in 6.857 milioni di euro, tenuto conto che proventi per mobilità inter-regionale ed entrate proprie aziendali, pur concorrendo alla copertura della complessiva spesa sanitaria regionale, debbano essere contabilizzati nei bilanci aziendali in relazione alle prestazioni e servizi effettivamente resi nel periodo, come segue:

1. quanto a 6.547,421 milioni, vengono destinati alla copertura dei livelli essenziali di assistenza, come segue:

- 5.937,820 sono ripartiti tra le Aziende Usl sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione residente

all'1/1/2006;

- 211,270 affluiscono al FRNA e sono oggetto di specifico atto di riparto da parte della Giunta regionale;

- 6 vengono accantonati per far fronte all'adeguamento del riparto a quota capitaria, sulla base della consistenza effettiva della popolazione all'1/1/2007;

- 16,5 verranno ripartiti tra le aziende USL in relazione alle prestazioni termali rese a favore di cittadini residenti;

- 42,700 sono destinati all'assistenza ai pazienti dimessi dagli ex Ospedali Psichiatrici e a finanziamento dei progetti di innovazione afferenti l'area della salute mentale;

- 48,381 finanziano l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente; la somma è comprensiva del finanziamento del progetto triennale "Organizzazione di un sistema di sorveglianza ambientale e valutazione epidemiologica nelle aree circostanti gli impianti di incenerimento rifiuti solidi urbani in Emilia-Romagna", per la prima annualità;

- 200,000 milioni sono ripartiti tra le aziende, in continuità con gli anni precedenti, avendo a parametro di riferimento il personale dipendente;

- 23 finanziano la funzione "Emergenza e 118";

- 11 finanziano la funzione "sangue ed emoderivati";

- 6,200 finanziano la funzione "trapianti" e medicina rigenerativa;

- 19,150 finanziano altre funzioni hub e sovra-aziendali, quali trauma center, unità spinale, genetica, ecc.;

- 1,550 finanziano il programma di interventi sanitari a carattere umanitario;

- 1,800 sono destinati all'assistenza farmaceutica nelle carceri;

- 10,000 vengono accantonati a finanziamento degli obiettivi specifici di produzione degli Ospedali privati accreditati;

- 12,050 finanziano specificità aziendali non riflesse nei criteri di ponderazione della popolazione;

2. quanto a 76,660 milioni, vengono destinati a finanziamento del Sistema integrato con l'Università, di cui:

- 53 a titolo di integrazione tariffaria per l'impatto che ricerca e didattica hanno sui costi di produzione delle aziende Ospedaliero-Universitarie; si è provveduto in tal modo ad adeguare tale contributo all'8% del fatturato delle Aziende per prestazioni di degenza infra-regionale; quota-parte di tale contributo, 10 milioni, sono vincolati a specifici progetti di eccellenza;

- 9,660 finanziano, in continuità rispetto agli anni precedenti, l'estensione di benefici contrattuali al personale universitario e al personale dipendente dagli Istituti Ortopedici Rizzoli;

- 14 per i Corsi universitari delle professioni sanitarie;

3. quanto a 37,969 milioni di euro, finanziano strutture, funzioni e attività a valenza regionale, di cui:

- 4 per il finanziamento dell'Agenzia sanitaria regionale;

- 29,969 per obiettivi e progetti per l'innovazione;

- 4,000 per altre funzioni a gestione accentrata regionale (sistemi informativi, materiale di consumo, ecc.);

4. 50,950 milioni vengono ripartiti, quale fondo di riserva, a sostegno dei processi di rientro dai deficit strutturali, in continuità con gli esercizi passati;



5. 10 milioni vengono accantonati per far fronte al differenziale di tariffa per le prestazioni rese dai produttori in mobilità inter-regionale (articolo 1, commi 170 e 171 della L.311/2005);

6. 50 milioni vengono destinati alla integrazione, per il 2007, del FRNA;

7. 84 milioni verranno ripartiti tra le aziende sanitarie in relazione agli obiettivi economico-finanziari assegnati;

quantificando in 100 milioni di euro il fabbisogno residuo a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale per il 2007, da finanziarsi a carico del bilancio regionale 2008, con le risorse derivanti dalla manovra fiscale sopra riportata;

Richiamata la Legge regionale n. 29/2004 " Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" che all'articolo 3, comma 2 stabilisce che le aziende USL siano finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi;

Acquisita la relazione " Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna - Anno 2007", allegata parte integrante del presente provvedimento;

Ritenuto che si debba procedere con il presente provvedimento all'assegnazione degli obiettivi specifici in capo alle Direzioni generali delle aziende sanitarie, tali da riflettere le specifiche condizioni aziendali;

Ritenuto altresì che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifica straordinaria entro il mese di settembre;

Visto il parere favorevole espresso dalla Commissione Consiliare Sanità e Politiche Sociali nella seduta pomeridiana del 9 maggio 2007;

Richiamata la propria deliberazione n. 450 del 3 aprile 2007, "Adempimenti conseguenti alle delibere 1057/2006 e 1663/2006. Modifiche agli indirizzi approvati con delibera 447/2003 e successive modifiche";

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 450/2007 del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale alla Sanità e Politiche sociali Dott. Leonida Grisendi;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

a) di dare atto che le risorse a finanziamento del servizio sanitario regionale per il 2007 ammontano a complessivi 6.857 milioni di euro, di cui 6.757 milioni di euro derivanti dal riparto per Livelli di assistenza di cui all'Intesa Stato-Regioni del 15 marzo 2007, cui si aggiungono le risorse per il perseguimento degli obiettivi prioritari nazionali, stimati in 100 milioni;

b) di quantificare in 100 milioni di euro il fabbisogno residuo a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale per il 2007, da finanziarsi a carico del bilancio regionale 2008, con le risorse derivanti dalla manovra fiscale in premessa illustrata e qui integralmente richiamata;

c) di destinare le complessive risorse così come in premessa definito e rappresentato in Tabella 1, allegata parte integrante del presente provvedimento;

d) di provvedere al finanziamento delle aziende USL secondo i criteri e i contenuti illustrati nel documento " Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna - Anno 2007", allegato parte integrante del presente provvedimento (Allegato A) per un ammontare pari a 5.937,820 milioni di euro, riservando a successivi e separati provvedimenti il riparto tra le aziende delle restanti somme accantonate;

e) di allegare le "Linee di programmazione per il 2007", documento allegato e parte integrante del presente provvedimento (Allegato B), quale strumento utile alla predisposizione dei bilanci e di indirizzo rispetto alla più complessiva gestione aziendale, rinviando a specifici provvedimenti di questa Giunta e a linee di indirizzo puntuali in ordine alle tematiche non trattate nel documento;

f) di assegnare alle Direzioni delle aziende sanitarie regionali gli obiettivi economico-finanziari per il corrente esercizio, nella misura per ciascuna azienda indicato al capitolo 1 del documento Allegato B di cui sopra; gli obiettivi riflettono le specifiche condizioni aziendali e assicurano contemporaneamente un risultato complessivo compatibile con le risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale, rivenienti da riparti nazionali e da risorse aggiuntive regionali, così come definito ai punti a) e b) del presente atto;

g) di dare espressamente atto che gli indirizzi relativi all'area della integrazione sanitaria sono specificatamente contenuti nella deliberazione di questa Giunta n. 509 del 16/04/2007 "Fondo regionale per la Non Autosufficienza. Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009";

h) di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifica straordinaria entro il mese di settembre, e che dell'esito delle verifiche debbano essere informate le Conferenze territoriali sociali e sanitarie;

i) di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino ufficiale della regione.

<b>FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - PROGRAMMAZIONE 2007</b>		<b>TABELLA 1</b>
	(importi in migliaia di euro)	<b>Previsione 2007</b>
<b>1</b>	<b>FINANZIAMENTO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA</b>	<b>6.547.421</b>
	Risorse distribuite a quota capitaria	5.937.820
	<b>Finanziamento integrazione socio sanitaria - Quota consolidata 2006 a finanziamento del FRNA</b>	<b>211.270</b>
	Adeguamento dei finanziamenti alla popolazione all'1 gennaio	6.000
	Assistenza termale	16.500
	Assistenza ai pazienti dimessi dagli ex OO.PP e progetti di innovazione Salute Mentale	42.700
	ARPA (comprensivi i progetti)	48.381
	Oneri vari personale dipendente (esclusività,...)	200.000
	<b>Progetti e funzioni sovra-aziendali: - Specificità aziendali</b>	
	Emergenza 118	84.750
	Progetto sangue ed emoderivati	23.000
	Trapianti e medicina rigenerativa	11.000
	Altre funzioni sovra-aziendali	6.200
	Interventi sanitari a carattere umanitario	19.150
	Assistenza farmaceutica nelle carceri	1.550
	Obiettivi specifici Ospedali privati accreditati da utilizzare in ambito aziendale in relazione al nuovo Accordo	1.800
	Specificità aziendali	10.000
		12.050
<b>2</b>	<b>FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'</b>	<b>76.660</b>
	Integrazione tariffaria per impatto di ricerca e didattica	43.000
	Integrazione tariffaria su progetti di ricerca	10.000
	Esclusività di rapporto del personale universitario (compreso personale II.OO.RR.)	9.660
	Corsi universitari delle professioni sanitarie	14.000
<b>3</b>	<b>FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE</b>	
	Agenzia Sanitaria Regionale	<b>37.969</b>
	Obiettivi e progetti per l'innovazione...	4.000
	Altro (sistemi informativi, materiali di consumo ....)	29.969
		4.000
<b>4</b>	<b>FONDO DI SOSTEGNO AI PIANI DI RIENTRO (quota storica)</b>	<b>50.950</b>
<b>5</b>	<b>ACCANTONAMENTO</b>	<b>84.000</b>
<b>6</b>	<b>DIFFERENZIALE TARIFFE REGIONALI/TUC</b>	<b>10.000</b>
<b>7</b>	<b>Ulteriore contributo al FRNA</b>	<b>50.000</b>
	<b>TOTALE FONDO SANITARIO REGIONALE</b>	<b>6.857.000</b>
	<b>ULTERIORI RISORSE REGIONALI A GARANZIA DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO</b>	<b>100.000</b>

**Tabella 2**  
**FINANZIAMENTO 2007**  
**Coefficienti di assorbimento per livelli di**  
**assistenza**

Aziende USL	Prevenzione collettiva		Ospedaliera							TOTALE		
	(1)		Farmaceutica territoriale	MMG (2)	Specialistica (3)	Salute Mentale (4)	Dipendenze patologiche (5)	Rete cure palliative - ADI e HOSPICE (6)	Residenze aie e semi (7)		Altro (8)	(9)
Piacenza	0,316		0,995	0,418	0,974	0,232	0,064	0,155	0,531	0,107	3,070	6,861
Parma	0,502		1,454	0,669	1,450	0,356	0,105	0,226	0,770	0,165	4,493	10,190
Reggio Emilia	0,583		1,592	0,801	1,636	0,437	0,099	0,235	0,785	0,207	4,936	11,312
Modena	0,733		2,196	1,058	2,238	0,585	0,118	0,323	1,069	0,273	6,681	15,274
Bologna	0,802		2,952	1,325	2,924	0,698	0,249	0,457	1,550	0,323	8,882	20,163
Imola	0,115		0,435	0,200	0,433	0,107	0,039	0,066	0,223	0,050	1,312	2,980
Ferrara	0,350		1,315	0,557	1,277	0,293	0,081	0,203	0,683	0,132	3,973	8,864
Ravenna	0,377		1,331	0,555	1,307	0,311	0,092	0,206	0,703	0,144	3,955	8,981
Forlì	0,208		0,637	0,284	0,629	0,152	0,036	0,099	0,340	0,070	1,921	4,376
Cesena	0,211		0,646	0,301	0,660	0,172	0,037	0,093	0,304	0,080	1,926	4,430
Rimini	0,304		0,947	0,461	0,972	0,256	0,079	0,136	0,442	0,120	2,850	6,568
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>4,50</b>		<b>14,50</b>	<b>6,63</b>	<b>14,50</b>	<b>3,60</b>	<b>1,00</b>	<b>2,20</b>	<b>7,40</b>	<b>1,67</b>	<b>44,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Totale comprensivo di ARPA</b>	<b>5,24</b>											

(1) I criteri adottati sono specifici per funzione: la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti ; per la funzione veterinaria si è utilizzata l'attività pesata. Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare.

(2) L'assegnazione, fatta sulla base della distribuzione dei costi, tiene conto anche della previsione di maggiori oneri dovuti al rinnovo delle convenzioni.

(3) La popolazione è stata corretta tenendo conto degli studenti imputati al 25%.

(4) L'assegnazione è stata fatta sulla base della pop. residente di età 18 - 64 anni ; per la neuropsichiatria infantile si è tenuto conto della pop. < 18 aa. Non comprende i finanziamenti per l' ex O.P. finanziato ad hoc, e l' assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello; considerando anche queste voci le quote destinate alla Salute mentale si attestano attorno al 5%.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcolodipendenza.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni.

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enne. La quota del livello comprende anche la parte destinata ad alimentare il FRNA ( il 3%)

(8) Comprende l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'handicap; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età < 65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4.

(9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2003-2005, e day hospital . Per la degenza in regime ordinario sono stati considerati i consumi anche degli ultra 85 -enni.

Tabella 3  
FINANZIAMENTO 2007  
Assegnazione risorse per livelli di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale										Ospedalliera	TOTALE	Contributo del livello residenziale al FRNA (10)	TOTALE
		(1)	Famaceutica territoriale	MMG (2)	Specialistica (3)	Salute mentale (4)	Dipendenze Patologiche (5)	Rete cure palliative ADI e HOSPICE (6)	Residenziale e semi (7)	Altro (8)	(9)				
Piacenza	19.326.670	60.915.953	25.579.943	59.636.377	14.194.057	3.919.100	9.513.892	19.359.670	6.519.129	197.089.566		406.653.375	13.124.443	419.977.819	
Parma	30.699.477	89.007.210	40.967.595	88.732.757	21.806.312	6.452.326	13.810.230	28.103.349	10.091.598	275.008.838		604.679.661	19.052.011	623.731.672	
Reggio Emilia	35.695.865	97.445.698	49.050.543	100.116.245	26.772.063	6.053.680	14.386.330	28.645.898	12.656.892	302.148.625		672.962.049	19.419.620	692.381.669	
Modena	44.650.874	134.406.074	64.775.193	136.959.300	35.793.395	7.225.324	19.761.757	38.982.341	16.724.378	488.962.527		908.441.163	26.427.171	934.868.334	
Bologna	49.099.305	180.663.752	81.103.076	178.967.683	42.744.476	15.266.713	27.989.632	56.557.726	19.769.815	543.632.661		1.195.795.028	38.341.993	1.234.137.021	
Imola	7.046.287	26.628.266	12.262.716	26.516.051	6.560.295	2.397.368	4.042.661	8.116.796	3.056.937	80.305.204		176.924.562	5.603.949	182.428.511	
Ferrara	21.441.114	60.499.726	34.114.637	78.181.598	17.904.428	4.930.624	12.433.066	24.896.650	8.070.134	243.207.147		525.679.125	16.078.105	542.557.230	
Ravenna	23.074.446	81.462.039	33.981.472	80.021.893	19.042.250	5.614.175	12.636.395	25.650.731	8.790.950	242.063.764		532.330.906	17.389.316	549.720.222	
Forlì	12.726.951	38.992.201	17.367.424	38.478.663	9.288.201	2.222.922	6.088.466	12.400.874	4.299.688	117.582.445		259.447.834	8.406.884	267.854.718	
Cesena	12.886.433	39.557.367	18.393.700	40.387.117	10.544.555	2.269.302	5.694.788	11.095.689	4.906.113	117.906.199		263.641.242	7.522.060	271.163.293	
Rimini	18.599.459	57.939.794	28.224.095	59.522.216	15.688.466	4.866.637	8.300.913	16.128.968	7.332.069	174.453.434		381.057.063	10.934.258	401.991.322	
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>275.436.900</b>	<b>887.518.900</b>	<b>405.810.366</b>	<b>887.518.900</b>	<b>220.349.520</b>	<b>61.208.200</b>	<b>134.658.040</b>	<b>269.940.689</b>	<b>102.217.694</b>	<b>2.693.160.800</b>		<b>5.937.820.000</b>	<b>183.000.000</b>	<b>6.120.820.000</b>	
<b>Totale comprensivo di ARPA</b>	<b>322.936.900</b>														

(1) I criteri adottati per funzione, la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti ; per la funzione veterinaria si è utilizzata l'attività pesata. Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare.

(2) L'assegnazione, fatta sulla base della distribuzione dei costi, tiene conto anche della previsione di maggiori oneri dovuti al rinnovo delle convenzioni.

(3) La popolazione è stata corretta tenendo conto degli studenti imputati al 25%.

(4) L'assegnazione è stata fatta sulla base della pop. residente di età 18 - 64 anni ; per la neuropsichiatria infantile si è tenuto conto della pop. < 18 aa. Non comprende i finanziamenti per l'ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello; considerando anche queste voci le quote destinate alla Salute mentale si attestano attorno al 5%.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcolodipendenza.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni.

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enne per il 4,4%; la quota corrispondente al 3% è esclusa in quanto destinata ad alimentare il FRNA.

(8) Comprende l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'handicap; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età-65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4.

(9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2003-2005, e day hospital. Per la degenza in regime ordinario sono stati considerati i consumi anche degli ultra 85-enni.

(10) Parte del livello residenziale- 3% - è destinato ad alimentare il FRNA e qui evidenziato ed assegnato sulla base della popolazione ultra 75-enne

ALLEGATO A

Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna Anno 2007

**Premessa**

L'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende USL del Sistema sanitario regionale, secondo quanto ribadito anche dalla Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004, all'art. 3 comma 2, viene effettuata in base alla numerosità della loro popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche.

Obiettivo del modello è l'equità distributiva; il suo metodo è la trasparenza dei criteri empirici utilizzati per determinare la quota capitaria ponderata di finanziamento per ciascuna USL.

Per l'assegnazione 2007, si evidenzia:

- 1) L'avvio della costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) in attuazione dell'art. 51 della Legge Regionale 27/2004. Per la sua costituzione sono confluite le risorse sanitarie dell'assegno di cura per anziani, quello per le grandi disabilità acquisite, e parte delle risorse dedicate all'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani.
- 2) I criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna USL all'1/1/2006. Si assiste ormai da diversi anni ad un aumento della popolazione regionale complessiva, strettamente connessa all'immigrazione, non omogeneamente distribuita su tutti gli ambiti territoriali e, contemporaneamente, alla riduzione della popolazione residente in taluni ambiti. Anche quest'anno è comunque prevista la verifica della popolazione residente all'1/1/2007, con relativo conguaglio finanziario.
- 3) Come ciascun anno, sono stati aggiornati i dati relativi all'utilizzo dei diversi servizi che stanno alla base del sistema di ponderazione, ma non sono cambiati i criteri. Di seguito sono illustrate, per ciascun livello essenziale di assistenza, le modifiche introdotte per l'anno 2007.

### **1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro ( 4,5% )**

La quota assegnata a questo livello non subisce, in percentuale, variazioni rispetto agli anni precedenti. Complessivamente, e tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il **5,25%** delle risorse assegnate.

I criteri non hanno subito variazioni, ma sono state aggiornate le basi informative utilizzate relative all'ultimo anno disponibile. Le quote d'assorbimento di ciascuna delle funzioni individuate, riportate di seguito, sono state stimate sulla base dei costi del personale.

- **Igiene pubblica:** assorbe il 44% delle risorse del primo livello.  
L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2006 integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede. In particolare sulla base dei dati forniti dall'Assessorato al Turismo relativi all'anno 2005, sono stati considerati i flussi turistici dell'Appennino emiliano-romagnolo, della riviera e dei capoluoghi di provincia. La numerosità della presenza turistica e la sua durata è stata espressa in numero di persone-anno equivalenti. Per gli iscritti all'Università residenti fuori provincia, sono stati utilizzati i dati forniti dall'Assessorato alla Formazione ed Università relativi all'anno accademico 2005-2006, anch'essi rapportati a persone-anno equivalenti.
- **Sicurezza e igiene del lavoro:** assorbe il 18% delle risorse del primo livello. I criteri hanno tenuto conto del numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti.
- **Verifiche di sicurezza:** assorbe il 6,5% delle risorse del livello, distribuite in base al numero degli impianti da verificare.
- **Veterinaria:** assorbe il 31,5% delle risorse del primo livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE) e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2006 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

### **2° Livello: Assistenza Distrettuale ( 51,5% )**

A questo livello sono state assegnate, come per il 2006, il 51,5% delle risorse disponibili per l'attribuzione con quota capitaria pesata. Il livello è ulteriormente suddiviso per specifiche funzioni, per ciascuna delle quali sono stati elaborati criteri puntuali, che tengono conto degli indirizzi della programmazione regionale.

- **Assistenza farmaceutica** (14,5% del totale complessivo). Le risorse sono state ripartite per quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2006 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale "assistenza farmaceutica territoriale". Il volume delle risorse dedicate al livello è coerente con il tetto di spesa del 13% previsto dalla L. 405/2001.
- **Medici di medicina generale** (6,63% del totale complessivo, superiore al 2006 dello 0,63%). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale (guardia medica): il rinnovo della convenzione ha determinato l'incremento di risorse dedicate. Come per gli anni precedenti, data la scarsa flessibilità di questa voce di spesa, sono stati utilizzati come criteri di assegnazione i costi stimati relativi alle quote previste dalla convenzione, che comprendono anche gli eventuali ulteriori costi per i cittadini presenti non residenti (studenti, stranieri, ecc.).
- **Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale** (14,5% del totale complessivo). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2005 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. La popolazione residente all'1/1/2006 è stata corretta tenendo conto della presenza di studenti, imputati al 25%.
- **Salute mentale** (3,6%, come per il 2006). Le risorse relative alla funzione di neuropsichiatria infantile rappresentano lo 0,6% del complesso (il 17% di questa funzione) e sono state assegnate sulla base della distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. La assistenza psichiatrica per adulti, che assorbe il 3% delle disponibilità, è stata invece assegnata in base alla popolazione residente di età 18-64.  
Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero e i progetti speciali. Le risorse complessivamente destinate all'assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto "Assistenza ai dimessi ex OO.PP." e quelle ricomprese nel livello "Assistenza Ospedaliera" (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.
- **Dipendenze patologiche** (1%, nessuna variazione rispetto al 2006). Il criterio di assegnazione è stato modificato: la popolazione residente in età 15-54 anni è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali e non con l'incidenza (i casi nuovi) come avveniva precedentemente. Questa scelta è stata determinata dall'evoluzione osservata nell'uso delle sostanze stupefacenti.
- **Rete delle cure palliative - assistenza domiciliare e hospice** - (2,2%, come per il 2006). Dal momento che oltre 150 persone ogni 1000, di età oltre gli 80 anni, sono state assistite a domicilio nel corso del 2005, il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione prevede che, il 25% viene assegnato sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45-74 anni, ed il restante 75% in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.
- **Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale** (7,4%, come per il 2006). L'avvio del FRNA ha comportato che parte della quota di questo livello - 3% - alimenti il FRNA. La restante quota del livello - 4,4% - è assegnata, come gli anni scorsi, sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75-enne. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
- **Altre funzioni assistenziali** (1,67%, con un leggero incremento rispetto al 2006)  
All'interno di questa funzione sono stati evidenziati, in particolare, i programmi "salute donna" e "salute infanzia". Le risorse destinate a "salute donna" corrispondono allo 0,3% delle risorse complessivamente disponibili a livello regionale, e sono state assegnate in base alla numerosità delle donne in età feconda (da 14 a 49 anni). Al programma "salute infanzia" è assegnato lo 0,2% delle risorse complessive e distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota residuale 1,17% è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione di età inferiore ai 65 anni ed è comprensiva anche dall'assistenza ai disabili.

### **3° Livello: Assistenza ospedaliera ( 44% )**

A questo livello, sono state assegnate il 44,0% delle risorse complessive. La ponderazione della popolazione è stata effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici, per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2005, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

All'utilizzo dei servizi è stato applicato una correzione con un indicatore proxy del bisogno, applicato alla sola degenza ordinaria, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito al triennio 2003-2005.

ALLEGATO B

LINEE DI PROGRAMMAZIONE PER IL 2007

Il presente documento, allegato al provvedimento con cui viene definito il complessivo scenario finanziario, nazionale e regionale, entro il quale il Servizio sanitario regionale deve impostare la propria azione per il 2007, riprende alcuni temi specifici della programmazione regionale, certamente non esaustivi, ma funzionali ad impostare azioni di governo aziendale coerenti con la complessiva manovra economico-finanziaria definita per il 2007 dalla Giunta Regionale.

Ulteriori indicazioni regionali potranno essere emanate sia in coincidenza al monitoraggio trimestrale sulle gestioni aziendali, sia a seguito della approvazione del piano sociale e sanitario.

Vengono pertanto affrontati i seguenti temi:

1. Predisposizione dei bilanci preventivi economici, obiettivi economico-finanziari e monitoraggio infra-annuale
2. Gestione delle Risorse Umane
3. Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica
4. Politiche d'acquisto e di beni e servizi: interventi in area vasta e tramite l'Agenzia regionale Intercent-ER
5. Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali
6. Politiche di risparmio energetico e rispetto ambientale; politiche tariffarie e fonti energetiche
7. Innovazione tecnologica
8. Gestione del rischio - Le coperture assicurative
9. I Piani aziendali di contenimento dei tempi d'attesa
10. Accordi con i Medici di medicina generale
11. Lungodegenza
12. Sistema informativo
13. Assistenza odontoiatrica
14. Sanità pubblica
15. Sicurezza nei luoghi di lavoro

Relativamente ai temi dal n° 2 al n° 8, le aziende predispongono entro il 31 maggio uno specifico programma di intervento, da verificarsi trimestralmente.

Si richiama per il corrente anno l'obiettivo delle Direzioni aziendali a concludere l'iter di approvazione degli atti aziendali e a sostenere con il massimo impegno l'avvio del Fondo regionale per la Non Autosufficienza.

## **1. Predisposizione dei bilanci preventivi economici, obiettivi economico- finanziari e monitoraggio infra-annuale**

### **Premessa**

La programmazione finanziaria 2007 per il Servizio sanitario regionale viene impostata avendo a riferimento il mutato quadro nazionale, a partire dal nuovo Patto per la salute del 28 settembre 2006, con il quale Governo e Regioni hanno ridefinito impegni e prospettive per il triennio 2007-2009. Il Patto, così come la successiva Legge finanziaria, se da un lato assicurano stabilità e maggiori certezze sulle risorse a disposizione, che pure non coprono l'intero fabbisogno finanziario del servizio sanitario regionale, dall'altro confermano tutti gli obblighi posti dalla normativa precedente in capo alle Regioni, pur in una piena disponibilità a rivedere regole e contenuti degli adempimenti previsti.

Rimangono pertanto confermati i vincoli fissati dall'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 e dalla successiva legge finanziaria 2006 (L. 266/2005), in tema di obbligo all'equilibrio economico-finanziario sia in sede previsionale che in corso d'anno, da verificarsi tramite monitoraggio trimestrale.

Col Patto le regioni, a fronte delle maggiori risorse assicurate a finanziamento della sanità e di una rinnovata autonomia circa il loro utilizzo, hanno assunto piena responsabilità di bilancio per il ripiano degli eventuali disavanzi.

La Regione Emilia Romagna ha approvato una manovra tributaria e di bilancio per il triennio 2007-2009 finalizzata ad assicurare risorse aggiuntive, per ogni anno, pari a 240 milioni: 100 a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale, 100 per ampliare l'offerta pubblica di servizi per l'area socio-sanitaria, a finanziamento del Fondo Regionale per la Non autosufficienza e 40 per investire nello sviluppo regionale.

L'orientamento assunto era quello di assicurare al disavanzo maturato nel servizio sanitario regionale per il 2006 (anno di rilevante sofferenza finanziaria) una copertura pluriennale, in 2-3 esercizi, onde finalizzare le maggiori risorse, disponibili nel bilancio regionale, già dal 2007 a sostegno del FRNA e a copertura di prestazioni comunque assicurate nel 2007 dal SSR, ma non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

A fronte della indisponibilità, da parte del Ministero dell'economia, ad accettare coperture, ancorché certe, di carattere pluriennale, 150 milioni stanziati dal bilancio regionale sul 2007 vengono destinati a dare copertura al disavanzo 2006, al fine di evitare le procedure sanzionatorie previste in caso di mancata copertura al tavolo di verifica ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005.

Pertanto, per il 2007, le maggiori risorse da assicurare all'avvio del FRNA, saranno reperite, in aggiunta ai 50 milioni stanziati dal bilancio regionale, a carico del Fondo sanitario regionale per aggiuntivi 50 milioni.

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale per il 2007 dovranno essere utilizzate le risorse a carico del bilancio regionale provenienti dalle ricadute sul bilancio regionale della manovra tributaria varata dall'Assemblea Legislativa a fine anno, già previste per il 2008 a copertura del 2006.

Il quadro dei vincoli di bilancio assegnati alle aziende sanitarie dall'assessore alle politiche per la salute su delega della Giunta tiene pertanto conto del un complessivo quadro finanziario come sopra definito.

### **I preventivi aziendali 2007**

La predisposizione dei Preventivi economici per il 2007 dovrà essere impostata coerentemente all'obiettivo economico finanziario assegnato a ciascuna azienda e con riferimento al quadro delle risorse definito in allegato alla delibera di finanziamento.

Dovrà essere contabilizzata la ricaduta sui bilanci aziendali delle nuove forme di compartecipazione introdotte dalla legge finanziaria; in sede preventiva la stima dei maggiori introiti dovrà essere formulata, in via prudenziale, nella misura di 50 milioni di euro, rispetto ad una piena applicazione del valore definito a livello nazionale ( 60 milioni teorici per l'Emilia-Romagna sugli 811 nazionali). Le misure introdotte dalla Finanziaria partecipano infatti a pieno titolo a definire il quadro delle complessive risorse a disposizione per il 2007.

Sul versante della spesa, per aggregati specifici:

**Beni e servizi:** Si conferma anche per l'esercizio 2007 la necessità di contenerne l'aumento entro il limite del 2%; le particolari esigenze aziendali, che richiedano incrementi superiori, emerse anche in sede di concertazione, dovranno essere adeguatamente motivate nella relazione illustrativa;

La ricaduta delle manovre AIFA in vigore e le disposizioni contenute nella Legge finanziaria mirano a stabilizzare la spesa farmaceutica, sia ospedaliera che convenzionata. Pertanto l'incremento del 2% per l'intera categoria dei beni di consumo mira a fronteggiare anche i maggiori oneri connessi all'acquisto farmaci, sia ad impiego ospedaliero che per la distribuzione diretta.

**Spesa farmaceutica convenzionata:** alla luce di quanto sopra esposto, in sede di concertazione tale spesa dovrà essere confermata nei medesimi valori del 2006.

**Personale:** il governo delle risorse umane e gli specifici obiettivi ad esso correlati sono di seguito illustrati. Per gli **Accantonamenti per rinnovi contrattuali**, si definisce nel 2% del Monte salari 2005 l'onere da indicare per il 2007, coerentemente alle previsioni della Legge finanziaria.

**Spesa per Accordi integrativi regionali Medici di Medicina Generale;** dovrà essere contabilizzata la relativa ricaduta, vincolata agli obiettivi specifici individuati in sede regionale e aziendale.

**Tariffe:** per le prestazioni di degenza si prevede un incremento medio del 2%, del quale le aziende dovranno tenere conto sia per quanto riguarda le prestazioni degli ospedali privati accreditati sia per le prestazioni rese in regime di mobilità; le tariffe delle prestazioni specialistiche saranno oggetto di valutazione in corso d'anno, in coerenza con le decisioni che verranno assunte in sede di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino

**Avvio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza;** Il 2007 rappresenta l'anno di avvio del FRNA di cui all'articolo 51 della LR 27/2004

Il Fondo sarà oggetto di contabilità separata e destinazione vincolata all'interno dei bilanci delle aziende USL, a far tempo dall'1/1/2007.

A tal fine in corso d'anno saranno assunte le linee di indirizzo in materia.

La programmazione pluriennale deve essere impostata prevedendo un incremento del livello di finanziamento dell'ordine del 3%.

### **La definizione degli obiettivi economico-finanziari e il relativo monitoraggio**

La fissazione degli obiettivi specifici per ciascuna Azienda viene dalla Giunta definita nel rispetto di un quadro di complessivo equilibrio economico-finanziario a livello regionale e tale da riflettere le singole situazioni aziendali.

Gli obiettivi vengono fissati al netto dei costi riferiti agli ammortamenti

Gli obiettivi sono comprensivi del Fondo di sostegno storicamente attribuito alle aziende sanitarie (50,950 milioni)

Il vincolo di bilancio complessivamente assegnato alle aziende è pari a una perdita di 197,600 milioni di euro; l'equilibrio complessivo regionale viene assicurato dalle risorse provenienti da Fondo sanitario non ancora ripartito e per 100 milioni dalle risorse già iscritte nel Bilancio regionale 2008, provenienti dalla manovra fiscale varata dall'Assemblea legislativa a fine 2006.

Vengono di seguito definiti gli obiettivi per ciascuna Azienda:

#### **Azienda USL di Piacenza**

L'Azienda deve contenere la perdita entro 13,100 milioni di euro.

Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del fondo di riserva di 9,350 milioni, quota assegnata in continuità rispetto ai piani di rientro dal deficit.

#### **Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma**

Equilibrio economico-finanziario

#### **Aziende USL e Ospedaliera di Reggio Emilia**

Equilibrio economico-finanziario

#### **Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Modena**

Le aziende dovranno contenere la perdita entro 31,700 milioni di euro (rispettivamente 27 e 4,7).

Il livello di perdita assegnato risulta compatibile con un percorso di rientro dal deficit degli ultimi anni per riportare le aziende modenesi in una situazione di complessiva sostenibilità finanziaria

#### **Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Bologna**



Le aziende dovranno contenere la perdita entro 75,800 milioni di euro (rispettivamente 51 e 24,8). Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del f.do di riserva di 19 milioni all'azienda USL, quota assegnata in continuità rispetto ai piani di rientro dal deficit e di una valutazione, per l'azienda ospedaliera, di specificità assistenziali per 2,650 milioni di euro.

#### **ISTITUTI ORTOPEDICI RIZZOLI**

La perdita deve essere contenuta entro il limite di 5 milioni di euro, tenuto conto di una assegnazione per funzioni e specificità assistenziali pari a 3 milioni.

#### **Azienda USL di Imola**

La perdita deve essere contenuta entro il limite di 5,6 milioni di euro.

#### **Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara**

A livello provinciale la perdita deve essere contenuta entro il limite di 40,200 milioni di euro: 23,200 per l'azienda territoriale e 17 per l'azienda ospedaliera.

Nel definire la perdita, si è già tenuto conto dei finanziamenti, ulteriori rispetto alla quota capitarla, per fondo di riserva e specificità aziendali per 16,219 milioni.

Con riferimento al trasferimento a quota capitarla, i criteri di riparto ordinari già riconoscono a Ferrara oltre 4 milioni per la presenza di un tasso di mortalità superiore ai valori medi regionali.

#### **Azienda USL di Ravenna**

Il vincolo di bilancio per Ravenna viene fissato in 13,2 milioni di perdita; Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del f.do di riserva di 14,750 milioni, quota assegnata in continuità rispetto ai piani di rientro dal deficit.

Il percorso di rientro dal deficit strutturale sta celermente portando Ravenna verso una situazione di sostenibilità economico-finanziaria.

#### **Azienda USL di Cesena**

La perdita deve essere contenuta entro il limite di 6,5 milioni di euro

#### **Azienda USL di Forlì**

La perdita deve essere contenuta entro il limite di 6,5 milioni di euro

#### **Azienda USL di Rimini**

L'obiettivo è il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

L'Azienda beneficia ancora di un finanziamento per specificità aziendali, per 3,681 milioni, per la presenza straordinaria nel territorio di strutture per recupero dipendenze e per handicap.

Le Direzioni aziendali saranno pertanto impegnate:

- al rispetto dell'obiettivo economico-finanziario così come definito al punto precedente;
- ad un monitoraggio trimestrale in via ordinaria e ad una verifica straordinaria nel mese di settembre;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-regioni 23 marzo 2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, alla presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo;
- all'assunzione di oneri a carico dei bilanci aziendali entro limiti compatibili con l'obiettivo assegnato,;

Si segnala che, ai sensi del comma 173 della L. 311/2004 (Legge finanziaria 2005) e dell'articolo 6 della successiva Intesa, il mancato rispetto degli impegni di cui sopra è motivo di decadenza dei Direttori Generali.

Del monitoraggio e della verifica straordinaria dovranno essere informate le Conferenze sociali e sanitarie territoriali

In caso di variazione del complessivo quadro finanziario, la Giunta si riserva di ridefinire gli obiettivi assegnati.

## **2. Gestione delle risorse umane**

### **Premessa**

Anche per l'anno 2007 gli obiettivi sulla gestione delle risorse umane degli enti ed aziende del SSR, dovranno orientarsi su alcune direttrici determinate in gran parte dall'evoluzione del quadro nazionale di riferimento.

In particolare ci si riferisce a:

- la normativa finanziaria diretta a garantire il concorso del SSN alle politiche di governo della spesa del personale;
- il governo della contrattazione integrativa aziendale relativa al biennio economico 2004-2005, sulla base delle linee di indirizzo emanate a livello regionale e secondo criteri di coerenza con le politiche di razionalizzazione della spesa.

Il quadro normativo nazionale di riferimento per la definizione delle politiche delle risorse umane nell'ambito del SSR presenta per l'anno 2007, pur in un contesto generale orientato ancora decisamente all'attento governo e alla razionalizzazione delle spese per il personale, alcune significative novità rispetto al precedente esercizio 2006, volte a consentire una più fedele ed agevole traduzione degli obiettivi nazionali sul livello regionale.

In particolare le disposizioni contenute nella Finanziaria per il 2007 risultano essere il frutto e l'articolata esplicitazione degli intenti espressi nel Patto per la salute sottoscritto in data 28 settembre 2006 tra il Governo e le regioni (punto 4.8), rappresentandone una parte di rilevante importanza per la sua positiva attuazione.

A questo riguardo il Patto ha infatti consegnato alla normativa finanziaria per il 2007 tre fondamentali obiettivi:

- Mantenimento degli obiettivi finanziari connessi al contenimento della spesa per il personale del SSN di cui agli art. 1, comma 98 della legge n. 311 del 2004 e art. 1, comma 198 della legge n. 266 del 2005;
- Semplificazione delle modalità per il conseguimento dei suddetti obiettivi, tramite procedure più aderenti alle specifiche realtà operative regionali;
- Fissazione di regole per la gestione dei fondi contrattuali più coerenti con le dinamiche degli organici, al fine di consentire reali risparmi all'atto della mancata sostituzione di personale cessato dal servizio.

A sua volta l'art. 1, comma 565 della Legge Finanziaria per il 2007, nella sopra richiamata ottica di semplificazione, ha definito il percorso applicativo degli obiettivi fissati dal Patto tramite:

- Adozione di misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni;
- Procedure per la rilevazione e successiva revisione delle consistenze organiche aziendali, secondo un programma finalizzato al contenimento della spesa complessiva del personale nell'ambito del quale venga altresì valutata la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- Verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di governo della spesa, nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. A tal fine la Regione sarà giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento dell'obiettivo di diminuzione previsto. In caso contrario la Regione sarà considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.

Gli obiettivi così ridefiniti sostituiscono totalmente quanto precedentemente previsto in materia di gestione e governo della spesa per il personale del SSN dalle Leggi finanziarie per gli anni 2005 e 2006.

### **Politiche di gestione degli organici e governo della spesa del personale**

Le disposizioni finanziarie nazionali ed i relativi obiettivi di governo della spesa del personale sopra citati, saranno tradotti in concrete politiche regionali secondo modalità volte a garantire come obiettivo prioritario l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e l'evoluzione qualitativa dei servizi assistenziali, in un'ottica di rigore nell'utilizzo delle risorse e di effettiva agibilità delle scelte gestionali.

A tal fine la Regione assume quale obiettivo di riferimento del sistema, in stretta connessione con il mantenimento dell'equilibrio economico complessivo del SSR, garantito dal complessivo quadro finanziario illustrato, l'obiettivo di mantenere la spesa complessiva per le risorse umane nel 2007 nel limite di della spesa relativa all'esercizio 2006; ciò al netto delle spese derivanti dai rinnovi contrattuali, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 199, della Legge 266/2005

Per "spesa complessiva per le risorse umane" si dovrà intendere l'aggregato di spesa costituito dal costo del personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile (partite IVA, lavoro interinale, ...), o con convenzioni.

Questo tipo di impostazione nella determinazione dell'aggregato di riferimento è funzionale all'adozione di scelte gestionali rivolte al complesso della forza lavoro aziendale e al perseguimento di politiche di stabilizzazione coerenti con gli obiettivi di spesa.

La fissazione dell'obiettivo per ciascuna Azienda coerentemente con l'obiettivo di sistema del mantenimento della spesa dall'esercizio 2006 all'esercizio 2007, tenendo conto dei trend di cessazione del personale e degli incrementi di spesa che si determineranno nel corso del 2007 quale esito delle deroghe autorizzate dalla Regione negli esercizi precedenti, consentirà il perseguimento delle seguenti politiche di gestione degli organici:

- a) Copertura del turn-over nel limite massimo della spesa corrispondente al cinquanta per cento del personale cessato ed in coerenza con l'obiettivo di bilancio fissato all'azienda;
- b) Potenziamento, tramite le risorse derivanti dai risparmi connessi alla parziale non copertura del turn-over, delle politiche stabilizzazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni già ricoperte da personale precario occupato in attività istituzionali. Ciò sulla base di piani pluriennali che saranno adottati sulla base di apposita direttiva regionale.

In relazione al non derogabile obiettivo di sistema di assicurare l'equilibrio economico le singole Aziende articoleranno gli obiettivi richiamati ai punti a) e b) secondo i seguenti criteri:

1. le Aziende che presentano l'obiettivo del pareggio di bilancio, opereranno nell'ambito della spesa per risorse umane, individuando autonomamente lo specifico obiettivo, anche in deroga con quanto previsto al punto a), ferma restando la stretta e necessaria coerenza con il richiamato obiettivo del pareggio e con l'attuazione di quanto previsto al punto b). In caso di verifica infrannuale negativa rispetto al perseguimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio l'azienda sarà tenuta ad adottare le misure di cui al punto 2;
2. le restanti Aziende definiranno lo specifico obiettivo nel limite massimo di quanto previsto dal punto a), secondo una modulazione nella copertura del turn-over che, ferma restando l'attuazione di quanto previsto al punto b), garantisca il raggiungimento dell'obiettivo complessivo di bilancio aziendale fissato con la presente deliberazione. In caso di verifica infrannuale negativa rispetto al perseguimento dell'obiettivo di bilancio l'azienda sarà tenuta ad adottare ulteriori misure di contenimento della spesa per risorse umane, ivi compreso il blocco del turn-over.

#### **Governo della contrattazione integrativa aziendale**

Nell'anno 2007 si integrano le condizioni per la definizione degli accordi integrativi aziendali per tutte le aree del comparto ed in tal senso particolare importanza assume il completamento della piena attuazione delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nelle linee di indirizzo regionali.

L'applicazione degli istituti contrattuali e l'impiego delle relative risorse economiche dovranno essere inquadrati in un sistema di generale coerenza rispetto agli obiettivi del SSR, ed aziendali. Per quanto attiene alla programmazione regionale si fa in particolare riferimento agli obiettivi strategici del PSR, alle linee di indirizzo sulla contrattazione integrativa e agli obiettivi di governo e controllo della spesa per il personale descritti nei precedenti paragrafi.

Coerentemente dovrà essere perseguito l'obiettivo della qualità della contrattazione integrativa aziendale, intesa come specifica attenzione agli effetti da essa prodotti sui sistemi professionali aziendali e sulle dinamiche di costo, al fine di garantire la compatibilità delle scelte effettuate con le risorse disponibili.

Dovrà quindi essere favorita la finalizzazione delle risorse economiche ad obiettivi di sviluppo e miglioramento oggettivamente individuati e riscontrabili nella loro realizzazione, attraverso un appropriato uso degli istituti contrattuali che tenda a superare logiche di automatismo e di distribuzione generalizzata. Gli istituti contrattuali dovranno essere finalizzati al governo e contenimento delle liste d'attesa, alla qualificazione dei servizi, all'appropriatezza prescrittiva e prestazionale. Dovranno quindi essere valorizzati i sistemi di incentivazione del personale, tramite un tendenziale incremento delle quote di risorse assegnate sulla base di obiettivi e programmi formalmente definiti, ove la corresponsione della relativa quota di retribuzione premiante sia operata solo a seguito dell'effettiva verifica del conseguimento dei risultati conseguiti, in ciò avvalendosi, con particolare riferimento alle aree dirigenziali, delle opportunità offerte dai CCNL del biennio economico 2004-2005.

I diversi strumenti di gestione delle risorse umane dovranno sempre di più fortemente essere orientati alla valorizzazione delle professionalità aziendali, assicurando una specifica focalizzazione nei confronti delle professionalità operanti nell'ambito delle attività assistenziali, al fine di garantire la piena implementazione delle nuove figure professionali quali l'operatore socio-sanitario, nonché lo sviluppo del sistema delle professioni sanitarie.

La formazione, anche con riferimento al sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), sarà assunta come elemento strategico per lo sviluppo delle risorse professionali, del saper fare e dell'identità di ruolo all'interno dell'organizzazione, divenendo, quindi, strumento di rafforzamento dei processi di miglioramento organizzativo e di qualità dei servizi.

Al fine del positivo perseguimento degli obiettivi sin qui indicati le Aziende dovranno sviluppare adeguate modalità di tenuta ed elaborazione dei dati e delle informazioni inerenti la gestione delle risorse umane garantendo i necessari raccordi e la piena collaborazione per il migliore funzionamento del sistema informativo regionale.

#### **Libera professione intramuraria**

Nel corso dell'esercizio 2007 e nel rispetto delle scadenze previste dalla vigente normativa in materia e dagli accordi intercorsi a livello regionale fra le Regioni ed il Ministero della Salute, le Aziende hanno già provveduto alla predisposizione dei piani aziendali volti a garantire che si realizzino le condizioni previste dall'art. 22 bis della Legge 248/2006 sulla libera professione intramoenia allargata. Tali piani dovranno tradursi nei prossimi mesi in azioni concrete e nella adozione di misure stringenti che rendano certo il rispetto degli obblighi normativi nazionali e delle disposizioni regionali inerenti la materia, con particolare riferimento alla Legge Regionale 29/2004 e alla D.G.R. 54/2002.

### **3. Politica del farmaco e il governo della spesa farmaceutica**

#### **Assistenza farmaceutica ospedaliera**

Dai dati rilevati dal Sistema Informativo dedicato all'assistenza farmaceutica ospedaliera, (Flusso AFO) alimentato dalle Aziende sanitarie della regione, emerge che nell'anno 2006 l'incremento percentuale della spesa è stato pari al 7,7% rispetto all'anno 2005. Nello stesso periodo i consumi espressi in DDD sono aumentati del 11,1%, mentre il costo medio per DDD è diminuito del 3%. Tale andamento è dovuto ai provvedimenti AIFA entrati in vigore nel corso dell'anno ma evidenzia anche le azioni di contenimento della spesa operate con le strategie di gara poste in essere dalle Unioni di acquisto delle aree vaste.

L'incremento della spesa è essenzialmente attribuibile a terapie innovative di nuova immissione in commercio. La spesa per farmaci oncologici (atc L01 e L02) occupa il 21% della spesa ospedaliera 2006, ed è incrementata rispetto l'anno 2005 del 14%. Nell'ambito di tale gruppo di farmaci, per un sottogruppo ristretto di farmaci innovativi l'incremento di spesa osservato è pari al 44%.

Altro gruppo di farmaci, il cui uso è stato esteso in progetti di carattere nazionale, sono farmaci immunosoppressivi ed anticorpi monoclonali (atc L04): la spesa per questo gruppo occupa il 6,7% della spesa ospedaliera totale e registra un aumento rispetto al 2005 del 26,8%.

Le strategie di acquisto condotte dalle Aree vaste hanno contrastato l'aumento della spesa per i farmaci posti a gara bilanciando l'aumento dei consumi con un minor costo per DDD: per le eparine le DDD sono cresciute del +22%, mentre la spesa è rimasta invariata; per ace inibitori e sartani le DDD sono incrementate del +21%, mentre la spesa è diminuita del 44%; per gli antibiotici i consumi sono incrementati del +5% e la spesa a loro riferita è diminuita del 6%.

L'incremento elevato nei consumi di alcuni di questi principi attivi deve essere monitorato verificandone la prescrizione rispetto alla reale necessità assistenziale ed alla quota di farmaci direttamente erogata. Per alcuni farmaci si riscontra un incremento di consumi ospedalieri principalmente riconducibile ad un incremento dell'erogazione diretta alla quale tuttavia non corrisponde una flessione dei consumi territoriali, ma anzi un parallelo analogo incremento dei consumi della farmaceutica convenzionata (flusso AFT). Ne sono esempi i sartani +15% nel flusso AFT e +46% dei consumi in ambito ospedaliero (flusso AFO); inibitori di pompa +20,5% dei consumi in AFT e +17% dei consumi in AFO. Occorre pertanto valutare attentamente l'effetto induttivo delle diverse espressioni di assistenza farmaceutica.

Al fine di garantire tutti gli strumenti per la promozione dell'appropriatezza e dell'efficienza dell'assistenza farmaceutica, la Regione Emilia-Romagna ha definito l'organizzazione del sistema preposto alla scelta dei farmaci da utilizzare nelle strutture delle Aziende sanitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico della regione Emilia-Romagna nonché nella continuità ospedale-territorio.

Il sistema è composto dai seguenti strumenti:

- il Prontuario terapeutico regionale (PTR), adottato con Delibera di Giunta Regionale e di natura giuridica vincolante per la costruzione dei Prontuari terapeutici provinciali nella parte relativa ai farmaci, in quanto i Prontuari Terapeutici Provinciali possono contenere solo farmaci che siano già inseriti all'interno del PTR;
- i Prontuari terapeutici provinciali (PTP) adottati dalle Aziende sanitarie coesistenti nel medesimo territorio provinciale, vincolanti per la prescrizione nelle strutture delle Aziende USL stesse, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliere – universitarie e degli Istituti di ricovero e cura, in regime di degenza, nella continuità assistenziale ospedale-territorio e in tutte le articolazioni dell'erogazione diretta previste dalla legge 405/2001;
- la Commissione regionale del farmaco (CRF) avente, fra gli altri, il compito di elaborare ed aggiornare periodicamente il PTR, caratterizzata da una composizione tale da assicurare la presenza di tutte le professionalità necessarie per addivenire all'ottimale elaborazione del PTR
- le Commissioni provinciali del farmaco (CPF) aventi un ambito territoriale di estensione provinciale, composizione multidisciplinare rappresentativa delle principali realtà prescrittive locali, organizzate ed operanti nel rispetto di criteri ed indirizzi omogenei stabiliti dal livello regionale, con il compito, fra gli altri, di provvedere alla formulazione e all'aggiornamento dei PTP, espressione delle esigenze e delle scelte aziendali effettuate all'interno e nei limiti dei farmaci contenuti nel PTR.

L'azione conseguente a tale organizzazione è la definizione delle responsabilità assegnate in ambito aziendale per la verifica di adesione al prontuario e, in generale, per il governo clinico dei farmaci. Tale azione si esplicita in particolare con interventi mirati al controllo dell'uso appropriato dei farmaci innovativi, di recente introduzione in prontuario, per i quali la CRF ha definito documenti di limitazione all'impiego.

Nel percorso prescrittivo dei farmaci in ambito ospedaliero si inseriscono azioni in tema di gestione del rischio con l'obiettivo di garantire al cittadino la sicurezza d'uso derivata da scelte condivise da più professionisti e definite in protocolli di comportamento.

La gestione del rischio clinico nell'assistenza farmaceutica si esprime soprattutto con

- la prescrizione informatizzata intraospedaliera e alla dimissione;
- l'utilizzo del flusso di rilevazione dell'erogazione diretta FED per valutazioni di appropriatezza, impatto sull'induzione territoriale e continuità terapeutica fra prescrizione ospedaliera e prescrizione legata alla medicina convenzionata;
- la definizione regionale di lettera di dimissione, con particolare spazio dedicato alla terapia farmacologica, contenente tutte le informazioni atte a favorire la comunicazione fra lo specialista ed il curante e la comunicazione col paziente che ha subito eventi cardiovascolari acuti;
- la partnership del farmacista con il medico ospedaliero per la diminuzione del rischio clinico legato al farmaco in un'ottica di appropriatezza, ma soprattutto di sicurezza d'uso
- la formazione specifica dei farmacisti ospedalieri e territoriali sui temi legati alla gestione del rischio clinico farmacologico.

#### **Assistenza farmaceutica convenzionata**

Nel 2006 la spesa farmaceutica convenzionata netta è aumentata dell'1,9% rispetto al 2005, parallelamente si stima dai dati su 11 mesi che l'aumento dei consumi su base annuale sia del 5,8%. Le manovre di ripiano introdotte dall'AIFA nel 2° semestre 2006 hanno permesso di contenere lo sfondamento previsto ad inizio anno per controbilanciare l'aumento dei consumi. Come sempre la categoria di farmaci più prescritta è quella legata all'apparato cardiovascolare che rappresenta il 43,5% della spesa farmaceutica complessiva, seguono i farmaci dell'apparato digerente che impegnano il 13,6% della spesa, poi gli antimicrobici (9,2%) e i farmaci del sistema nervoso (9,8%).

Nell'anno 2007 le azioni da intraprendere sono essenzialmente legate:

- al contenimento della spesa facendo ricorso alla promozione del farmaco generico ed all'uso del generico nella stessa categoria terapeutica promuovendo l'adozione dei lavori sulle equivalenze terapeutiche e i principi attivi a minore costo medio per DDD all'interno del gruppo di medicinali aventi lo stesso obiettivo terapeutico, anche negli accordi con i Medici di Medicina Generale (MMG);
- al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con azioni orientate alla promozione dell'informazione e formazione ai MMG e Pediatri di Libera Scelta sugli shift prescrittivi promossi dall'industria verso false novità introdotte sul mercato allo scopo di vanificare l'effetto della perdita del brevetto;
- all'informazione sui costi delle molecole di nuova introduzione rispetto ai trattamenti di riferimento e di uso consolidato (es. antidepressivi e dolore neuropatico);
- alla valutazione dell'inappropriatezza prescrittiva in un'ottica di promozione della sicurezza in popolazioni definite ad alto rischio (es. anziani, bambini, donne in gravidanza);
- alla sperimentazione della prescrizione per principio attivo da parte dei pediatri di libera scelta.

L'obiettivo del perseguimento della qualificazione e del miglioramento dell'assistenza farmaceutica convenzionata, dati i punti sopra descritti, deve essere assegnato a più soggetti sanitari che in gruppi multiprofessionali definiscono gli obiettivi da comunicare e affrontare con le diverse categorie professionali: MMG, PLS, Medici specialisti ed ospedalieri, farmacisti dipendenti SSR e convenzionati, infermieri ecc.

A tal fine gli istituti contrattuali riferiti alla parte variabile delle competenze del personale, dipendente e convenzionato, dovranno essere correlati al raggiungimento di tali obiettivi.

Nell'anno 2007 sono attivi i progetti legati alla prevenzione cardiovascolare primaria, tramite la diffusione delle carte del rischio, della prevenzione delle recidive in pazienti che hanno già avuto incidenti cardiovascolari. I farmaci legati a tali patologie rappresentano quasi la metà della spesa farmaceutica convenzionata come già descritto e sono destinati a crescere per molti fattori anche legati alla mancata adozione di corretti stili di vita. E' ritenuta imprescindibile la lettura congiunta ed integrata di dati provenienti dalle diverse forme di assistenza sanitaria al fine di intervenire a più livelli sia nella comunicazione del rischio cardiovascolare sia nella promozione di comportamenti positivi nella popolazione.

#### **Continuità ospedale-territorio**

Nel 2006 la spesa per farmaci di fascia A direttamente erogati dal Servizio Sanitario Regionale è aumentata del 10,3% rispetto al 2005. Questo ha contribuito al contenimento dello sfondamento della spesa farmaceutica complessiva rispetto al tetto del 16% indicato dalla normativa vigente. Tali misure organizzative hanno raggiunto una situazione di equilibrio per la presa in carico del paziente complesso a cui viene fornita una forma di assistenza e consulenza farmaceutica che si affianca e sostiene l'assistenza medica. Si ritiene pertanto che l'assistenza farmaceutica che si esercita tramite l'erogazione diretta sia oggetto di evoluzione e monitoraggio con l'adozione di forme di collaborazione con le farmacie convenzionate che si è concretizzata con la stipula di un accordo di distribuzione per conto sulle molecole del prontuario ospedale territorio (PHT).

Si ritiene opportuno stabilizzare l'erogazione diretta alla quota di farmaci dell'elenco del PHT, fatto salvo il mantenimento in carico del paziente complesso politrattato e polipatologico.

E' importante approfondire il governo e la verifica della quota di assistenza farmaceutica direttamente erogata in case protette, RSA per la promozione di progetti di farmacovigilanza e sicurezza nell'uso dei farmaci.

Sempre più sentita è la definizione di un patto fra cittadino ed i soggetti responsabili dell'assistenza operanti all'interno e in convenzione con il SSR, per il miglioramento dell'adesione alla terapia e per il corretto uso dei farmaci (pluriprescrizione, politerapia, interazioni fra farmaci, terapie croniche che vengono assunte in modo discontinuo).

Tutte le azioni sopra descritte richiedono la definizione di un set di indicatori per il monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici in accordo con gli obiettivi nazionali legati al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS Mattone prescrizioni farmaceutiche) e legati alle tre forme di assistenza farmaceutica: convenzionata, ospedaliera e direttamente erogata e connessi con il progetto nazionale sulla tracciabilità dei farmaci. Tale sistema strettamente legato all'utilizzo dei flussi informativi regionali AFT, AFO e FED deve essere la base per le valutazioni di appropriatezza d'uso, la verifica dell'efficacia degli interventi adottati e l'impostazione del sistema dei controlli.

La spesa farmaceutica territoriale regionale pro capite pesata dell'anno 2006 al netto della mobilità infra ed interregionale (stimata sulla base dei valori 2005), tenuto conto della farmaceutica convenzionata e dell'erogazione diretta è stata di 236,5€. Il calcolo considera anche l'erogazione diretta di farmaci di qualsiasi fascia di rimborsabilità fornita dalle aziende ospedaliere, il cui impegno è stato valutato nell'ambito territoriale dell'Azienda UsI della provincia corrispondente. Si scostano da questo valore di spesa 5 Aziende USL che hanno una spesa farmaceutica territoriale il cui valore è posizionato al di sopra della media regionale (Parma, Modena, Bologna, Ferrara, Cesena). Risulta necessario che esse tendano nel corso del 2007 verso il valore di spesa regionale sopra riportato. Data la diversa complessità ed il diverso livello organizzativo delle Aziende citate si precisa che le strategie da adottare sono da ricercare nella combinazione delle indicazioni che sono state descritte. In particolare l'AUSL di Parma ha mostrato un trend di abbattimento della spesa convenzionata verificabile anche nei primi mesi del 2007, che va mantenuto e consolidato; l'AUSL di Ferrara ha mostrato un innalzamento della spesa territoriale solo nell'anno 2006 che si ritiene possa essere governato con azioni di collaborazione con la medicina generale, considerando la forte presa in carico dei pazienti complessi che è stata posta in atto negli anni precedenti; le AUSL di Modena, Cesena e Bologna hanno valori di spesa che richiedono azioni a lungo termine e strategie di collaborazione con le professioni convenzionate al fine di strutturare un contenimento della spesa che faccia leva anche sulla comunicazione col cittadino.

#### **4. Politiche d'acquisto di beni e servizi: interventi in area vasta e tramite l'Agenzia regionale Intercent-ER**

Le politiche delle Direzioni aziendali in materia di acquisto di beni e servizi per il 2007 vengono definite in continuità con gli anni precedenti:

- contenimento dell'incremento dei costi in misura complessivamente compatibile con il complessivo obiettivo di bilancio fissato per le diverse aziende;
- sviluppo delle Aree Vaste quale dimensione territoriale funzionale alla messa in rete dei diversi gradi di specializzazione maturati a livello di singola azienda;
- stretto collegamento con l'Agenzia regionale INTERCENT-ER quale strumento a sostegno delle strategie di acquisto del servizio sanitario regionale.

Le prospettive di sviluppo delle Aree Vaste come luogo della integrazione tra le aziende sanitarie per l'esercizio congiunto della funzione specifica di approvvigionamento di beni e servizi dovranno essere orientate ad elevare il grado di aggregazione della domanda fino ad ora registrato; dovranno pertanto essere promosse procedure di gara che coinvolgano intere categorie merceologiche.

Nel 2007 in particolare

- dovranno essere valutati tra gli ambiti di acquisto comune anche i dispositivi medici e le forniture in service,
- e introdotti comuni sistemi di monitoraggio circa i risultati conseguiti.

Le relazioni con Intercent-ER dovranno essere sviluppate in coerenza con il Piano di attività definito per l'agenzia per il 2007, ampliando le iniziative in aggregazione a livello regionale della domanda.

Obiettivo specifico per il 2007 è l'ulteriore sviluppo dell'utilizzo dell'e-procurement da parte delle Aziende sanitarie, con una forte spinta all'adozione di nuovi strumenti quali mercato elettronico e gare telematiche. La piena operatività del mercato elettronico e l'utilizzo del portale regionale quale supporto per l'esperimento di gare telematiche aziendali devono essere introdotti quale ulteriore mezzo di snellimento delle procedure amministrative.

Si prevede pertanto l'avvio e la conclusione entro il 2007 di almeno una procedura telematica con il supporto di Intercent-ER e di almeno dieci acquisti mediante mercato elettronico quale obiettivo specifico per ogni Area.

#### **5. Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali**

Si ribadiscono gli obiettivi di concentrazione della produzione analitica, già presenti nella programmazione regionale, con gli obiettivi di:

- consolidamento e miglioramento della qualità del servizio reso;
- miglioramento dell'efficienza di produzione;
- miglioramento dell'efficienza allocativa.

Inoltre rispetto a tali obiettivi le aziende renderanno l'avanzamento per l'anno in corso.

Poiché nel corso di questi anni l'implementazione della concentrazione è avvenuta secondo diversi criteri e con diversi orizzonti, le aziende sono tenute a:

- esplicitare il livello di concentrazione che sarà raggiunto al compimento delle azioni in corso e le opportunità di maggiori centralizzazioni nell'ambito dell'Area Vasta;
- esplicitare le efficienze attese secondo l'attuale piano e quelle raggiungibili con l'allargamento dell'ambito di centralizzazione;
- indicare gli investimenti iniziali che permettono il miglioramento delle efficienze ipotizzabili di cui al punto precedente.

#### **6. Politiche di risparmio energetico e rispetto ambientale; politiche tariffarie e fonti energetiche**

Considerata la rilevanza sociale ed anche sanitaria, in termini di prevenzione primaria, delle politiche ambientali ed energetiche, visti i mutamenti intervenuti nel quadro legislativo di riferimento, preso atto del nuovo Piano Energetico Regionale (deliberazione di Giunta n. 6 del 10/01/2007), viene attivato il programma regionale "Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile". Il programma prevede, per l'anno 2007, essenzialmente lo sviluppo di due progetti :

- Qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica nelle Aziende sanitarie;
- Miglioramento continuo del processo di gestione ambientale in particolare in materia di trattamento dei rifiuti sanitari con riduzione delle quantità prodotte;

le cui finalità si richiamano esplicitamente al "Protocollo di Kyoto" ed alla "Dichiarazione di Johannesburg".

Fermo restando la necessaria coerenza complessiva del progetto "Qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica nelle Aziende sanitarie" con il sopra richiamato Piano Energetico Regionale, i principali obiettivi dello stesso progetto sono sinteticamente declinabili in:

- a) individuazione delle migliori strategie per l'approvvigionamento energetico allo scopo di ottimizzare, a parità di garanzia di continuità nella fornitura di energia, il risparmio economico;
- b) applicazione della normativa nazionale e regionale in materia di rendimento energetico del patrimonio immobiliare delle Aziende sanitarie con l'obiettivo di minimizzare l'impatto tecnico-economico e di massimizzare il risparmio energetico;
- c) supporto nell'accesso agli incentivi previsti dalla normativa regionale, nazionale ed europea per il contenimento dei consumi e l'uso delle fonti rinnovabili;
- d) predisposizione di linee guida per l'informazione, l'orientamento e la sensibilizzazione all'uso razionale dell'energia nelle Aziende sanitarie
- e) promozione della partnership tra Aziende sanitarie, Università ed imprese per il trasferimento delle innovazioni tecnologiche riguardanti l'uso razionale dell'energia in Sanità.

Il progetto "Rifiuti sanitari: miglioramento continuo del processo di gestione e riduzione delle quantità prodotte" si qualifica attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi :

- a) governo del processo di gestione dei rifiuti;
- b) adeguamento dei comportamenti delle Aziende sanitarie verso gli standards più elevati;
- c) riduzione della quantità e della pericolosità dei rifiuti prodotti;
- d) accrescimento della quota di rifiuti avviati a recupero;

- e) miglioramento degli standard di igiene ospedaliera, in relazione alla riduzione del rischio infettivo associato alla produzione e manipolazione dei rifiuti;
- f) riduzione dei costi di gestione.

Gli obiettivi sono più immediatamente raggiungibili con una logica di "Sistema Regione", ossia attraverso una strategia condivisa tra i competenti Servizi regionali facenti capo alle Direzioni Generali Sanità e politiche sociali, Attività produttive, commercio e turismo, Ambiente, difesa del suolo e della costa, l'ARPA, Intercenter e le Aziende sanitarie.

Nella fattispecie le azioni che le Aziende sanitarie devono intraprendere per il perseguimento degli obiettivi in campo energetico ed ambientale sono :

- a) privilegiare soluzioni progettuali, costruttive, organizzative e gestionali che siano allineate con quanto richiamato dal "Protocollo di Kyoto" e dalla "Dichiarazione di Johannesburg";
- b) avviare percorsi per la diagnosi e la certificazione energetica degli edifici;
- c) avviare un Sistema di Gestione Ambientale (SGA) nell'ottica della certificazione ambientale delle Aziende;
- d) rendere disponibili, a livello regionale, i dati informativi relativi alla gestione ambientale, con particolare riferimento agli aspetti riguardanti energia elettrica e termica e rifiuti, allo scopo di individuare la "best performance";
- e) rendere disponibili immobili ed impianti per eventuali e condivise sperimentazioni di innovazione tecnologica, per la qualificazione dell'uso dell'energia e/o la riduzione dell'impatto ambientale; ovviamente restando ferma l'assoluta e prioritaria garanzia della sicurezza e continuità delle prestazioni sanitarie;
- f) riconoscere e valorizzare il ruolo degli Energy Manager e dei Referenti aziendali per la gestione dei rifiuti;
- g) rendere disponibili risorse professionali allo scopo di istituire Gruppi Tecnici Regionali con specifiche competenze tecnico amministrative in materia di energia ed ambiente ;
- h) informare, orientare e sensibilizzare gli operatori sanitari in materia di energia d ambiente per uno sviluppo sostenibile;
- i) affermare nel bilancio di missione l'impegno aziendale per uno sviluppo sostenibile.

## 7. Innovazione tecnologica

### L'Osservatorio Regionale dell'Innovazione

La costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nei contesti clinico-assistenziali è elemento indispensabile per la sostenibilità del Servizio sanitario regionale.

In attuazione delle indicazioni del Piano Sociale e Sanitario 2007-2009 riguardo alla ricerca e l'innovazione nel SSR, l'Agenzia Sanitaria Regionale congiuntamente alle Direzioni Generali ed ai Collegi di Direzione delle Aziende sanitarie ed avvalendosi della collaborazione delle Università, costituirà un Osservatorio regionale dell'Innovazione (ORI) come parte integrante del PRI-ER.

Questa iniziativa ha lo scopo di consentire una precoce individuazione delle tecnologie emergenti e di valutarne le possibili implicazioni sia riguardo ad efficacia, accessibilità, ed appropriatezza clinica, sia riguardo al loro atteso impatto organizzativo ed economico, inclusa l'analisi delle economie di scala e di scopo, della distribuzione sul territorio e della loro collocazione ottimale, tenendo conto delle condizioni di accessibilità geografica e delle eventuali sinergie con servizi ed attività preesistenti.

Questi obiettivi verranno prioritariamente considerati per le proposte di adozione da parte delle Aziende sanitarie delle cosiddette alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, che presentano alti costi di investimento e di gestione, oltre ad un elevato impatto sugli aspetti sopra menzionati e sui profili di cura dei pazienti.

L'ORI comprenderà quindi anche la valutazione a livello regionale di piani di innovazione tecnologica ed organizzativa elaborati dalle Aziende sanitarie a livello di area vasta, ai fini di una complessiva verifica del fabbisogno, delle implicazioni sul versante clinico, organizzativo, economico, oltre che delle ricadute per il Servizio sanitario regionale sul piano della ricerca e della formazione professionale.

*Le aziende concorreranno pertanto, nel 2007, con le proprie Direzioni e i Collegi di Direzione Aziendali, alle attività che il costituendo Osservatorio sull'Innovazione avvierà nel corso del 2007, in modo da costruire un sistema regionale di horizon scanning per l'individuazione di tecnologie emergenti e la valutazione preliminare del loro impatto sul Servizio Sanitario Regionale.*

I piani di innovazione tecnologica ed organizzativa concernenti l'adozione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche utilizzeranno le valutazioni di cui sopra, evidenziando:

- la coerenza con la programmazione dello sviluppo dei servizi in area vasta.
- gli strumenti organizzativi e di monitoraggio dell'attività che assicurino la definizione corrente di appropriatezza,
- la fattibilità e sostenibilità economica e il livello di efficienza giudicato accettabile.

Le aziende inoltre sosterranno attivamente le iniziative di monitoraggio dell'uso di tecnologie diagnostiche o terapeutiche già operative o in fase di avvio a livello regionale, con particolare riferimento ai registri finalizzati a rilevare le indicazioni di utilizzo di specifici device (defibrillatori impiantabili, pacemaker, stent, protesi d'anca), farmaci oncologici, procedure diagnostiche di particolare rilievo (TAC multistrato per la diagnostica coronarica e PET), promuovendo la coerenza degli obiettivi di budget con i livelli assistenziali che abbiano evidenza di efficacia

#### **Percorsi assistenziali per i pazienti con infarto miocardico acuto**

Nel corso degli ultimi anni, su stimolo della Commissione Cardiologica e Cardiochirurgica Regionale, sono state avviate significative iniziative a livello aziendale che hanno affrontato il tema dei percorsi assistenziali per i pazienti con infarto miocardico acuto. Queste iniziative hanno promosso una generale ridefinizione delle relazioni organizzative e funzionali tra servizi territoriali ed ospedalieri coinvolti nella assistenza di questi pazienti, con una specifica attenzione al favorire l'erogazione tempestiva degli interventi di riconosciuta efficacia clinica, in particolare della angioplastica primaria, o attraverso l'invio immediato dei pazienti presso i centri di emodinamica di riferimento nelle reti provinciali, o mediante il loro trasferimento tempestivo presso i medesimi centri quando assistiti in prima istanza da ospedali senza la disponibilità in sede di questi servizi.

I dati disponibili sembrano indicare, almeno per alcune delle realtà regionali, come questi sforzi stiano ottenendo significativi risultati in termini di riduzione della mortalità per i pazienti con infarto miocardico acuto.

#### Obiettivi per le aziende per il 2007

E' importante che le aziende mantengano una vigilante attenzione su questo specifico ambito assistenziale, consolidando i processi di riorganizzazione dei servizi già avviati e sorvegliandone gli effetti sui pazienti e sulla stessa funzionalità dei servizi. In particolare appare opportuna una valutazione del ruolo nella rete assistenziale delle unità di terapia intensiva coronarica collocate presso centri privi di emodinamica che, in ragione delle caratteristiche dei percorsi assistenziali implementati, possono vedere sostanzialmente modificata la tipologia dei pazienti ricoverati.

## 8. Gestione del rischio - Le coperture assicurative

### **Lo stato dell'arte**

La nostra Regione ha affrontato già da tempo il tema della gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie proponendo metodi e strumenti per affrontare il problema e attivando sperimentazioni cui tutte le Aziende Sanitarie della Regione hanno variamente partecipato.

### **Cultura**

In particolare gli operatori sono stati esposti a paradigmi culturali innovativi che valorizzano, oltre alla competenza dei singoli, la gestione e il monitoraggio continuo degli assetti organizzativi, la pratica delle scelte di opportunità e appropriatezza delle cure e la valorizzazione della valutazione continua delle performance tecnico professionali a scopo di miglioramento.

Gli elementi teorici ed operativi di riferimento sono rappresentati dagli approcci e strumenti del 'governo clinico', dell'accreditamento e della formazione continua in medicina.

### **Metodi e strumenti**

Sono stati proposti e sperimentati nei sistemi aziendali strumenti specifici che mirano a facilitare la individuazione e la valutazione dei rischi (incident reporting, analisi delle modalità di errore e guasto, analisi delle cause profonde degli incidenti) , il suo trattamento ( valutazione e introduzione di buone pratiche cliniche, tecniche di audit clinico e del miglioramento continuo) e la loro prevenzione, con particolare attenzione al campo specifico del rischio biologico, farmacologico -che hanno fruttato specifiche iniziative di prevenzione delle infezioni ospedaliere e dell'errore nella prescrizione/somministrazione della terapia- e legato al buon uso del sangue .

Sono stati sviluppati e dati in dotazione alle aziende sistemi informatizzati per la rilevazione di alcuni dei fenomeni di interesse sopra descritti, quali le segnalazioni dei cittadini (reclami – elogi), gli incidenti e near miss, la valutazione delle performance attraverso tecniche di analisi delle banche dati amministrative, l'occorrenza di sinistri.

L'attività di costruzione del consenso e comunicazione con i pazienti hanno avuto attenzione e sviluppo e l'attività di mediazione dei conflitti ha oggi la possibilità di realizzarsi in ogni azienda.

Anche l'attività effettuata per la sicurezza nei luoghi di lavoro, in particolare le azioni di prevenzione del rischio biologico sugli operatori; i confronti in merito di destinazione d'uso dei locali e sicurezza elettrica; gestione dei dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale, ha ricevuto vantaggi dalla messa in rete con attività rivolte ai pazienti.

#### **Aspetti organizzativi**

Hanno già avuto attenzione, nelle linee di indirizzo all'atto aziendale, le problematiche relative al cambiamento della missione dei servizi di medicina legale; sono state effettuate riflessioni e proposte in merito ai rapporti con gli assicuratori e i broker; tutte le aziende sanitarie hanno attivato modalità sperimentali di avvio della funzione di gestione del rischio e alcune hanno prodotto piani specifici.

#### **Gli obiettivi**

Le aziende sanitarie e gli operatori, per diventare protagonisti di una autonoma capacità di gestione del rischio e di promozione della sicurezza, debbono ora far sì che le attività di promozione e sperimentazione si trasformino in modalità sistemiche di gestione e organizzazione capaci di affrontare i numerosi problemi che il miglioramento della sicurezza delle cure comporta.

Obiettivo prioritario per tutte le aziende sanitarie, coerentemente a quanto rappresentato nelle linee di indirizzo sul tema della gestione del rischio già da tempo in possesso delle aziende medesime è di pervenire allo sviluppo della funzione aziendale di gestione del rischio, in termini organizzativo e funzionali.

Ogni azienda dovrà predisporre un piano-programma espressivo della situazione di partenza, di obiettivi di breve e medio periodo e relativi indicatori, al fine di connettere la valutazione dei rischi con azioni risultato opportune, sostenibili e documentabili.

Tale piano, coerente con i percorsi di sviluppo/ adeguamento organizzativo tecnologico e strutturale per l'autorizzazione e l'accreditamento, nonché con l'approccio al governo clinico in riferimento alla verifica della performance clinica, dovrà contenere indicazioni:

- per una gestione reattiva del caso in circostanza di incidente e la analisi delle cause di quelli più significativi, con i metodi e gli strumenti allo scopo già forniti alle aziende (indicatori, audit, root cause analysis, ascolto e comunicazione con il paziente i famigliari e i cittadini...)
- per l'implementazione di approcci proattivi al rischio, quali le modalità di coinvolgimento del Collegio di Direzione, la segnalazione volontaria degli incidenti a livello aziendale, la partecipazione al Monitoraggio Nazionale degli eventi sentinella, l'utilizzo di altre tecniche di individuazione- analisi dei rischi...
- per la realizzazione del sistema di gestione del contenzioso; definizione del processo e delle strutture coinvolte ( medicina legale, uffici legali, direzioni sanitarie comitati di analisi dei sinistri...), utilizzo del data base per le registrazioni dei casi, rapporti con i broker e le assicurazioni....

Annualmente dovrà poi essere realizzato un report di sintesi che integri i contributi dei vari attori organizzativi e realizzi una valutazione complessiva dei passi realizzati , in termini di processo e risultati. I contenuti di tale reportistica costituiscono elementi utili alla integrazione del Bilancio di Missione aziendale. Dovrà essere inoltre facilitata la partecipazione degli operatori ai gruppi di progetto regionali e la sperimentazione in contesto locale delle iniziative e proposte che produrranno. Oltre al mantenimento degli strumenti adottati e dei risultati acquisiti negli ambiti già descritti, ora sono oggetto di particolare attenzione:

- l'allargamento della funzione della mediazione nelle aziende sanitarie per l'ascolto 'profondo' dei pazienti, particolarmente in caso di recriminazioni, anche a sostegno della attività dei professionisti;
- l'attenzione alla corretta tenuta dei documenti sanitari e allo sviluppo di una effettiva partnership col paziente nella valutazione di rischi e vantaggi dei trattamenti proposti.
- l'acquisizione di capacità di valutazione dei sinistri e conciliazione da esercitarsi dalla azienda in autonomia o in collaborazione con gli assicuratori.

Nel processo di accreditamento verrà, con cadenza annuale, integrata una apposita intervista che tenderà a cogliere il grado di realizzazione del sistema di gestione del rischio e la sua evoluzione del tempo, con riferimento all'insieme delle aziende sanitarie regionali. Tale intervista è già stata effettuata in via sperimentale.

#### **Le coperture assicurative**

Quale corollario delle considerazioni sin qui esposte, e quale diretta conseguenza del nuovo approccio assunto rispetto al tema del governo del rischio clinico, sta la nuova architettura - prevista su scala regionale – a cui il sistema delle coperture assicurative dovrà tendere nelle Aziende del SSR. A tal fine, entro 30 gg dall'approvazione del presente provvedimento la Giunta regionale provvederà ad emanare specifiche linee di indirizzo a cui le aziende dovranno attenersi.

### **9. I piani aziendali di contenimento dei tempi di attesa**

La produzione dei piani di contenimento dei tempi di attesa definisce gli obiettivi di processo delle aziende in questo campo, essendo gli obiettivi di risultato costituiti dal mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni monitorate entro i limiti definiti.

Fermi restando gli obiettivi già definiti con le deliberazioni della Giunta Regionale, entro i primi 6 mesi del 2007 le aziende produrranno evidenze di:

- distinzione delle prime visite e dei controlli secondo la definizione operativa contenuta nella 1532;
- le economie realizzate ovvero gli incrementi di produzione derivanti dall'implementazione di quella distinzione;
- pianificazione annuale della produzione fissa e delle variazioni stagionali e delle modalità previste per la flessibilizzazione quantitativa della produzione anche ai fini della garanzia delle prestazioni prioritarie;
- piano dell'informatizzazione della refertazione ambulatoriale e del collegamento alla funzione di prenotazione della gestione delle liste di attesa per ricovero e del collegamento con la refertazione di cui al precedente punto e di quella di sala operatoria.

Relativamente ai tempi di attesa per i ricoveri programmati, le azioni aziendali per l'anno 2007 dovranno mirare in primo luogo al raggiungimento, o al consolidamento, degli obiettivi concordati a livello nazionale secondo le specifiche della D.G.R. 1532/2006: in particolare dovrà essere posta particolare attenzione alla definizione della data di prenotazione come data alla quale il paziente, in particolare il paziente oncologico, abbia completato i trattamenti chemioterapici o radioterapici preintervento o le indagini diagnostiche necessarie per porre la indicazione definitiva all'intervento stesso. Sempre in ambito oncologico, nello specifico dell'intervento di asportazione radicale della prostata nei carcinomi prostatico, sono in corso di definizione le indicazioni specifiche, come preannunciato dalla D.G.R. 1532/2006, sulla base delle quali provvedere alla definizione dei piani aziendali.

Al fine di permettere una rendicontazione sempre più affidabile a livello nazionale circa l'andamento dei tempi di attesa nella nostra regione e per disporre dei dati relativi alla gestione delle liste a livello aziendale, perseguendo un ulteriore innalzamento del livello di equità e trasparenza del sistema e la ottimizzazione nella organizzazione delle risorse chirurgiche, si rende sempre più evidente la necessità di consolidare nelle diverse Aziende regionali un sistema di gestione informatizzata delle liste, così come indicato dal livello regionale già con D.G.R. 557/2000.

I risultati delle analisi condotte nell'ambito del progetto SIGLA (Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa), progetto che rappresenta la componente relativa alle liste di attesa per i ricoveri del Progetto Sole, relativamente a 7 Aziende regionali hanno mostrato come, allo stato attuale, il livello di informatizzazione della gestione delle liste dei ricoveri si presenti fortemente disomogeneo, con realtà ancora gestite unicamente su base cartacea. Il progetto SIGLA ha mirato prevalentemente a definire condizioni di fattibilità, limitandosi a prendere in considerazione la gestione delle liste di attesa in ortopedia, che da ragione di oltre il 30% delle giornate di attesa rilevante retrospettivamente da SDO, nelle strutture pubbliche di 7 Aziende: nel corso del 2007 è previsto l'allargamento a tutto l'ambito regionale e l'avvio della progettazione per un ulteriore disciplina. Il progetto regionale, che mira a mettere a disposizione informazioni per

una gamma di soggetti secondo una logica che privilegia trasparenza, equità ed efficienza, non potrà realizzarsi se non a seguito della introduzione di modalità di gestione informatizzata delle informazioni sulla gestione delle liste.

E' pertanto indispensabile che tutte le Aziende provvedano a programmare gli interventi necessari a raggiungere un obiettivo di gestione informatizzata delle liste di attesa dei ricoveri per l'anno 2007, finalizzata anche alla fattiva collaborazione ai progetti regionali.

#### **10. Accordi con i medici di medicina generale**

Gli strumenti messi a disposizione dall'accordo regionale con i medici di medicina generale, opportunamente declinati per le specificità locali attraverso la trattativa aziendale, sono finalizzati alla modificazione organizzativa dell'assistenza primaria e delle relazioni che questa intrattiene con gli altri livelli di assistenza sanitaria e sociale così come vengono delineati dalla proposta di piano sanitario e sociale e dai documenti attuativi del piano e della riorganizzazione del SSR prevista dalla LR 29/2004

Le aziende pertanto avvieranno il processo di ridisegno organizzativo e funzionale in modo da raggiungere entro l'anno 2007 i seguenti obiettivi:

- definizione dei nuclei delle cure primarie dai punti di vista:
  - strutturale: definizione, in accordo con i criteri localmente individuati in sede di trattativa, delle sedi di riferimento dei NCP in modo flessibile e congruente con le caratteristiche dei diversi ambiti territoriali
  - funzionale: indicazione dei contenuti dell'attività organizzativa pertinente ai NCP, declinata localmente secondo gli specifici livelli di sviluppo dell'assistenza primaria, e comunque attinenti almeno alle linee del miglioramento dell'assistenza farmaceutica, dell'accesso all'assistenza specialistica e della programmazione dell'assistenza alla cronicità
- indicazione delle modalità di funzionamento dei NCP, con gli strumenti aziendali messi a disposizione relativamente a:
  - relazioni organizzative specificamente previste per il sostegno dell'attività organizzativa dei NCP (servizi aziendali e dipartimentali che contribuiscono alla definizione delle politiche dei nuclei, di coordinamento dei comportamenti professionali – ivi inclusa la formazione funzionale alla riorganizzazione – servizi di monitoraggio per la verifica delle linee adottate, ecc.)
  - relazioni organizzative previste per l'erogazione dei servizi degli NCP (definizione dei livelli di integrazione tra gli NCP e i servizi delle Cure Primarie e degli altri dipartimenti territoriali)
- entro i primi sei mesi del 2007 sarà definito il piano di implementazione del collegamento al progetto SOLE unitamente al piano di superamento delle eventuali carenze dei sistemi informativi che rendano il collegamento non sufficientemente operativo
- coerentemente a dette definizioni saranno anche indicate, entro il corrente anno, le modalità di verifica del funzionamento degli NCP

#### **11. Lungodegenza**

La attività afferente all'area della lungodegenza nasce, nella nostra regione (D.G.R. 1455/97), con l'esplicito obiettivo di diversificare l'offerta assistenziale all'interno degli ospedali pubblici e privati secondo un principio di appropriatezza correlato alla stratificazione dei bisogni assistenziali avendo a riferimento tre tipologie prevalenti di pazienti: pazienti in fase post-acuzie non stabilizzati che, a seguito della fase acuta di definizione diagnostica e trattamento della patologia responsabile del ricovero, presentano pluripatologie e/o instabilità clinica (PA); pazienti in fase post-acuzie stabilizzati che richiedono assistenza continuativa di tipo prevalentemente infermieristico (L); pazienti che hanno recuperato un buon compenso clinico, ma nei quali persistono limitazioni nelle condizioni di autosufficienza che richiedono un periodo di riabilitazione (RE). Già la D.G.R. 1455/97 sottolineava inoltre l'obiettivo di consolidare e qualificare il sistema organizzato a rete fra i vari servizi sanitari e socio-sanitari avviato con la LR 5/94.

Dalle diverse verifiche cui tale area è stata sottoposta da parte del livello regionale sono emerse criticità che hanno portato alla definizione di precisazioni attuative oltre che alla miglior individuazione degli elementi con i maggiori caratteri di criticità.

La ulteriore verifica attualmente in corso, promossa dal livello regionale anche per rispondere alle istanze delle Aziende, si incentra prevalentemente sulla necessità di portare a sistema, in una logica di risposta più appropriata, elementi innovativi emersi dalla pratica organizzativa aziendale e tendenti a promuovere i migliori livelli di integrazione del sistema socio-sanitario in un'ottica, di nuovo, di stratificazione dei bisogni assistenziali, con un'enfasi molto marcata sulla necessità di individuare modelli assistenziali omogenei per rispondere a bisogni omogenei e sulla continuità delle cure da realizzare tenendo conto della complessità dei bisogni socio-familiari oltre che di quelli sanitari, prioritariamente attraverso la dimissione protetta. Ciò mantenendo un elevato livello di attenzione agli aspetti di valorizzazione della responsabilità organizzativa e gestionale del personale infermieristico, ferme restando le attribuzioni in tema di responsabilità clinica.

Poiché dalle attività di verifica succedute deriveranno indicazioni di sistema e specifiche, le Aziende Sanitarie saranno chiamate, già a partire dal 2007, alla loro applicazione.

#### **12. Il Sistema informativo**

Per il 2007 sono confermati gli obiettivi 2006.

Si richiamano in modo specifico gli obiettivi che riguardano gli adempimenti nazionali al cui rispetto è vincolato l'accesso a quote di Fondo Sanitario Nazionale

##### **1) monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003)**

Terminata la distribuzione della nuova Tessera Sanitaria è iniziata la fase di rilevazione della spesa farmaceutica e della spesa per le prestazioni ambulatoriali. Il 19 dicembre 2006 il Ministero dell'Economia e Finanze ha approvato la richiesta di adesione al comma 11 della Regione Emilia-Romagna per il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale il che comporta che la trasmissione mensile dei dati sia a carico della regione per tutte le Aziende. Il monitoraggio della spesa ai sensi dell'art.50 rientra tra gli adempimenti previsti ai fini dell'accesso a quote del Fondo Sanitario nazionale. Pertanto rispetto alle criticità riscontrate si esplicitano i seguenti **obiettivi 2007**:

- completezza della rilevazione mensile;
- trascrizione del codice a barre della ricetta

Il raggiungimento di questi obiettivi è condizionato da una gestione completamente informatizzata della prenotazione ed erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale. Contestualmente al monitoraggio della spesa è necessario garantire la qualità e l'aggiornamento delle anagrafiche di supporto:

- anagrafe assistiti
- anagrafe esenzioni
- anagrafe medici prescrittori
- attribuzione ricettari

##### **2) obiettivi intesa del 23 marzo 2005 – Patto per la Salute**

Il D.M. 12/12/2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" ha individuato il set di indicatori per il monitoraggio dei Livelli Essenziali d'Assistenza: per il calcolo di tali indicatori il Ministero della Salute si avvale dei dati dei Flussi Ministeriali (D.M. 23/12/1996). Si richiama l'attenzione sulla necessità di garantire la qualità di tali rilevazioni con particolare riferimento anche ai dati prodotti dalle strutture private, essendo tale rilevazione oggetto del monitoraggio nazionale.

Il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, d'altro canto, garantisce la compilazione dei dati con le rilevazioni regionali, ed una revisione con le Aziende delle modalità di gestione dei rapporti con il Ministero della Salute.

#### **13. Assistenza odontoiatrica**

Ferma restando la necessità di una valutazione più complessiva del primo biennio di attuazione del programma regionale di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 2678/2004, è in corso di emanazione la direttiva che estende l'accesso alle cure ai portatori di disabilità psico-fisica e sociale, ampliando il numero di aventi diritto; per i quali dovranno essere attivati specifici percorsi per la certificazione e per l'avvio alle cure.

Le azioni di miglioramento sul programma di assistenza odontoiatrica devono portare ad un incremento di almeno il 20% rispetto alla copertura rilevata dei vulnerabili attesi per ciascuna Azienda al 31/12/2006 e all'attivazione della protesica fissa nelle aziende nelle quali non è erogata.

Resta inteso che lo sforzo aziendale deve essere diretto a raggiungere i soggetti vulnerabili senza disperdere risorse per altre tipologie di utenza non previste dal programma. Solo nel momento in cui le Aziende avranno raggiunto l'obiettivo di copertura sopra indicato sarà infatti possibile estendere le cure a soggetti attualmente non contemplati nel programma, anche attraverso apposite negoziazioni con i fornitori.

È ribadita l'importanza di una puntuale e corretta trasmissione dei dati richiesti nell'ambito del flusso informativo dell'assistenza specialistica (ASA), dal quale verrà rilevato anche il numero di persone trattate nel corso dell'anno, quale conferma del raggiungimento degli obiettivi fissati.

Per dare uniformità alle modalità di partecipazione al costo dei manufatti ortesici e protesici il programma prevedeva la possibilità di dilazionare il pagamento secondo modalità definite dalle Aziende.

Diventa obiettivo per il 2007 prevedere che, analogamente a quanto contemplato per l'ortodonzia, anche per la protesica il pagamento possa essere effettuato con rate mensili e comunque secondo modalità di rateizzazione più rispondenti alle esigenze dell'utente.

#### **14. La sanità pubblica**

Si richiamano di seguito i principali obiettivi che le Direzioni aziendali sono chiamate a perseguire nel corso del 2007, raggruppati per area tematica.

##### **Screening oncologici e registri tumori**

- dovrà essere garantito il rispetto della progressione delle chiamate dei tre programmi di screening oncologici attivi, curando il mantenimento dei livelli di adesione raggiunti e favorendo la partecipazione dei gruppi di popolazione più svantaggiata e, per quanto riguarda i tumori colorettali, dovranno essere garantiti gli interventi sulla familiarità;
- dovrà essere garantita la partecipazione alle iniziative di controllo di qualità, adottando le eventuali misure correttive necessarie.
- dovranno essere messe in atto le misure idonee a consentire la progressiva estensione dei registri tumori di popolazione a tutti gli ambiti territoriali della regione, e la loro messa in rete per creare un sistema integrato regionale. A tale scopo la gestione dei registri tumori di popolazione dovrà essere inserita nell'ambito delle attività epidemiologiche delle Aziende sanitarie, secondo indicazioni che verranno emanate a livello regionale.

##### **Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie**

###### Sistemi di sorveglianza

- occorre assicurare la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, partecipando anche al sistema regionale di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale e ai sistemi di sorveglianza regionali basati sui dati di laboratorio (antibioticoresistenza, meningiti batteriche) e ai programmi regionali di sorveglianza delle zoonosi e delle malattie trasmesse da insetti.

###### Vaccinazioni

- garantire il mantenimento dei livelli già raggiunti di copertura vaccinale per l'infanzia, migliorare le coperture vaccinali nei gruppi a rischio, compresi gli operatori di assistenza e attuare il piano morbillo-rosolia congenita.

###### Emergenze infettive

- garantire la realizzazione delle attività di competenza aziendale nell'ambito dei piani di risposta ad emergenze infettive, con riferimento particolare alla pandemia influenzale.

##### **Sicurezza**

###### Alimentare

- Predisporre piani di lavoro basati su una motivata valutazione del rischio.
- Assicurare la puntuale realizzazione dei piani di campionamento nazionali e regionali in termini di rispetto dei tempi, delle matrici da campionare.
- Registrare e rendicontare l'attività di controllo ufficiale conformemente alle indicazioni e alla modulistica regionale.
- Registrare le imprese della filiera produttiva degli alimenti conformemente alle procedure fornite dalla Regione Emilia-Romagna.
- Adottare procedure operative sui controlli ufficiali secondo le linee guida regionali e istituire sistemi di audit interni sull'attività di esecuzione del controllo ufficiale sugli operatori della filiera alimentare.

###### Strutture sanitarie

- assicurare un programma sistematico di controlli presso le strutture ospedaliere, finalizzato in particolare agli aspetti di igiene, gestione delle attività di pulizia/sanificazione dei locali e raccolta/smaltimento rifiuti e ristorazione ospedaliera, secondo le linee-guida regionali in corso di predisposizione.

##### **Sanità Pubblica Veterinaria**

- Verificare la corretta predisposizione e la funzionalità dei piani aziendali per fronteggiare le emergenze epidemiche veterinarie.
- Predisporre piani di lavoro tesi ad assicurare la verifica del rispetto delle condizioni di benessere degli animali d'affezione.

##### **Piano regionale della Prevenzione**

- a) collaborare al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano regionale della Prevenzione, in particolare
  - prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani;
  - prevenzione delle complicanze del diabete;
  - prevenzione delle recidive a seguito di eventi ischemici coronarici e diffusione dell'uso della carta del rischio cardiovascolare;
  - incidenti stradali, domestici e infortuni sul lavoro;
- b) Avviare il sistema di sorveglianza "PASSI", sui fattori di rischio comportamentali riferiti;
- c) Supportare il proseguimento dei Piani per la Salute (PPS), aggiornando il profilo di salute della popolazione, e focalizzando l'attenzione all'analisi epidemiologica dei problemi di salute delle fasce deboli della popolazione.

#### **15. Sicurezza nei luoghi di lavoro**

Dovranno essere garantite le attività di vigilanza ed assistenza finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con particolare riferimento al comparto edilizio e delle grandi opere, al comparto sanitario e ad altri comparti di particolare rilevanza locale.

Le aziende dovranno, in particolare:

1. Migliorare a livello locale l'efficacia degli strumenti di integrazione tra le Pubbliche Amministrazioni competenti in materia, da svilupparsi prevalentemente nell'ambito dei Comitati provinciali ex art. 27 D.Lgs 626/94;
2. Assicurare la realizzazione di quanto previsto dal Piano regionale della prevenzione 2006-2008, relativamente alla prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro (Delibera di Giunta Regionale n. 246 del 27/3/2006);
3. Garantire il mantenimento dei livelli di vigilanza già assicurati nei comparti grandi opere e metalmeccanica ed rafforzarne il livello nei comparti edilizia e agricoltura;
4. Garantire il mantenimento dei livelli attuali di verifica e di controllo della regolarità e sicurezza delle macchine ed impianti marcati CE, nonché degli apparecchi a pressione, degli impianti di riscaldamento, ascensori, impianti elettrici, apparecchi di sollevamento ed idroestrattori;
5. Garantire la prosecuzione delle attività volte alla promozione della salute dei lavoratori, svolgendo azioni specifiche di prevenzione dei rischi da agenti fisici e da rischi legati all'uso di sostanze chimiche e cancerogene;
6. Incrementare la sorveglianza sulle malattie professionali, implementare il relativo sistema informativo regionale; sviluppare specifici interventi volti alla riduzione delle malattie professionali, coinvolgendo attivamente tutti i soggetti interessati;
7. Assicurare attività di informazione e formazione strutturata, nonché di assistenza diretta ai lavoratori, alle imprese (in particolare alle Piccole Medie Imprese) e alle Organizzazioni sindacali e datoriali.



# pass



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

PERIODICO D'INFORMAZIONE PER I DIPENDENTI DELL'AZIENDA POLICLINICO DI MODENA

Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale + IP - 70% -  
aut. N° 070053 del 19/06/2007 - DCB MO



## Un Policlinico a misura dei cittadini

Accoglienza, Comfort, Sicurezza, Privacy: le parole chiave di un ospedale moderno

di **Stefano Cencetti\***  
e **Simonetta Ferretti\*\***

Sempre più si va affermando il principio della "umanizzazione" dell'ospedale e della centralità del paziente nell'organizzazione assistenziale. Ciò comporta la definizione di precisi ed appropriati "processi e percorsi diagnostici e terapeutici" per la soluzione dei problemi di salute, ma anche la capacità di soddisfare i bisogni quotidiani ed i diritti fondamentali del malato quale cittadino: essere informato e guidato; trovarsi in ambiente a misura d'uomo; inserito e non isolato dalla comunità; garantito in sicurezza e privacy, qualità ambientale e comfort, accoglienza e orientamento.

Queste ultime sono parole chiave che rappresentano, per l'organizzazione e la gestione di un ospedale moderno, altrettanti obiettivi da perseguire, al pari dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza.

L'ingresso in un luogo rappresenta il primo contatto, il primo elemento di conoscenza e di valutazione: ordine, pulizia, microclima, sicurezza ed indicazioni chiare e ben leggibili sono gli elementi che concorrono a definire il grado di accoglienza di un "luogo". In tale direzione sono orientate tutta una serie di azioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, che hanno determinato nel primo semestre 2007:

- la riorganizzazione e riqualifica-

### IN QUESTO NUMERO

- Un 2007 di grandi novità al Policlinico (p. 2)
- Rivoluzione negli accessi e nell'accoglienza all'ospedale (p. 4 e p. 6)
- Il Servizio mediazione culturale (p. 7)
- Volontari per l'ospedale (p. 10)
- Migliorare le relazioni per un servizio di qualità (p. 11)
- Il ruolo del trasporto pubblico (p. 14)

zione di Largo del Pozzo, con la collocazione di totem e insegne identificative dell'area del Policlinico, effettuate con un rilevante impegno della Amministrazione Comunale di Modena;

- la riapertura della portineria esterna;
- lo sviluppo del sistema per le informazioni con l'incremento dell'attività del servizio di mediazione culturale e con il posizionamento nelle aree principali di totem informativi;
- la riorganizzazione e riqualificazione degli accessi principali: atrii n. 1- 2 e 3;
- la riorganizzazione dei parcheggi interni ed esterni, che vedrà la sua conclusione entro l'anno 2008 con l'attivazione del nuovo parcheggio pluripiano dell'ACI di Modena e la separazione dei parcheggi per i dipendenti (area di via Campi) da quelli per gli assistiti ed i visitatori (area di Largo del Pozzo).

A questo ultimo significativo impegno si affianca l'opera per incentiva-

re l'utilizzo del mezzo pubblico per accedere al Policlinico, come dipendenti, assistiti e visitatori.

Il nuovo percorso della linea 7, che entrando dentro l'area del Policlinico permette di fermarsi direttamente di fronte all'ingresso principale dell'area ospedaliera e di fronte all'ingresso principale del Poliambulatorio, ed il prolungamento delle sue corse fino alle ore 24,00 rappresentano una significativa opportunità per lasciare a casa i propri automezzi, contribuendo a migliorare la qualità dell'ambiente e a risparmiare, viste, anche, le agevolazioni tariffarie, che ATCM e Comune di Modena hanno concesso ai dipendenti del Policlinico.

Una volta entrati ci dobbiamo trovare di fronte ad una gestione orientata a offrire:

- locali rasserrenanti, confortevoli, con arredi, finiture, colori, qualità ambientale, che ne accentuino la familiarità;
- servizi alla persona: pasti, pulizie, biancheria, dove qualità, pulizia ed igiene devono comunicare senso di benessere e di sicurezza.

Per garantire tutto ciò la Direzione Generale nel corso dell'anno 2007 ha:

- avviato un piano di sostituzione degli arredi, che affianchi stabilmente il piano di investimenti, modificando così la vecchia impostazione che non teneva conto, nella fornitura di attrezzature elettromedicali e nei lavori edili ed impiantistici, dell'arredo dell'ospedale;
- ha incentivato il piano di ristrutturazione dei reparti, fronteggiando positivamente anche pesanti situazioni di emergenza, determinate nel mese di giugno da alcuni problemi statici presentatesi nel Corpo L (edificio del trasfusionale e della cardiologia);
- ha introdotto un rinnovato sistema di monitoraggio e controllo dei servizi alberghieri (pulizie - lavanderia - sterilizzazione - trasporto dei degenti) con un impegno specifico per la ristorazione dei ricoverati, che, oltre ad essere tutelata dai nuovi controlli, è chiamata, con l'introduzione di nuovi carrelli per la distribuzione, a migliorare la qualità dei cibi al letto del paziente;
- ha potenziato il Servizio aziendale per la ospitalità.

Sotto un altro, importante aspetto l'ospedale deve riscoprirsi luogo della socialità, ovvero del valore della socialità, dell'interdipendenza e della solidarietà. Un ospedale autentica-mente inserito nella comunità significa, anche, il recupero di un valore del passato, quando l'ospedale era vissuto con un profondo senso di appartenenza, sia da chi doveva fruire dei suoi servizi, sia da chi lo sosteneva finanziariamente con lungimirante filantropia. Socialità vuole dire anche "ospedale aperto" integrato con il contesto socio culturale, in cui opera, e permeabile alle attività cultu-

rali e di intrattenimento e alle istanze della società civile, espresse dalle associazioni dei cittadini e dalle organizzazioni del volontariato.

A questo fine la Direzione Generale:

- ha notevolmente incentivato il servizio di mediazione culturale, indispensabile in una società sempre più multietnica;
- sta sviluppando, tramite il Comitato Consultivo Misto, i livelli di collaborazione con le Associazioni del Volontariato, come la Giornata di festa del volontariato svoltasi il 22 settembre e la creazione di un punto di accoglienza gestito insieme da Policlinico e Associazioni;
- ha predisposto un piano di comunicazione interna ed esterna per fare conoscere sempre di più e meglio le rilevanti potenzialità assistenziali del Policlinico, aderendo, tra l'altro, fattivamente a tutte le varie Giornate speciali, dedicate a singole patologie, che annualmente vengono organizzate a livello nazionale e internazionale;
- ha editato la pubblicazione del volume "Il Policlinico in 180 scatti".

Tramite questo numero di PASS, la Direzione generale intende portare a conoscenza di tutti i Professionisti ed Operatori del Policlinico, oltre che di tutti gli interlocutori istituzionali e professionali, questo suo impegno, nella consapevolezza che la nostra società deve essere maggiormente attenta al bene comune, al bene pubblico ed a preservare al meglio le proprie risorse e che, senza la collaborazione ed il supporto di tutti, con attenzione alle piccole cose (cura e pulizia del proprio ambiente di lavoro e della propria divisa) e con costante rispetto delle regole interne di funzionamento, non potrà esserci un ospedale "umaniz-



zato" orientato al benessere complessivo degli assistiti.

Per favorire, su questi temi, la continua e costante crescita culturale di tutto il personale la Direzione Generale ha incentivato nel Piano Formativo per l'anno 2007, in particolare, l' "Area relazionale", che comprende numerose iniziative formative finalizzate a fornire conoscenze e strumenti per la medicina centrata sul paziente, in grado di rendere più efficace la "relazione di cura"; cioè più coerente con i bisogni espressi da pazienti e familiari, e di fare riflettere sull'importanza della relazione/comunicazione con gli assistiti.

\* Direttore generale  
\*\*Responsabile Ufficio Comunicazione,  
Accoglienza e Servizi Alberghieri

## Un 2007 di grandi novità al Policlinico di Modena

Assistenza a livelli d'eccellenza, ricerca, formazione, è a queste parole d'ordine che si ispira la mission del Policlinico di Modena, e in questo quadro, in un'ottica di miglioramento delle prestazioni offerte ai pazienti, vanno visti i cambiamenti che dall'inizio di quest'anno alla fine del 2007 interesseranno l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. L'attivazione di nuovi servizi e il miglioramento del comfort dell'accoglienza, unitamente alla necessità di spostare alcuni reparti a causa dei problemi presentati dal corpo L del complesso (Cardiologia, Gastroenterologia e Servizio Im-

munostrafusionale), ha comportato una serie di importanti cambiamenti nell'assetto del Policlinico. Quello che segue è un panorama degli interventi già compiuti e di quelli che saranno ultimati entro la fine di quest'anno.

### Cardiologia

La degenza e l'Unità di terapia intensiva coronarica (UTIC) della Struttura Complessa di Cardiologia, uno dei fiori all'occhiello del Policlinico, sono state trasferite all'8° piano, negli ex locali dell'Unità di ricovero a pagamento (Urap), con accesso dall'ingresso 3. Nella nuova collocazione la

Cardiologia dispone di 18 posti letto di degenza ordinaria - 8 confortevoli stanze da due letti e 2 da un letto - e 6 letti di terapia intensiva coronarica, dotate di un avanzato sistema di monitoraggio dei parametri vitali, in particolare cardiocircolatori, in grado di controllare i pazienti in maniera continuativa, 24 ore su 24. In tutto, quindi, il reparto disporrà di 24 posti letto. Restano invece al 4° piano (ingresso 3), nella loro attuale collocazione, le sale dell'Emodinamica, gli ambulatori di visita e diagnostica strumentale. Qui continuano a essere ospitati anche gli uffici della Direzione.

### Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva

La degenza della struttura complessa di Gastroenterologia è stata trasferita al terzo piano del corpo H, con accesso dall'ingresso 1, dove dispone di 14 posti letto. Restano invece al quinto piano (ingresso 3), nella vecchia collocazione, 3 ambulatori riservati ai pazienti esterni. Anche il settore di Endoscopia digestiva ha cambiato ubicazione: si trova ora al quarto piano (ingresso 1) grazie ad uno spostamento previsto da tempo che ha permesso di collocare le attività endoscopiche in una sede completamente rinnovata e potenziata. Gli esami di endoscopia digestiva, tra gastroscopie e colonscopie, nel 2006, sono stati infatti più di 7.000. La nuova sistemazione migliora il percorso grazie alla sala di osservazione post-endoscopica con 5 letti e alla presenza di una sala che permette l'effettuazione di diagnostica interventistica.

### Servizio Immunotrasfusionale

Al fine di ottemperare alla necessità di contenimento dei carichi anche per il servizio di Medicina trasfusionale, è stato previsto un programma rispondente a tali necessità. Infatti, pur mantenendo la collocazione del Servizio al piano terra del corpo L, si sta provvedendo ad aumentare la superficie a disposizione del Servizio per ridurre il carico per mq delle attrezzature. A questo scopo è stato realizzato un box prefabbricato all'esterno e adiacente al servizio ove collocare i criocontenitori (di peso elevato); inoltre verranno al più presto trasferiti presso spazi liberi adiacenti al laboratorio centralizzato, per un totale di 250 mq, due settori di attività del Trasfusionale.

### URAP, 8° piano corpo B

L'Unità di Ricovero a Pagamento è dotata di 8 stanze ad 1 letto e 3 stanze a 2 letti per un totale di 14 posti letto con uno standard alberghiero molto elevato. In ogni stanza di degenza, l'accoglienza è stata curata nei minimi particolari tanto da prevedere - oltre alla TV satellitare e al bagno in camera - il frigorifero, il telefono, una comoda sistemazione per l'accompagnatore (poltrona, letto o divano letto), il menù personalizzato anche per accompagnatore. Oltre a questa dotazione, per così dire "di serie", a richiesta è possibile avere DVD, linea di trasmissione dati, casella di posta elettronica, fax.

### Ostetricia

#### Pronto soccorso e Degenza gravidanze a basso rischio

Importanti novità nel progetto di riqualificazione della struttura complessa di Ostetricia-Ginecologia, dove sono stati ultimati alcuni interventi che rendono il percorso di assistenza più efficace e rispondente ai bisogni delle utenti: al sesto piano è stato completato un nuovo settore di degenza di 5 stanze, per un totale di 10 posti letto, attiguo a quello già attivato nel 2005, destinato all'accoglienza delle gravidanze fisiologiche a basso rischio. Sempre al sesto piano, adiacenti al reparto di Ostetricia, sono aperti da giugno due ambulatori di pronto soccorso ostetrico-ginecologico e l'Ufficio dichiarazione nascite. Durante il periodo estivo, in concomitanza con le riduzioni di attività chirurgica programmata, è stato possibile inoltre rinnovare completamente le sale travaglio-parto, nell'ottica di migliorare il comfort alberghiero e l'accoglienza alle donne prossime al parto.

### Neonatologia

#### Area genitori e locali di supporto alle attività di reparto

Sono state ultimate al piano 7 due aree connesse alle attività del reparto di neonatologia: l'area accoglienza genitori e l'area di supporto ad integrazione degli spazi dedicati alle attività assistenziali. Il progetto nato nel 2005, è stato realizzato anche grazie al contributo del grande tenore Luciano Pavarotti e della moglie Nicoletta Mantovani. L'area genitori, che permetterà l'accoglienza dei familiari dei piccoli ricoverati, prevede spazi comuni con poltrone allattamento, cucina e soggiorno, servizi igienici; sono state inoltre approntate 2 camere singole con servizio igienico per la permanenza notturna. Adiacente al reparto sono stati previsti spazi di supporto tra i quali due ambulatori che consentiranno di migliorare l'organizzazione com-

pletiva del reparto, resasi necessaria a fronte dell'incremento costante delle attività assistenziali.

### Oculistica

#### Ortottica, laser eccimeri, riorganizzazione ambulatori

L'ambulatorio di Ortottica, dove vengono visitati i bambini con problemi di strabismo, si è trasferito dal Poliambulatorio ai nuovi locali allestiti al terzo piano del Policlinico (ingresso 2). Qui una sala d'attesa offre un comfort migliore ai piccoli ospiti e singoli box dove l'ortottista li accoglie per la visita. Gli ambulatori divisionali per le visite oculistiche degli adulti, sempre al terzo piano, vedono singoli ambulatori dedicati e un'ampia sala d'attesa, mentre sono stati potenziati gli ambulatori dedicati alla diagnostica oculare per le malattie della retina, della cornea, per il glaucoma e per la chirurgia della cataratta. L'offerta di prestazioni diagnostiche e terapeutiche specialistiche disponibili al III° piano presso la Struttura complessa di Oculistica inoltre è completata dal Laser ad Eccimeri, attualmente in fase di installazione e collaudo. L'attrezzatura consentirà di effettuare prestazioni previste nell'ambito dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) quali: trattamento delle differenze di refrazione (Anisometropie) superiori alle quattro diottrie in pazienti divenuti intolleranti all'uso di lenti a contatto; la Cheratectomia fototerapeutica (PTK) per distrofie, cicatrici ed altre opacità corneali; trattamento dell'Astigmatismo secondario a chirurgia corneale (post cheratoplastica o simili) e delle Ametropie postchirurgiche (cataratta, cheratoplastica perforante); la Cheratoplastica lamellare con laser ad eccimeri per correzione del cheratocono. A questi trattamenti relativi a patologie di maggior severità si aggiungono, sempre come prestazioni inserite nei LEA, le correzioni dei difetti refrattivi, limitatamente alle indicazioni regionali vigenti.





### Ambulatori di Odontoiatria

Nel settembre di quest'anno è stato attivato il primo stralcio dei nuovi ambulatori di Odontoiatria, collocati al Piano rialzato corpo A del Policlinico, nell'ambito di un progetto più complessivo di rinnovamento. L'accesso agli ambulatori avviene tramite una zona di attesa ampia e rinnovata ove l'utente, grazie alla presenza degli operatori alla reception, può effettuare le necessarie pratiche amministrative di prenotazione/registrazione. Presso i 5 ambulatori vengono effettuate prestazioni per pazienti esterni relativamente alle branche di endodonzia, conservativa, parodontologia, igiene orale, protesica, chirurgia orale, oltre che di pronto soccorso odontoiatrico attivo tutti i giorni dal Lunedì al Venerdì e al

sabato dalle 8.30 alle 12.30.

### Uffici

Sono numerosi gli uffici e i servizi amministrativi che si sono trasferiti nel 2007 in nuove sedi. L'Ufficio Formazione e Aggiornamento si è spostato nei nuovi locali posti al piano terra del Poliambulatorio nei locali già occupati dal day hospital della Medicina Fisica e Riabilitazione, con ingresso sotto al tunnel dalla parte del parcheggio esterno. I servizi di Sorveglianza Sanitaria e di Prevenzione e Protezione Area Igiene Ospedaliera si sono trasferiti, a partire dalla fine di settembre, nei nuovi locali già occupati dalla Gastroenterologia al V° piano, ingresso 3. La Direzione Tecnologie dell'Informazione e la Fisica Sanitaria, invece, sono stati allocati nei prefabbricati posti nei pressi della palazzina occu-



pata dalla Struttura Complessa di Malattie dell'Apparato respiratorio.

## Una rivoluzione negli accessi al Campus

**La corsia preferenziale per il bus ha mutato la viabilità interna. Aree pedonali in prossimità degli ingressi 1-2-3. Dal 2002 i posteggi, interni ed esterni, sono passati da 1600 a 2400**

Rivoluzione nell'accesso al Policlinico di Modena. L'ingresso e l'uscita dei veicoli da via del Pozzo avviene esclusivamente attraverso il tratto di strada che costeggia i parcheggi esterni, quello cioè che, fino a qualche mese fa, era riservato all'entrata e che è diventato a due sensi di marcia. Una rotonda consente alle auto l'inversione di marcia e la funzione di kiss and ride, cioè la discesa dai veicoli in vista del Policlinico. Il viale che un tempo permetteva l'uscita dal campus - quello che costeggia le attività commerciali - è diventato, invece, corsia preferenziale per il bus, precluso a tutti i veicoli, eccetto quelli di emergenza. Le ambulanze d'emergenza entrano dall'ingresso del 118 in via Emilia, e giungono al Pronto Soccorso dal viale che costeggia il Padiglione Pier Camillo Beccaria. Le altre ambulanze, quelle deputate al semplice trasporto di pazienti non in emergenza, continuano ad entrare da via del Pozzo, dall'ingresso degli autoveicoli.

È tutta la viabilità interna, però, ad essere mutata. La dimissione dei pazienti, infatti, avviene esclusivamente dagli ingressi 2 e 3, perché l'ingresso 1, anche a causa di un cantiere, è stato pedonalizzato e quindi è vietato l'accesso alle vetture. Le auto che hanno necessità di raccogliere un paziente dimesso, quindi, devono recarsi all'ingresso

3 o all'ingresso 2, secondo le modalità che verranno loro esplicitate al punto d'accesso di via del Pozzo - la guardiola a fianco della sbarra - che è anche deputato a consegnare agli utenti i permessi di ingresso e sosta al parcheggio interno. Tutti e tre gli ingressi principali sono dotati di aree pedonali e hanno nelle vicinanze comodi posteggi per le biciclette, non custoditi.

La nuova viabilità interna è ovviamente condizionata da alcuni cantieri e, soprattutto, dal nuovo percorso del bus n. 7 che, unendo i punti nevralgici della città (stazione dei treni, stazione delle corriere, centro storico, poli universitari - Facoltà di Economia e Commercio, via Università, via Campi, via Gottardi - Policlinico), passa all'interno del parco del Policlinico, entrando da via del Pozzo, costeggiando il Poliambulatorio e uscendo poi da via Campi. So-

no quindi ben tre le fermate del bus che interessano utenti e studenti del Policlinico. Quella tradizionale di via del Pozzo, quella del Poliambulatorio (nei pressi degli ingressi 28 e 29) e, infine, quella su via Campi.

L'importanza del nuovo percorso per la viabilità urbana giustifica il sacrificio di circa 60 posti auto del parcheggio interno del Policlinico la cui dotazione complessiva resterà, comunque, nella norma (circa 2.200 posti, che con quelli esterni, compreso il parcheggio ACI attuale diventano circa 2.400, contro i 1.600 del 2002). Altra novità significativa all'ingresso di via del Pozzo, è il cantiere per il nuovo parcheggio ACI, iniziato il 23 aprile e che durerà presumibilmente un anno, che ha comportato la chiusura del vecchio parcheggio libero con accesso sul lato destro rispetto all'ingresso in via del Pozzo. Per ovviare alla perdita di posti auto



è stata ampliata la disponibilità del parcheggio sostitutivo che si trova nell'area dell'ex vivaio Galli, posto in angolo tra via del Pozzo e via Emilia (Accesso via del Pozzo direzione via Emilia), accoglie in questo periodo fino a 220 auto.

*“Quello dei parcheggi - ha commentato Giulio Bettuzzi, mobility manager del Policlinico - è un problema comune a molti grandi ospedali, soprattutto a quelli costruiti nei centri cittadini. Nel panorama dei grandi ospedali della nostra Regione, però, il Policlinico ha una posizione di eccellenza per quanto riguarda i posteggi gratuiti per utenti e dipendenti che, tra esterni ed interni, sono oltre 2200. La maggior parte degli altri principali nosocomi, infatti, è dotata di posteggi a pagamento mentre la scelta della gratuità del Policlinico, certamente più complessa dal punto di vista organizzativo, è volta a venire sempre più incontro alle esigenze dell'utenza, dei dipendenti e degli studenti. Occorre sottolineare che, nel parcheggio interno, sono oltre 100 posti auto dedicati a categorie di utenti bisognose di particolari attenzione, nei pressi della Dialisi, del DH oncologico e Centro Trasfusionale. Si tratta di pazienti che necessitano di recarsi spesso al Policlinico e che abbisognano, per le terapie eseguite, di avere l'auto vicina al luogo di cura. A questi, vanno poi aggiunti i posti riservati ai disabili nei pressi dei principali accessi all'ospedale, una trentina”. I posti auto riservati ai disabili, sono stati ricollocati in modo coerente con la nuova viabilità interna e quindi soprattutto nelle vicinanze degli ingressi 2 e 3, deputati dalla fine di giugno agli arrivi delle auto.*

*“L'intervento sulla viabilità interna al Policlinico - ha commentato il dottor Stefano Cencetti, direttore generale - è teso a razionalizzare l'accesso degli utenti, dei dipendenti e dei fornitori all'ospedale, per adattarlo alla crescente mole di traffico e alle mutate esigenze cliniche. Questo, ovviamente, va a intervenire su abitudini inveterate e, nei primi mesi, potrà spiazzare gli utenti. Per questo l'abbiamo integrato col potenziamento dei punti informativi d'accesso. Perché questa rivoluzione possa portare i risultati sperati, però, è necessaria la collaborazione di tutti, privilegiando sempre più l'utilizzo dei servizi pubblici rispetto all'auto. Nel caso non fosse possibile rinunciare al mezzo proprio, consigliamo ai dipendenti di entrare dall'ingresso di via Campi e agli utenti di servirsi degli appositi punti informativi per poter accedere al meglio alle prestazioni offerte dal nostro ospedale”.*



## Attenzione!

Dal 2002 l'area del parcheggio dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria non è più "area privata ad uso pubblico" ma "area privata". Questo comporta che l'accesso dei veicoli sia governato da un apposito regolamento aziendale, approvato con delibera 127 del 25.10.2002 e recentemente integrato con delibera 64 del 13.04.2007. Il provvedimento si è reso necessario per poter regolare in maniera ottimale l'enorme flusso di autoveicoli che a vario titolo accedono al parcheggio interno, con l'obiettivo di combattere la sosta selvaggia - che era arrivata a creare addirittura problemi di transito - senza derogare al principio della sosta gratuita che è uno dei cardini della politica aziendale sulla viabilità. Per questo, il regolamento prevede le modalità di accesso e un sistema di controllo che, per essere efficaci, deve necessariamente comportare la rimozione o il blocco dei veicoli per i trasgressori.

I Dipendenti del Policlinico, quelli della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (compresi gli specializzandi e i dottori di ricerca) e quelli dell'Azienda USL che operano in strutture attivate al Policlinico accedono al parcheggio interno tramite un'autorizzazione, rilasciata a seconda dei casi dalla Direzione del Personale (che fornisce anche il badge per attivare la sbarra automatica dell'ingresso riservato di via Campi) o dall'Ufficio Comunicazione Accoglienza e Servizi Alberghieri.

Ai pazienti con particolari patologie (trattamento dialitico, trattamento onco/ematologico, pazienti del servizio trasfusionale, pazienti già sottoposti a trapianto, pazienti della tisiologia, pazienti di malattie infettive, pazienti con limitate capacità motorie, donatori di sangue) viene rilasciato dalla struttura interessata

un **permesso annuale**, che dà diritto a posteggiare nelle aree riservate vicino al luogo di cura. Permessi simili vengono forniti ai medici di medicina generale per le visite ai pazienti ricoverati, al personale di ditte fornitrici, di quelle addette alla manutenzione e ai corrieri.

Vengono, infine, concessi altri **permessi a tempo** per accedere e sostare nel parcheggio interno ai parenti che si recano a prendere un paziente dimesso e che si dirigono al Pronto Soccorso. Questi ultimi vengono forniti al **punto di accesso al parcheggio interno, che si trova all'ingresso con la sbarra da via del Pozzo**.

**Autorizzazioni e permessi** vanno esibiti o convalidati all'ingresso ed **obbligatoriamente esposti durante la sosta sulla superficie del cruscotto in maniera visibile**. Il parcheggio, è consentito solo nelle zone individuate dalla segnaletica verticale ed orizzontale e all'interno di spazi definiti. La sosta fuori delle aree e superfici delimitate dalla segnaletica o in assenza di permesso o col permesso non visibile comporta la rimozione o il bloccaggio del veicolo con recupero a spese del proprietario. Anche il personale disabile deve obbligatoriamente esibire il contrassegno per poter utilizzare i posti riservati.

Come già detto, i veicoli che non rispettano le regole di accesso e sosta verranno rimossi o bloccati. Il proprietario potrà recuperare il veicolo, seguendo le indicazioni esposte nel parcheggio ai punti di accesso, pagando prima le spese di spostamento o bloccaggio al gestore del servizio, che è stato rintracciato tramite un'apposita gara.

*“È certamente spiacevole rimuovere o bloccare l'auto a un dipendente o a un utente dell'ospedale - spiega il direttore generale Stefano Cencetti - ma si tratta di un provvedimento necessario per permettere un corretto utilizzo di un parcheggio libero i cui posti sono limitati e devono essere messi a disposizione di tutti”.*



## I parcheggi del Policlinico

Segnaliamo di seguito, i principali parcheggi liberi, esterni al Policlinico

- **Parcheggio del Poliambulatorio (p2):** Ci si accede da via Marzabotto e comprende 301 posti.
- **Parcheggio zona centrale termica (p3):** Ci si accede dal parcheggio P2 e comprende 340 posti
- **Parcheggio ex vivaio Galli:** situato tra via Emilia Est e via del Pozzo, ci si accede da via del Pozzo e comprende 220 posti. Si tratta di un parcheggio straordinario che rimarrà in funzione sino al termine dei lavori al nuovo parcheggio ACI.
- **Parcheggio zona edicola di via Emilia (P7):** vi si accede da via Emilia Est vicino all'edicola, comprende 51 posti auto.
- **Parcheggio adiacente all'asilo nido (P8):** si trova su via del Pozzo e comprende 20 posti auto

A questi, vanno aggiunti:

- **Parcheggio di largo Gottardi:** Situato su Largo Gottardi, di fronte alla fermata del bus numero 7 che lo collega direttamente al Policlinico.
- **Parcheggio ACI:** a pagamento, ci si accede da via del Pozzo, a fianco del viale di accesso al Policlinico.

# Cambia volto l'accoglienza al Policlinico

Infopoint, espositori e bacheche: come orientarsi all'interno di una grande struttura

L'ingresso di una struttura, si è detto nell'editoriale di questo periodico, rappresenta il primo contatto, il primo elemento di conoscenza e di valutazione di essa da parte dell'utenza. Tra le caratteristiche principali di un ingresso c'è certamente la sua capacità di accogliere il fruitore con informazioni chiare e utili, che gli permettano di orientarsi nella struttura con facilità. Questa esigenza è tanto più forte quanto più è complessa l'organizzazione cui l'utente deve accedere. È fondamentale che le informazioni siano disponibili con immediatezza, tramite un linguaggio chiaro.

In questo senso anche l'accoglienza concorre all'umanizzazione di una struttura ospedaliera come il Policlinico di Modena. Non stupisce quindi che i lavori di *maquillage* di via del Pozzo, dove le insegne identificative dell'Azienda Ospedaliera - Università di Modena ora guidano l'utente sin dall'incrocio con via Marzabotto, siano andati di pari passo con una riqualificazione degli ingressi principali dell'ospedale e con la riapertura della **portineria esterna**. Quest'ultima, rimasta chiusa per un lungo periodo, ospita il primo degli *infopoint* che fornisce indicazioni appropriate



sull'ubicazione delle diverse strutture assistenziali, sui percorsi di ingresso ai reparti, agli ambulatori e agli uffici, sulla collocazione dei pazienti ricoverati e sugli orari di apertura. A fianco della portineria esterna, trova posto il **punto di accesso al parcheggio interno**, che fornisce i permessi di ingresso e sosta agli utenti e indicazioni sui parcheggi. Insomma, già dall'ingresso esterno gli utenti potranno trovare un'area di filtro che eviterà loro di doversi recare sino all'ingresso 1 per chiedere informazioni. Questo servizio vuole da un lato essere un utile supporto ai cittadini per orientarsi con più facilità all'interno dell'ospedale e dall'altro favorire un accesso più disciplinato delle auto al parcheggio interno Policlinico, onde prevenire spiacevoli contenziosi.

Alla portineria esterna, gli utenti incontreranno il primo dei quattro totem interattivi installati anche agli *infopoint* degli ingressi 1, 2 e 3. I totem sono dotati di *touch screen* (schermo tattile) tramite il quale sarà possibile richiedere e stampare il percorso dall'ingresso in cui ci si trova al reparto o ambulatorio desiderato. Attualmente i percorsi sono disponibili solo per il corpo centrale ma, a regime, i totem potranno fornire al cittadino le informazioni su tutto il campus. Lo schermo del totem, inoltre, fornisce informazioni di servizio tramite *slide*, attualmente fisse che, a regime, saranno aggiornate in tempo reale. A fianco dei totem, infine, l'utente vedrà comodi espositori ove troverà numerose informazioni cartacee di servizio: mappe, campagne informative, pubblicazioni

aziendali. Infine, la segnaletica basata sul percorso colore è stata adeguata e potenziata, mentre espositori mobili indicheranno con chiarezza, negli atri, gli spostamenti temporanei mediante comunicazioni puntuali.

Insomma, gli utenti del Policlinico di Modena possono usufruire di quattro *info point* perfettamente integrati e strutturati che permetteranno loro di orientarsi nella struttura. All'esterno e all'ingresso 1, gli *info point* sono dotati di personale oltre che del totem, mentre agli ingressi 2 e 3 sono soltanto automatici. Nella mappa che alleghiamo a questo numero (pagine 8 - 9) i primi sono identificati da una lettera "I" maiuscola in campo verde con il disegno di un dottore, gli altri con solo la lettera maiuscola in campo verde. Punto qualificante di tutto il progetto è che, una volta a regime, le portinerie saranno affidate a un pool di operatori dedicati e formati a gestire al meglio il rapporto con l'utenza, e in grado di offrire un servizio più mirato qualificato.

*"Per sostenere questo adeguamento riorganizzativo e funzionale l'Azienda - spiega il dottor Stefano Cencetti - ha sostenuto una spesa di circa 40.000 euro utilizzati per la ristrutturazione della portineria esterna, per la segnaletica interna e per l'arredo urbano. Ad esso va aggiunto, poi, il costo del personale (4 nuove unità). Credo, però, che sia un investimento molto importante per migliorare il servizio di accoglienza e di orientamento per i cittadini che si rivolgono sempre più numerosi al nostro ospedale, i quali potranno da ora in avanti contare anche su un fondamentale servizio di filtro per gli accessi di veicoli nell'area interna".*

Tra i vari punti di accesso, anche l'ingresso 1 ha subito un robusto rest-





yling che ha interessato l'ambiente generale con la creazione di un'area di attesa a fianco del totem e la sistemazione delle bacheche dove si possono trovare informazioni divise per argomento: formazione, dipendenti, organizzazioni sindacali, circolo dipendenti. "Le nuove bacheche - commenta la dottoressa Simonetta Ferretti, responsabile dell'Ufficio Comunicazione Accoglienza e Servizi Alberghieri - hanno un duplice scopo. Da un lato abbiamo voluto creare uno spazio informativo utile a tutti dove le

notizia fossero facilmente rintracciabili e fruibili per argomento. Dall'altro abbiamo tentato di porre rimedio a un mal costume diffuso che vedeva tappezzare le pareti dell'atrio con volantini di ogni genere, con nocumento del decoro e dell'utilità dell'informazione. Ovviamente, per evitare che questo secondo problema si ripresenti, è necessaria la collaborazione di tutti: noi vigileremo sul decoro dell'atrio principale e degli altri ingressi e di tutti i piani dell'ospedale. Solo il senso civico di tutti, però, ci permetterà di non lavorare invano".

## La grande risorsa della mediazione culturale

di **Simonetta Ferretti** \*  
e **Bruno Ciancio**\*\*

Il Policlinico di Modena riflette, nella sua azione e nei suoi interventi, la complessità della società multi-etnica del terzo millennio. In questo quadro assume una particolare importanza il Servizio di Mediazione culturale, istituito per venire incontro alle esigenze degli utenti stranieri. I dati sull'attività del servizio indicano chiaramente i mutamenti avvenuti nella nostra realtà negli ultimi anni, registrando con puntualità la crescente domanda di prestazioni da parte di persone di origini non italiane: nel 2006 la mediazione culturale del Policlinico ha fatto registrare 6.093 richieste di intervento, 977 in più rispetto al 2005, un aumento che dimostra come questo supporto all'attività assistenziale si stia affermando come un elemento sempre più indispensabile per il dialogo tra personale medico-sanitario e utenti. Una considerazione rafforzata dal dato relativo al quadriennio 2003 - 2006, con un incremento degli interventi pari al 68% (dai 3.620 del 2003 ai 6.093 dell'anno scorso).

Sono numeri che vanno inquadrati nell'ambito delle prestazioni offerte dal Policlinico ai pazienti stranieri: nel 2006 i ricoveri di questi ultimi sono stati 4.730 (3.855 ordinari, pari al 11,91% del totale ricoveri ordinari e 875 in day hospital, pari a 7,6% del totale). Inoltre nel 2006, su oltre 3200 bambini nati al Policlinico, più di 1 su 4 (quasi il 27%) era figlio di genitori stranieri. E' anche utile ricordare, per capire come sta cambiando la composizione etnica della nostra realtà e come vanno dunque modulate le risposte del servizio pubblico, che nel 2006 gli stranieri residenti nella Provincia di Modena erano 57.022 (8,6% della popolazione) e di questi 18.710 risiedevano a Modena (10%).

Quanto al genere di attività svolta dal Servizio del Policlinico, la cui gestione è stata appaltata a una ditta concessionaria per quel che si riferisce all'interpretariato, si tratta nella maggior parte dei casi di prestazioni di mediazione linguistica (il 68,01% del totale), di controllo della posizione amministrativa (30,94%) e di sostegno psico-sociale (1,05%). Riguardo all'uso "interno", è stato il Dipartimento Integrato Materno - Infantile quello che ha maggiormente usufruito della mediazione culturale (54%), seguito dall'Ufficio Accettazione Ricoveri che ha assorbito il 31% della domanda di mediazione, prevalentemente per l'espletamento delle procedure amministrative legate alle fasi di ricovero.

Ma quali sono i gruppi etnici che si rivolgono con maggior frequenza al servizio? Le tre lingue più richieste da parte degli utenti sono l'arabo, l'inglese e l'albanese, parlate nell'86% dei casi: la più utilizzata è l'arabo con 3.391 interventi (+ 13,3% rispetto al 2005), seguita dall'inglese, in lieve flessione, con 1.200 (- 4,9%) e dall'albanese che, a fronte di un numero di interventi decisamente più basso (676) è quella che ha registrato un incremento maggiore (+ 165%). L'incremento dell'attività fatta registrare dal servizio rivela la lungimiranza della scelta adottata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, una scelta che ha ancora pochi raffronti in Italia grazie all'articolazione e all'ampiezza dell'offerta: l'attività di intermediazione infatti copre l'arco dell'intera giornata e si estende a una trentina di lingue.

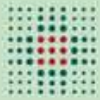
Inoltre, buona parte della modulistica impiegata all'interno dei reparti e dei servizi diagnostici è stata tradotta nelle lingue più richieste.

Le mediatrici culturali di lingua araba e inglese hanno il loro ufficio all'interno dell'ospedale (ingresso 1, primo piano), e vi lavorano dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.00 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30. Inoltre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena garantisce da tempo il servizio di mediazione 24 ore su 24 attraverso la reperibilità, sia telefonica che di persona.

Va infine ricordato che il Policlinico di Modena ha attivato un servizio on line sul suo sito web, <http://www.policlinico.mo.it/stranieri/stranieri.asp>, dove vengono fornite informazioni in inglese, rumeno, albanese e arabo sulle attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Dalla stessa pagina internet è possibile chiedere notizie via mail in inglese, ottenendo risposte nella stessa lingua.

\*Responsabile Ufficio Comunicazione  
Accoglienza e Servizi Alberghieri  
\*\* Referente Servizio Mediazione  
Culturale





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

# mappa del

3	•Allergologia Ambulatori
1	•Ambulatori Chirurgici
16	•Ambulatori Dermatologia
31	•Ambulatori Odontoiatria
8	•Ambulatori Odontoiatria Accesso Disabili
2	•Ambulatori Pediatrici
1	•Ambulatori Polispecialistici
33	•Ambulatorio Registro Tumori
1	•Ambulatori Riabilitazione Mano
26	•Anatomia Patologica Medicina Legale
3	•Andrologia-Genetica Medica
<b>C</b>	
3	•Cardiologia - UTIC
1	•Cassa Ticket
29	•Centro Cefalee
3	•Chirurgia I Degenza
3	•Chirurgia II Degenza
1	•Chirurgia della Mano-Degenza
2	•Chirurgia dei Trapianti
1	•Chirurgia Pediatrica
3	•Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
2	•Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Degenza
2	•Chirurgia Toracica-Degenza
2	•Chirurgia Vascolare-Degenza
27	•C.I.P.
1	•Comitato Consultivo Misto
1	•Comitato Etico Sperimentazione Farmaci
<b>D</b>	
31	•Degenza Postacuzie
3	•Dermatologia-Degenza
2	•DH Chirurgico
1	•DH Gastroenterologia
<b>E</b>	
3	•Ecografia-Medicina Prenatale
2	•Elettroencefalografia
33	•Ematologia
3	•Endocrinologia
1	•Endoscopia Digestiva
<b>F</b>	
1	•Farmacia Interna
29	•Farmacologia Clinica e Tossicologia
2	•Fisiopatologia della Riproduzione
<b>G</b>	
1	•Gastroenterologia Degenza
2	•Ginecologia
2	•Ginecologia - IVG
<b>H</b>	
33	•Hospice
<b>L</b>	
19	•Laboratorio Analisi Chimico Cliniche
28	•Laboratorio Endocrinologia
18	•Laboratorio-Medicina Trasfusionale
31	•Laboratori Microbiologia Virologia

22	•Malattie Apparato Respiratorio
31	•Malattie Infettive
2	•Medicina I-Medicina II Degenza
3	•Medicina I-II
3	•Medicina d'Urgenza Osservazione Breve Intensiva
30	•Medicina Fisica e Riabilitativa
32	•Medicina Nucleare - MOC
<b>N</b>	
15	•Nefrologia Dialisi-Trapianto renale
1	•Neonatale
<b>O</b>	
2	•Oculistica
1	•Odontoiatria Degenza
3	•Oncoematologia Pediatrica
33	•Oncologia Medica
3	•Ortopedia-Degenza
33	•Osservazione Breve Oncologica
1	•Osservazione Breve Intensiva
1	•Ostetricia-Nido - CTG
3	•Otorinolaringoiatria
<b>P</b>	
1	•Pediatría Accettazione e Degenza
27	•Poliambulatorio
2	•Presidio Diagnosi e Cura 3 Degenza e DH

1	•Radiologia I-II
2	•Radioterapia
3	•Reumatologia-Degenza
1	•Reumatologia DH
1	•Rianimazione I
<b>T</b>	
2	•T.I.P.O. Terapia Intensiva Post Operatoria
1	•Tribunale dei Diritti del Malato
<b>U</b>	
1	•Ufficio Cartelle Cliniche Cassa Ticket
27	•Ufficio Formazione Aggiornamento
1	•Ufficio Mediazione Culturale
27	•Ufficio Prenotazioni Libera Professione
1	•Ufficio Relazioni con il Pubblico
2	•Unità Ricovero a Pagamento
2	•Urologia-Degenza
<b>W</b>	
1	•Week Hospital

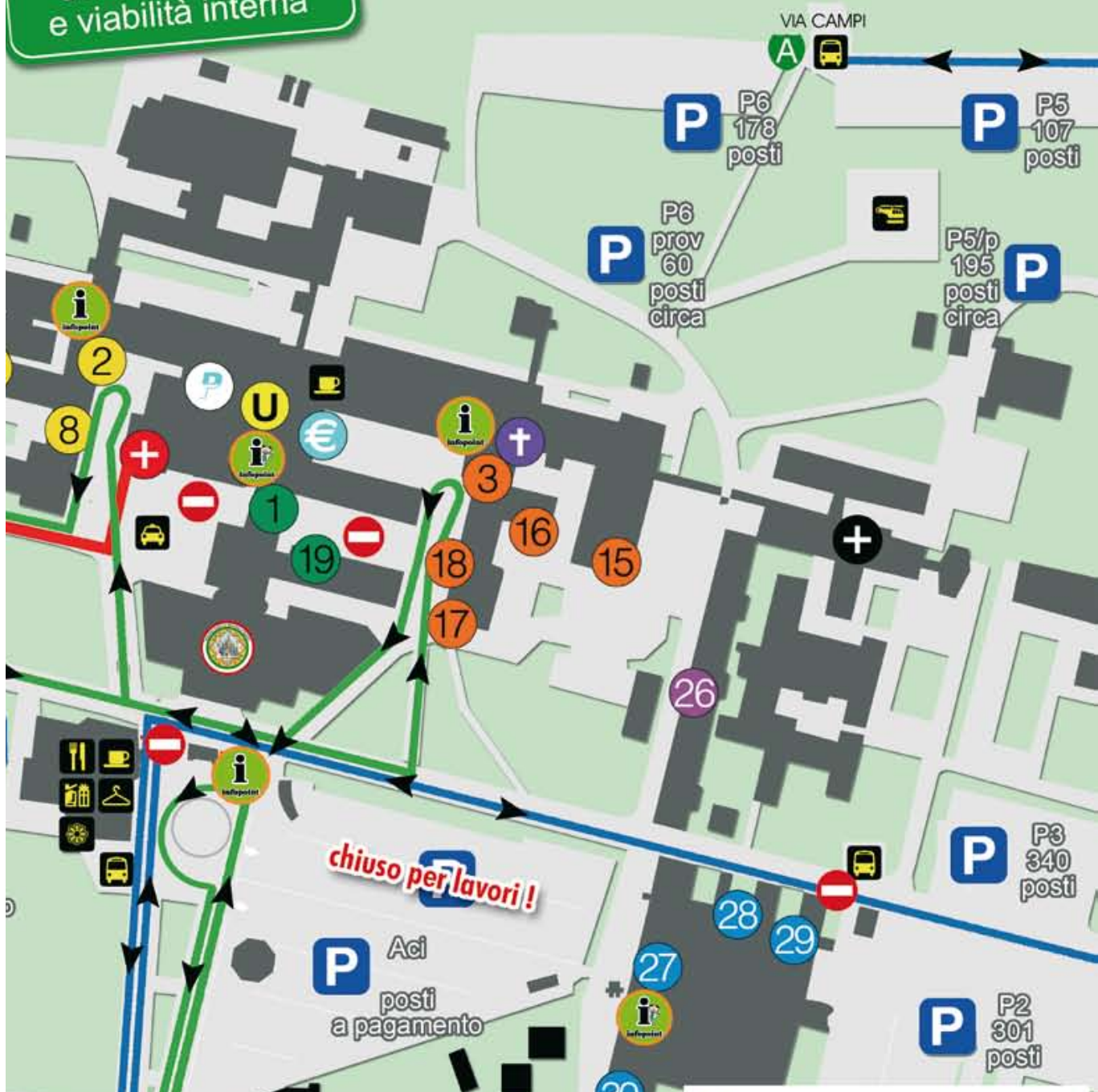


Il numero a fianco del reparto indica l'ingresso e il percorso colore



# Policlinico

accesso veicoli e viabilità interna



VIA DEL POZZO

VIA CAMPI

- Percorso veicoli privati verso ingressi 2 e 3
- Percorso Bus
- Percorso riservato ai mezzi di emergenza
- Divieto di accesso ai veicoli privati
- Ingresso riservato dipendenti e autorizzati muniti di badge

Ingressi 2 3  
punti dimissione

- Informazioni
- Pronto Soccorso
- URP
- Eliporto
- Camere Ardentì
- Chiesa
- Polizia
- Banca
- Autobus
- Taxi
- Fioraio
- Bar
- Ristorante
- Giornali Tabacchi
- Merceria
- Centro Didattico

# Volontari per l'ospedale. L'ospedale per i cittadini

Il volontariato come strumento di miglioramento dell'ospitalità: punto di accoglienza e punto lettura



La sanità modenese può contare su numerose associazioni di volontariato, molto attive e radicate sul territorio, che costituiscono un notevole valore aggiunto per tutto il sistema sanitario provinciale. Conscio dell'importanza di questa risorsa, il Policlinico di Modena si è fatto promotore di una serie di iniziative volte a favorire una sempre maggiore collaborazione tra le singole realtà associative nell'ottica di unire le forze per un servizio migliore al cittadino.

Il primo atto di questo percorso è stata **Volontari per l'ospedale. L'ospedale per i cittadini**, la festa del volontariato in azienda promossa dal Comitato Consultivo Misto aziendale (CCM), organismo elettivo del Policlinico che rappresenta le associazioni di volontariato che operano sul territorio modenese. *“Lo scopo - spiega Sandra Florini, presidente del CCM del Policlinico - è stato quello di superare la logica in cui le singole associazioni informano sulla propria mission e sostituirla con un momento di festa in cui le associazioni socio-sanitarie della Provincia si ritrovano tutte assieme, con uno scopo collettivo, quello di migliorare il servizio offerto agli utenti del Policlinico, tramite iniziative comuni. Per questo vorremmo che la festa diventasse un appuntamento fisso nel panorama modenese, magari affiancandola, in futuro a manifestazioni sportive o simili”.*

L'iniziativa si è tenuta il 22 settembre al Circolo USL 16 su via del Pozzo, con lo scopo di avvicinare, tramite anche l'intervento di personag-

gi (sporti; pediatrica), non con le singole insegne ma sotto il simbolo del fiore che vuol rappresentare questa unità di intenti. Ogni area è stata identificata da un fiore di colore diverso e tutti assieme formano l'albero del volontariato modenese. *“Alla festa è stata venduta frutta di stagione - aggiunge Sandra Florini - per finanziare progetti di miglioramento dell'accoglienza al Policlinico, come il punto di lettura. Alla festa è stato congegnato un coupon con i nove fiori. Ad ogni stand il partecipante ha ricevuto un timbro sul fiore corrispondente. Con nove timbri ha potuto ritirare una t-shirt commemorativa”.*

La tappa successiva sarà quella di dar vita al **punto di accoglienza unico del volontariato** che sorgerà al Policlinico, proprio nella nuova sede del Comitato Consultivo Misto, nei locali dell'ex-centralino al piano terra (ingresso 1). *“Il progetto - prosegue Sandra Florini - è quello di offrire all'utente un luogo ove rintracciare le informazioni su tutte le associazioni di volontariato ad indirizzo socio-sanitario. Il punto di ascolto potrà dare informazioni informatizzate e cartacee sulla mission delle singole associazioni, orientando così l'utente in base alle sue specifiche esigenze. Speriamo che questa iniziativa, che vorremmo vedesse la luce entro il 2008, possa veicolare la collaborazione tra le varie realtà, creando un gruppo che possa offrire, nel tempo, anche altri servizi. In attesa del punto di ascolto, il Comitato Consultivo Misto è sempre aperto ai progetti che le associazioni non direttamente*

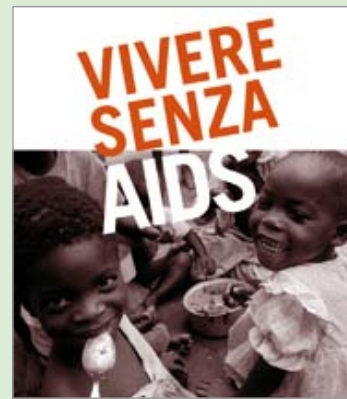
*rappresentate vogliono presentare”.* Al punto di ascolto è legato **Libri in corsia** cioè l'attivazione di una biblioteca, entro il 2008, sempre nei locali del CCM e la cui gestione, nelle intenzioni, verrebbe demandata ancora alle associazioni. A partire da una donazione di un centinaio di testi effettuata dall'associazione VIP - *Clown in corsia*, verrà creata una vera e propria biblioteca a disposizione di pazienti e parenti. *“La nostra idea - dice Mirella Cantaroni, referente dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e responsabile del progetto - è quella di rendere più gradevole, per quanto possibile, il tempo che si trascorre in ospedale sia come utente, nel corso di un ricovero più o meno lungo, sia come accompagnatore o assistente di un utente, tramite la lettura di un buon libro. La biblioteca non offrirà solo libri tradizionali ma anche libri parlati, fruibili tramite supporti audio, più adatti a pazienti allettati o con problemi di vista. Si tratta di un progetto che contiamo di portare a termine entro i primi mesi del 2008, aumentando la dotazione di volumi grazie a donazioni e a raccolta fondi, come quella effettuata durante la festa del volontariato”.*





## Vivere senza AIDS: 6.500 euro raccolti grazie alla generosità dei dipendenti del Policlinico

L'iniziativa "Vivere senza AIDS" ha permesso dal 1° febbraio e il 31 luglio 2007 di donare l'eccedenza del buono pasto a *Medici per l'Africa* ONLUS per sostenere l'Ospedale di Lugarawa, in Tanzania. Sono stati raccolti 6.500 euro che permetteranno di acquistare reagenti necessari al laboratorio per il monitoraggio delle terapie antiretrovirali. I fondi raccolti saranno utilizzati nell'ambito dei progetti che *Medici per l'Africa* sta portando avanti assieme al Ministero degli Affari Esteri italiano e alle autorità tanzaniane. *"Desidero ringraziare tutti coloro che hanno partecipato a questa iniziativa - dice il direttore generale Stefano Cencetti - per la sensibilità e l'umanità dimostrate"*.



## Migliorare le relazioni umane per un servizio di qualità

di Paola Vandelli \*

Negli ospedali la qualità del rapporto tra cittadino e operatori determina in modo rilevante l'efficacia delle prestazioni, sia quella effettiva che quella percepita. D'altra parte, proprio la qualità dei rapporti interpersonali viene spesso giudicata carente dai cittadini, e a volte dagli stessi operatori sanitari, laddove la relazione insoddisfacente è solitamente contraddistinta da modalità comunicative inefficaci o inappropriate. Obiettivo primario dei percorsi formativi in ambito sanitario diviene quindi, accanto allo svi-

tenze tecniche e relazionali, la nostra Azienda ha scelto di proporre un'offerta formativa estremamente ampia che non si limitasse ad azioni singole di intervento su temi relazionali e comunicativi ma che si indirizzasse verso veri e propri percorsi formativi in grado di agire sia a livello teorico che a livello "clinico" ed esperienziale. Nell'anno 2006, ad esempio, è stato avviato un **progetto di ricerca-azione per il personale di front office** che contempla sia momenti di formazione teorico-pratica che momenti di assistenza-accompagnamento riguardanti aspetti comunicativo-relazionali in-

re le emozioni.

Il corso sulla **qualità della vita** ha come obiettivo principale quello di informare gli operatori sanitari in merito a questo importante tema fornendo loro, al contempo, stimoli di riflessione sulla qualità della vita nel contesto specifico della Sanità.

Nel 2007 sono in corso di realizzazione diverse iniziative formative rivolte al personale sanitario, tutte coerenti con il progetto di formazione e ricerca **"la medicina centrata sul paziente"** che, partendo dal concetto di relazione come elemento essenziale dell'atto di cura, ha l'obiettivo di promuovere e potenziare le competenze "trasversali" di carattere comunicativo e relazionale indispensabili per operare in contesti lavorativi complessi. Obiettivo del progetto è fornire, in aggiunta alle irrinunciabili capacità tecniche e biomediche, abilità relazionali e di comunicazione che aiutino a confrontarsi con il significato puramente soggettivo che i pazienti hanno della loro malattia. Lo strumento formativo utilizzato per sviluppare efficacemente queste abilità è il **"laboratorio della comunicazione"**, usato per affrontare specifici compiti di gestione dei pazienti e delle loro esigenze: ad esempio per apprendere strumenti di **"rassicurazione efficace"** del paziente e del familiare ansioso; per la **"gestione del paziente difficile"**, ovvero di pazienti arrabbiati o aggressivi nei confronti di familiari e operatori; infine, per la **"comunicazione di cattive notizie"**, ovvero per la comunicazione di diagnosi gravi, della perdita definitiva di funzioni o di abilità, della progressione a prognosi infausta di una malattia. Un'ulteriore iniziativa formativa di tipo relazionale che mira, infine, a sensibilizzare gli operatori sanitari in me-



luppo delle classiche competenze "tecniche", il favorire la conoscenza, lo sviluppo e l'interiorizzazione di competenze relazionali. Molte ricerche hanno dimostrato, infatti, che un investimento in termini formativi su questo tipo di competenze può migliorare la qualità del servizio percepita (cosa il cittadino-utente ritiene di ricevere) e prestata (quale servizio viene erogato realmente). Per meglio realizzare l'integrazione fra compe-

dispensabili a coloro che si occupano del primo contatto con il cliente e che per questo ne recepiscono immediatamente esigenze, attese e umori. Un secondo percorso formativo riguarda le **emozioni come guida nelle relazioni**, un'iniziativa rivolta agli operatori del comparto sanitario e tecnico-amministrativo che ha l'obiettivo di analizzare le emozioni in gioco nei percorsi assistenziali e di cura e di sviluppare la capacità di regolare e gesti-

rito al sistema di *care giving* è quella che prende in considerazione l'interazione fra "gli operatori sanitari e la famiglia di fronte alla malattia" e che nasce dall'esigenza di "prenderci cura di chi si prende cura".

Tutta la formazione di area relazionale prevista dal Piano Formativo Aziendale presuppone l'utilizzo di molteplici metodologie, sempre integrate tra loro: lezioni frontali, lavori in piccolo gruppo, simulazioni di casi reali e *role-playing* videoregistrati con successiva analisi dei comportamenti. Il metodo del *role-playing* videoregistrato all'interno del "laboratorio della comunicazione" consente, in

particolare, l'esame delle interazioni (delle visite mediche o infermieristiche o, ancora, degli incontri tra utenti e operatori di front office) tramite l'analisi del contenuto degli incontri, dello stile personale, delle strategie perseguite, dei risultati della comunicazione. La discussione del *role-playing* è essenziale e può essere focalizzata su temi diversi quali le modalità di relazione tra operatore e paziente, lo stile d'intervista dell'operatore, la conduzione del colloquio, le strategie di *problem-solving* e di raccolta dei dati, ecc.

In conclusione, emerge dalla nostra esperienza e dalla nostra azio-

ne come sia auspicabile, e soprattutto realizzabile, un approccio alla formazione in ospedale che non sia meramente tecnicistico né basato esclusivamente su modelli teorici e applicativi normativi, orientati alla prescrizione dei comportamenti, ma un approccio che sia fondato, piuttosto, sullo sviluppo della consapevolezza di sé, della propria relazione con l'altro e del proprio personale stile comunicativo e relazionale.

*\*Responsabile Ufficio Formazione e Aggiornamento e Servizio di Psicologia*

## Al Via la Campagna interna per la vaccinazione antinfluenzale 2007\2008

Dal 5/11/2007 al 14/12/2007 è possibile vaccinarsi contro l'influenza. Il vaccino antinfluenzale è disponibile a partire da questa data per tutto il personale del Policlinico.

La vaccinazione viene eseguita presso il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, Ambulatorio Vaccinazioni (5° Piano ingresso 3 presso ex reparto di gastroenterologia) dal Lunedì al Venerdì dalle 8,30 alle 12,30 con libero accesso (non è necessaria la prenotazione).

Per informazioni: Ambulatorio Vaccinazioni interno 3879 (sig.ra Irma Setti, sig.ra Annarita Sala).

Referente Organizzativo: sig. Ignazio Ambla interno 4849

Proteggiti te stesso, i tuoi familiari e i pazienti dall'influenza e dalle complicanze che ne derivano.

La vaccinazione è il metodo più efficace e sicuro per non contrarre l'infezione

## La comunicazione al Policlinico di Modena

di **Simonetta Ferretti** \*

Il Piano sanitario regionale considera l'informazione e la comunicazione come elementi strutturali e fondamentali della moderna organizzazione sanitaria definendone in modo molto chiaro le linee strategiche.

Per definizione un'Azienda non può prescindere dal comunicare ciò che produce, come lo produce e dove il

proprio prodotto o servizio può essere reperito dal cliente.

A maggior ragione un'Azienda sanitaria deve mettere in condizione l'utente di conoscere quali servizi offre, con quali modalità e deve contribuire ad aumentare le competenze di coloro che li utilizzano.

Ancora troppo spesso, la sanità è, nella percezione dei media e della gente comune, sinonimo di "malasanità". Troppe volte servizi validi sono messi in cattiva luce per l'incapacità di relazionarsi positivamente con i malati; e ancora, il sistema sanitario è troppo spesso costretto a inseguire, a giocare in difesa, invece di proporsi per il proprio lavoro, le proprie qualità, i propri punti di eccellenza. Per questo la direzione ha predisposto il nuovo Piano di comunicazione che oltre a studiare i flussi comunicativi all'interno dell'azienda propone azioni e modelli innovativi sulla comunicazione e l'informazione, che possano consentire al Policlinico di imporre all'attenzione del mondo esterno ed interno i "propri" temi, di mettere in risalto il lavoro che i diversi servizi svolgono, di diventare, per l'affidabilità dei mes-

saggi, la qualità dei servizi e la coerenza dei comportamenti, punto di riferimento autorevole e credibile per i cittadini.

Il piano di comunicazione messo in cantiere e in fase di approvazione tiene conto delle variabili che entrano in campo quando si tratta il tema della comunicazione in sanità. Parliamo infatti, di comunicazione istituzionale, alla salute, sanitaria e di comunicazione interna.

La comunicazione istituzionale in un'impresa ha come fulcro la presentazione dell'Azienda nella sua interezza: la sua ragione d'essere. Pone al centro del messaggio la sua identità, i suoi valori, gli obiettivi che si prefigge. Affermando così il suo posizionamento sul mercato di riferimento. Il Policlinico ha sempre più a cuore la comunicazione istituzionale con l'obiettivo di raggiungere il target costituito da: istituzioni, media, gruppi d'interesse, utenti.

Per ciò che attiene alla comunicazione alla salute, gli ambiti d'intervento sono da ricercarsi maggiormente nella mission della Azienda sanitaria locale. Tuttavia, anche con l'intervento di cura s'interagi-



sce con i determinanti della salute, promuovendo ad esempio sani stili di vita. E' per questo che anche il Policlinico vuole giocare un ruolo importante aiutando i propri utenti ad adottare i migliori stili di vita, dunque, è fondamentale lavorare insieme ai professionisti per comprendere come migliorare la comunicazione per la salute producendo materiale informativo o partecipando attivamente alle campagne di educazione alla salute promosse dall'Azienda Sanitaria Locale di Modena.

Il piano di comunicazione sancisce, inoltre, la volontà della Direzione di potenziare la comunicazione rivolta agli utenti affinché gli stessi conoscano i servizi offerti per quanto concerne: la diagnosi, la cura, la riabilitazione; i cittadini devono poter trovare risposte utili a ridurre l'asimmetria informativa spesso determinata dalle molteplici e più o meno legittime fonti informative.

In questo percorso la voce dei cittadini, dovrà essere ascoltata maggiormente per costruire prodotti davvero utili e utilizzabili e pur essendoci dotati di una carta dei servizi che per la sua innovatività è ancora giudicata molto positivamente, è giunto il momento per pensare ad una nuova impostazione introducendo ad esempio i percorsi di cura. Inoltre, è utile aumentare il materiale informativo almeno riferito alle più importanti patologie trattate. Questi strumenti potrebbero supportare i profes-

nisti nel trasferire informazioni anche al fine del consenso informato. A tal proposito, è in corso lo studio di una linea editoriale che garantisca il mantenimento dell'immagine coordinata.

Molto lavoreremo anche, sulla comunicazione interna, migliorando i flussi di informazione e comunicazione e costruendo percorsi utili ad aumentare il senso di appartenenza dei dipendenti.

Per un'Azienda Ospedaliero-Universitaria come la nostra le diverse aree di comunicazione s'intersecano fra loro potenziando ora l'uno ora l'altro aspetto della comunicazione. In quest'ottica diventano sempre più importanti i rapporti con la stampa che, spesso, veicolano anche informazioni utili alla creazione di uno spirito di identità aziendale.

*"I media - commenta Alberto Greco, responsabile dell'Ufficio Relazioni con la Stampa - soprattutto quelli locali, costituiscono un importante punto di riferimento per la cittadinanza. È quindi importante che gli organi di informazione siano messi al corrente di tutto ciò che il Policlinico fa, per evitare che una carenza o inesatta informazione possa veicolare messaggi fuorvianti agli utenti. Occorre comunicare alla cittadinanza tutte le eccellenze del Policlinico - assistenziali, didattiche e di ricerca - non per mero spirito autocelebrativo ma per dare la misura del notevole livello raggiunto dalla sanità cittadina. Questo da un lato potrà evitare*

*che i pochi casi di malasanità possano danneggiare l'immagine di una struttura sana; dall'altro potrà correggere comportamenti e abitudini scorrette che portano i cittadini ad utilizzare in maniera impropria la sanità pubblica. Insomma, una buona gestione dei rapporti con la stampa, può anche avere effetti virtuosi per l'educazione alla salute, con benefici per tutti. Strumenti di questo lavoro sono i comunicati stampa, le conferenze stampa, il portale web aziendale e lo stesso PASS che, diffuso alla cittadinanza vuole diventare uno strumento per conoscere meglio la sanità modenese".*

Spesso avviene che la comunicazione ai media raggiunga il dipendente prima di quella interna e questo è legato al fatto che i canali dell'informazione hanno tempi diversi e più immediati di quelli della comunicazione interna. Per ridurre questo gap, abbiamo pensato di utilizzare una bacheca all'ingresso principale per uno spazio "news dal Policlinico" dove inserire comunicati stampa e altre informazioni dell'ultim'ora che, già presenti sulla rete intranet e internet, saranno così fruibili anche per dipendenti e utenti che sono impossibilitati ad usare lo strumento informatico. Se l'iniziativa avrà successo la estenderemo alle altre bacheche che, presto, verranno montate agli ingressi 2 e 3.

*\* Responsabile Ufficio Comunicazione, Accoglienza e Servizi Alberghieri*

## Il sistema di controllo dei servizi appaltati



di **Simonetta Ferretti** \*

Gestire i servizi alberghieri in un grande ospedale come il Policlinico di Modena significa occuparsi di un mix di elementi, alcuni evidenti all'utente interno ed esterno, perché immediati, altri meno visibili

ma funzionali al risultato finale del comfort e di una buona organizzazione aziendale.

Molti dei servizi correlabili all'area alberghiera sono, allo stato attuale, erogati tramite il lavoro externalizzato. L'esperienza maturata negli anni dalle aziende sanitarie ed

ospedaliere della nostra regione e di tutto il territorio nazionale portano, infatti, a ritenere più opportuno utilizzare, per questo tipo di attività, il *know-how* di aziende che ne hanno fatto il proprio *core business*. Nella maggior parte dei casi, questo permette di contenere i co-



sti ma implica un forte impegno nel controllo del processo produttivo. L'esperienza maturata dalle organizzazioni committenti e dagli stessi fornitori, porta ad identificare strumenti sempre più raffinati per pianificare e controllare le attività commissionate alle ditte aggiudicatarie dei relativi appalti. Oltre a prestare particolare attenzione nella formulazione dei capitolati, è di fondamentale importanza dotarsi di strumenti di verifica sia per la qualità del risultato che per il controllo del processo di erogazione del servizio.

È in questa ottica che il Policlinico, da tempo impegnato su questo fronte, ha attivato un nuovo sistema di monitoraggio e controllo dei processi ritenuti per loro natura portatori di maggiori criticità: ristorazione, lavanolo e sterilizzazione, sanificazione ambientale, trasporto rifiuti, trasporto degenti, facchinaggio, segnaletica, vigilanza e arredi. Il sistema prevede l'applicazione di due tipologie di controllo. I **Controlli di risultato** comportano la verifica dell'efficacia del servizio attuata mediante l'identificazione dei Livelli Qualitativi Accettabili (LQA) e la loro misurazione in modo oggettivo attraverso opportuni strumenti. I **Controlli di processo**, invece, prevedono verifiche oggettive dei punti critici, durante l'espletamento delle prestazioni, relativi alle procedure ed alle prescrizioni igieniche e normative nonché, alla puntualità nell'esecuzione delle attività programmate e a richiesta.

Entrambe le tipologie di controllo si basano su di un piano di campiona-

mento statistico al fine di rendere il sistema rappresentativo degli appalti e sulla definizione a priori di indicatori e delle relative soglie di conformità.

Il modello adottato si basa su alcuni principi fondamentali:

- **possibilità di condivisione del controllo con il fornitore**, al fine di instaurare un rapporto di collaborazione basato sulla condivisione della struttura del controllo, degli elementi da controllare, dei criteri di misurazione e delle relative soglie di accettazione;
- utilizzare un **metodo statistico ed individuare i periodi di controllo ed i campioni rappresentativi** (in un periodo definito verrà definito, in modo casuale, il numero di controlli da eseguire);
- **predefinire i criteri di misurazione e gli elementi** soggetti a controllo;
- **predefinire le soglie di accettazione dei criteri.**

Tutto ciò è possibile grazie all'implementazione di un *Sistema di Controllo dei Servizi* (SCS), software fornito dallo studio Amadei, che consente la gestione e l'elaborazione informatizzata dei dati. Si tratta di un sistema che consente un costante controllo del risultato dei processi di erogazione dei servizi al fine di correggere in tempo utile il livello qualitativo delle prestazioni attraverso una misurazione oggettiva dei parametri costituenti la qualità delle prestazioni evitando di oltrepassare i limiti critici concordemente fissati tra cliente e fornitore. Ovviamente, il sistema fun-

ziona grazie al paziente impegno e alla competente presenza delle coordinatrici infermieristiche e amministrative referenti dei processi assegnati, che, in modo sempre più integrato, fanno fronte a tutte le problematiche che quotidianamente sorgono nei servizi alberghieri. Sono loro che, stando spesso dietro le quinte, lavorano con passione per fornire agli operatori dei reparti gli strumenti per migliorare il comfort dei pazienti.

Per poter svolgere questo compito, sempre più gravoso, il Servizio alberghiero è stato potenziato; a tutti coloro che ci lavorano, va un particolare ringraziamento per il lavoro sino ad ora svolto.

#### Referenti dei processi alberghieri

- **Ristorazione**  
*Marangela Sala*
- **Lavanolo e sterilizzazione**  
*Lorena Malagoli*
- **Sanificazione ambientale**  
*tefania Sarti*
- **Trasporto rifiuti**  
*Stefania Sarti*
- **Trasporto degenti**  
*Mirella Martignani*
- **Facchinaggio e arredi**  
*Angela Giogoli*
- **Segnaletica e vigilanza**  
*Mirella Cantaroni*
- **Mediazione culturale**  
*Bruno Ciancio*
- **Centro stampa e grafica**  
*Angelo Pappadà*

\* *Responsabile Ufficio Comunicazione Accoglienza e Servizi Alberghieri*

## Il trasporto pubblico: un servizio ecologico

di **Nerino Gallerani** \*

Dallo scorso luglio l'Agenzia per la Mobilità, d'intesa con il comune di Modena, ha introdotto diverse modifiche al trasporto pubblico cittadino. Tra queste, una delle principali è il miglioramento e l'estensione del servizio per gli utenti diretti al Policlinico. La linea 7, la più usata dai modenesi con 1 milione e 200 mila passeggeri l'anno, è stata allungata di oltre 2 mila metri, 700 dei quali in sede protetta. I filobus non si fermano più davanti all'ingresso del nosocomio, ma entrano nell'area della struttura ospedaliera, dove sono

state realizzate due nuove coppie di fermate vicine ai servizi sanitari: una presso il Poliambulatorio e l'altra in prossimità dell'immissione in via Campi. Le novità non finiscono qui. Per soddisfare al meglio le esigenze dei cittadini, si sta progettando il prolungamento dell'orario di esercizio della linea, dalle 20.30 fino alle 24. Un'operazione significativa se si tiene conto che la 7 collega gli estremi opposti della città, passando per i punti nevralgici: la stazione ferroviaria, il centro storico e, appunto, il polo ospedaliero universitario. In più, il nuovo capolinea di via Gottardi diventerà, nel corso

del prossimo anno, un parcheggio scambiatore attrezzato per tutti coloro che vorranno lasciare l'auto alle "porte" di Modena e proseguire in tranquillità con mezzi a basso impatto ambientale.

Questo intervento, così come altre innovazioni "strutturali" apportate dall'Agenzia, è la dimostrazione che le istituzioni locali credono nel ruolo essenziale del trasporto pubblico, come risposta al bisogno di mobilità dei cittadini in forme nuove e ecologicamente sostenibili. Ormai è chiaro che un uso eccessivo dell'auto privata è dannoso, oltre che per l'ambiente, per la salute di tutti. L'inquina-

mento atmosferico è all'origine di gravi malattie respiratorie e cardiache, tanto che, per rientrare nei parametri fissati dall'U.E, le amministrazioni sono dovute intervenire con limitazioni all'uso dell'automobile.

La salute del cittadino non è esclusiva responsabilità della sanità pubblica, dipende anche dai comportamenti individuali. Certo, servono ottimi servizi sanitari, e a Modena ci sono, ma occorre anche modificare le proprie abitudini: tra queste, spostarsi in modo ecologico è diventato prioritario. L'utilizzo dell'autobus, della bicicletta e, perché no, delle proprie gambe per i piccoli spostamenti, sono comportamenti utili per la salvaguardia della nostra salute, oltre che del nostro portafoglio.

*\*Presidente Agenzia per la mobilità e il trasporto pubblico di Modena*



## Biglietto del bus: agevolazioni per i dipendenti

Dal 2002 sconto del 22% sull'abbonamento, valido senza limiti di viaggio per il servizio urbano. Si sta studiando il modo di individuare forme di agevolazione anche per i percorsi extraurbani

Non solo le nuove modalità di accesso al Policlinico ma, soprattutto, considerazioni di tipo ambientale suggeriscono l'uso sempre più massiccio del mezzo pubblico per spostarsi nelle città. In questo contesto, valido per tutti i cittadini, i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria hanno varie frecce in più al loro arco.

Dal 2002, infatti, il Policlinico partecipa al progetto "City card" di ATCM e Comune di Modena per favorire il trasporto collettivo e ridurre l'impatto ambientale derivante dal traffico veicolare. Il progetto prevede l'offerta ai dipendenti dell'azienda dell'abbonamento "AA City Car" a condizioni veramente agevolate. AA City Card è l'abbonamento per viaggiare 12 mesi senza limite di numero di viaggi sul servizio urbano di Modena e che consente di beneficiare di sconti sui premi delle polizze assicurative R.C. auto praticati dal gruppo Zurich Italia.

L'abbonamento, che costa 232 euro, viene offerto ai dipendenti del Policlinico a soli 181 euro, grazie a due contributi (uno comunale e uno aziendale), ciascuno di 25,50

euro. L'abbonamento è pagabile in tre rate: la prima subito da 61 euro e la restanti due da 60 euro dopo quattro e otto mesi. Per usufruire di queste agevolazioni è sufficiente recarsi alla biglietteria di via Bacchini con il badge di riconoscimento del Policlinico. La convenzione è stata accompagnata da un protocollo di intesa tra le Organizzazioni sindacali e l'Azienda, necessario in quanto si è trattato di offrire un *benefit* a una parte dei dipendenti.

"Finora - spiega Giulio Bettuzzi, mobility manager del Policlinico - è stato possibile firmare la convenzione relativamente ai trasporti urbani, tramite il Comune che è socio di ATCM e che ha competenza solo sul territorio urbano". "Viste le richieste che abbiamo ricevuto da parte di dipendenti che percorrono tratte extraurbane - conferma Mirella Cantaroni, dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico - ci siamo attivati con la Regione per valutare la possibilità di ottenere un contributo analogo a quello comunale e offrire lo stesso servizio a tutti i nostri dipendenti. Siamo in attesa di conoscere una risposta". "La spe-

ranza - conclude Bettuzzi - è che sempre più persone possano approfittare di questa possibilità per venire al lavoro".

# pass

Anno IV - Numero 2 - Ottobre 2007  
Autorizzazione del tribunale di Modena  
del 8.1.2004 n. 1694

Direttore Responsabile  
**Gabriele Sorrentino**

Redazione  
**Alberto Greco, Franco Giubilei**

Impaginazione  
**www.labirinto.net**

Impianti e stampa  
**Stabilimento Tipografico dei Comuni**  
Via Porzia Nefetti, 55  
47018 Santa Sofia (FC)

Direzione e Redazione  
Via del Pozzo, 71 41100 Modena  
Telefono: 059.422.4141  
059.422.2209  
059.4223342

Fax: 059.422.2141  
ufficio.stampa@policlinico.mo.it  
www.policlinico.mo.it

Questo numero è stato chiuso  
in redazione il 2 ottobre 2007



## COMUNICATO STAMPA



### **CREATA UN'<AREA GENITORI> NELLA STRUTTURA COMPLESSA DI NEONATOLOGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA. L'INIZIATIVA, CHE PONE ALL'AVANGUARDIA LA STRUTTURA, REALIZZATA GRAZIE AL CONTRIBUTO DELLA FAMIGLIA DEL MAESTRO LUCIANO PAVAROTTI. UNA TARGA NE RICORDA IL GESTO GENEROSO**

Ancora i bambini destinatari della sensibilità umanitaria della famiglia del **Maestro Luciano Pavarotti**. Un desiderio, condiviso con la moglie Nicoletta Mantovani, è stato quello di **dotare la Struttura complessa di Neonatologia e Nido dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena di un'<area genitori>**, ovvero di nuovi spazi interamente ed esclusivamente dedicati ai genitori, alle mamme in particolare, garantendo loro la possibilità di usufruire di locali per il riposo ed il relax nel rispetto della privacy.

L'<area>, che si trova al settimo piano del corpo centrale del Policlinico, in contiguità al reparto, lungo il corridoio nord-est, è stata inaugurata alla presenza della vedova del tenore modenese Nicoletta Mantovani, dell'assessore regionale alla sanità Giovanni Bissoni e delle più importanti autorità istituzionali locali.

Qui sono state realizzate due camere singole con bagno per il pernottamento delle mamme, un'area di soggiorno-pranzo dotata di cucina attrezzata e un'area di relax con tre poltrone letto, che permettono alle madri, di restare il più a lungo possibile accanto al loro piccino, esaltando e recuperando il senso di un'assistenza sanitaria che vuole riconoscere nella fase infantile i genitori come parte integrante di un percorso di ripresa e guarigione.

*“Il potenziamento della Struttura complessa di Neonatologia – ha spiegato il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena dott. **Stefano Cencetti** – si è reso necessario in relazione all'incremento costante e progressivo della natalità e della sempre più sostenuta domanda assistenziale rivolta ai nostri specialisti. Quest'anno si calcola raggiungeremo al Policlinico i 3.400 parti. E' uno dei reparti più attivi in Italia ed è ovvio che ad esso vadano prioritariamente indirizzati i nostri sforzi per garantirne l'efficienza strutturale e qualificarne il ruolo di eccellenza. La sua importanza è stata ben compresa dalla famiglia Pavarotti, che vogliamo ringraziare per la generosità con cui si è prodigata per rendere possibile questo traguardo, un traguardo che ci pone all'avanguardia nell'assistenza e nelle attività post-parto”.*

Nessun dettaglio è stato trascurato per rendere più accoglienti e funzionali il complesso degli ambienti, che per l'occasione sono stati **abbelliti con decorazioni eseguite dagli studenti dell'Istituto d'Arte “A. Venturi” di Modena**.

Contestualmente alla realizzazione di questa nuova area, sempre col concorso della famiglia Pavarotti, si sono **creati locali di supporto alle attività**



**assistenziali**, che contribuiscono a migliorare ulteriormente gli standard prestazionali del reparto. Nel corridoio opposto verso l'atrio centrale sono stati ricavati uno spazio deposito, un locale per la pulizia delle incubatrici ed attrezzature, un **ambulatorio visite, un ambulatorio/laboratorio di elettroencefalografia e per lo studio del sonno del neonato e lattante**. *“Il laboratorio – afferma il prof. Fabrizio Ferrari, direttore della Struttura complessa di Neonatologia – consente il monitoraggio elettroencefalografico continuo dei neonati a rischio di danno cerebrale e la messa in atto di interventi farmacologici in tempo reale per il controllo delle convulsioni neonatali”*.

Grazie a questi interventi di ampliamento la **Struttura complessa di Neonatologia**, che presso le sue 5 stanze di degenza e 2 di isolamento **ricovera ogni anno una media di 400 bambini con una degenza media di 15 giorni**, sarà in grado di soddisfare ancora più compiutamente i requisiti previsti dall'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, ma anche di accelerare sulla strada di quel processo di umanizzazione che è tra gli obiettivi della direzione del Policlinico e che - per quanto riguarda questo particolare reparto - sono stati intrapresi fin dai primi anni '90 con l'apertura del medesimo per tutto l'arco della giornata e lo sviluppo di funzioni dedicate a valorizzare la presenza dei genitori ed il benessere dei piccoli ospiti.

*“Il contatto pelle-pelle (marsupioterapia), l'assistenza coccolata, il controllo del dolore e dello stress legati all'ambiente sfavorevole della terapia intensiva, la stabilità posturale offerta da un “nido morbido”, la promozione della motilità spontanea verso la linea mediana, - prosegue il professor Fabrizio Ferrari - sono i capisaldi di una <care> individualizzata e centrata alla promozione dello sviluppo”*.

La Struttura complessa di Neonatologia dispone – come detto - di **7 stanze di degenza** al settimo piano del Corpo centrale del Policlinico: **2 riservate alla terapia intensiva**, dove trovano sistemazione fino a 8 incubatrici; **3 dedicate alla terapia post-intensiva** ad elevata assistenza con 12 posti letto e **2 stanze di isolamento**. Al sesto piano, invece, accanto alla Struttura complessa di Ostetricia e Ginecologia da due anni è stato attivato **un <nido>per bambini sani**, recentemente ristrutturato, che può accogliere fino a 15 piccini contemporaneamente e dotato di 5 incubatrici. Alla struttura di Neonatologia era finora riservata una superficie di 700 metri quadri. Con la creazione della nuova <area genitori>, che ha un'estensione di 155 metri quadri, e degli spazi ambulatoriali di supporto, che occupano un'area di 170 metri quadri, **il reparto arriva oggi a disporre di 1.025 metri quadri**.

Modena, 12 ottobre 2007

Ufficio Relazioni con la Stampa



# Allegato C

## 4.5 La valutazione della Professionalità espressa

La procedura, attivata in Azienda, per la verifica della professionalità espressa è articolata su due livelli:

- Valutazione di I istanza - effettuata dal responsabile dell'articolazione organizzativa cui afferrisce il valutato.
- Valutazione di II istanza - effettuata dal Collegio Tecnico di valutazione, il quale in base ad una verifica tecnico documentale esprime un giudizio finale.

La verifica di prima istanza, che non può prescindere dalla fase di confronto tra gli attori coinvolti, è volta ad evidenziare :

- il raggiungimento degli obiettivi rispetto ai risultati attesi,
- gli eventuali ambiti di miglioramento delle capacità professionali o gestionali,
- le aspettative del professionista circa i percorsi di formazione e sviluppo della professionalità.

Nella valutazione di I istanza presso AOU di Modena è stata adottata la "Scheda di valutazione individuale per la conferma o il conferimento di incarichi dirigenziali", che di seguito si riporta per intero.

Capacità rilevate nella scheda :

### **Comportamento rispetto agli obiettivi e ai valori aziendali**

- Capacità di organizzare e pianificare le proprie attività e/o dei collaboratori
- Capacità di monitorare il raggiungimento degli obiettivi
- Orientamento costante all'ottimizzazione dell'uso delle risorse materiali e strumentali
- Capacità di gestire gruppi di lavoro e disponibilità al lavoro di gruppo
- Capacità di stabilire e mantenere buoni rapporti di collaborazione

### **Gestione e valorizzazione delle risorse umane**

- Capacità di favorire l'autonomia e l'assunzione di responsabilità dei collaboratori e l'orientamento alla formazione ed addestramento, lo sviluppo delle potenzialità proprie e dei collaboratori

### **Gestione delle attività sanitarie**

- Costante attenzione ai bisogni degli utenti, pazienti, famigliari
- Disponibilità alla cooperazione interdisciplinare nei processi assistenziali

### **Aspetti professionali**

- Orientamento ad una pratica clinica basata sui criteri di efficacia ed appropriatezza
- Attenzione ed impegno verso la qualità dei risultati e la loro verifica
- Attività di aggiornamento svolta nell'ultimo triennio

Relativamente alla Valutazione di II istanza viene messa a disposizione del Collegio la seguente documentazione:

scheda di valutazione redatta dal valutatore di I istanza (che ha conoscenza diretta dell'attività del valutato);

1. relazione scritta con la quale il dirigente sottoposto a verifica illustra le attività svolte nel periodo di incarico in relazione agli obiettivi assegnati, le esperienze professionali effettuate, l'attività di studio e di formazione sviluppata nel periodo in esame, eventuali dati di attività o casistica operatoria;
2. scheda individuale per la valutazione annuale dei risultati;
3. report del controllo di gestione che evidenziano i risultati di attività ( in particolare per le Strutture complesse e semplici)
4. Certificato di Servizio riportante la carriera e l'attività di aggiornamento effettuata dal dipendente
5. Rapporto dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in merito ad eventuali elogi o reclami riferiti all'operato del dirigente valutato.

In generale già le procedure di valutazione sono improntate ai principi e criteri indicati all'art. 25 commi 6 e 7 del CCNL del 3.11.2005. In particolare già da alcuni anni presso AOU di Modena si procede ad attivare, preventivamente, il percorso di valutazione dinanzi al Collegio Tecnico nelle seguenti occasioni:

- In scadenza degli incarichi assegnati ai professionisti;
- ogniqualvolta debba essere assegnato al professionista un nuovo o più rilevante incarico;
- nel caso debbano essere adottate misure conseguenti a valutazioni negative dei risultati annuali;
- nei casi di recesso ad iniziativa dell'Azienda;
- al raggiungimento dei 5 o dei 15 anni di esperienza professionale per il riconoscimento di benefici contrattuali.

Si è già predisposto peraltro la procedura che consente di trasmettere al Collegio Tecnico le risultanze della verifica annuale sui risultati. L'esito positivo della verifica annuale, infatti, concorre insieme agli altri elementi, alla formazione della valutazione periodica di fine incarico, sulle attività professionali e/o gestionali svolte dal dirigente.

### **Valutazione dei risultati di gestione e retribuzione di risultato**

#### **Area dirigenziale**

Il sistema premiante per il personale delle Aree Dirigenziali di A.O.U. di Modena, disciplinato dai CC.NN.LL. e dagli Accordi integrativi aziendali, è strettamente connesso alla gestione del budget ed è imperniato sui seguenti principi:

1. Equità distributiva volta a rendere più omoge-

neo tra le équipes il rapporto tra produttività e incentivazione, superando situazioni storiche di sperequazione;

2. Equità procedurale volta a rispondere all'esigenza di chiarezza, di formalizzazione esplicita, di migliore comunicazione e condivisione dei principi che regolano il meccanismo incentivante dell'Azienda;
3. Valorizzazione delle responsabilità perseguita con l'introduzione di meccanismi di valutazione differenziati tra équipe e responsabile, in modo da cogliere le specificità connesse all'assunzione di responsabilità gestionali e manageriali;
4. Valorizzazione del merito perseguita tramite il miglioramento dei meccanismi di valutazione individuale, con la definizione delle modalità operative ed il chiarimento delle relazioni con quella di équipe;
5. Premialità conseguita con l'erogazione degli incentivi in forma di acconti quadrimestrali e saldo finale conseguente alla valutazione finale.
6. Distinzione tra obiettivi di budget ed obiettivi di progetto.

Mediante gli accordi integrativi aziendali sono definite le corrette modalità di applicazione del sistema di incentivazione:

Definizione degli obiettivi aziendali

Gli obiettivi aziendali sono definiti sulla base dei documenti di programmazione dell'Azienda che tengono conto degli indirizzi nazionali e regionali, oltre che degli specifici accordi stipulati a livello provinciale,

Il sistema di obiettivi aziendali è articolabile in:

- a) obiettivi di budget, comprendenti obiettivi di:
  - mantenimento del livello quantitativo e qualitativo della produzione,
  - miglioramento degli indicatori di appropriatezza della produzione,
  - adesione al processo di sviluppo del Sistema qualità aziendale,
  - miglioramento degli indicatori di efficienza clinica e gestionale;

Gli obiettivi di budget sono individuati nella scheda di budget negoziata con le Unità Operative e possono essere modificati in corso d'anno in relazione alle condizioni di negoziazione (variazione obiettivi e/o risorse).

Complessivamente, agli obiettivi di budget viene attribuito il fondo incentivi disponibile, detratto il fondo da attribuire agli obiettivi di progetto. La percentuale effettiva di tale suddivisione è determinata ogni anno in relazione al numero ed alla complessità dei progetti individuati.

- b) obiettivi di progetto, rappresentano iniziative specifiche di miglioramento organizzativo, gestionale, qualitativo e professionale proposte dall'Azienda, aventi di norma natura trasversale, in quanto coinvolgono diversi dipartimenti ed équipe, e spesso sono di durata pluriennale.

le.

Criteri di attribuzione dei budget economici alle équipe

Il fondo per la retribuzione di risultato, unico per dipendenti SSR e di Unimore, è definito anno per anno secondo i riferimenti contrattuali vigenti ed è integrabile solo ed esclusivamente per le motivazioni previste dal CCNL.

Il fondo a disposizione per gli obiettivi di budget è ripartito tra le équipes in ragione del numero di medici effettivamente presenti in servizio, con la precisazione che non si tiene conto, a tal fine, del personale neo-assunto in costanza di periodo di prova (6 mesi):

Ad integrazione della ripartizione "per teste" sopra delineata, la distribuzione del fondo tra le équipes tiene anche conto delle "condizioni di lavoro" delle équipes stesse, mediante la loro attribuzione a 3 fasce sulla base dei seguenti indicatori, rilevati con riferimento all'esercizio precedente:

- livello di coinvolgimento nel sistema di emergenza-urgenza (numero di guardie, accoglienza delle urgenze ecc.);
- eccedenze orarie rilevate in relazione ai volumi prestazionali definiti;
- valenza strategica;
- complessità organizzativa.

Alle équipes rientranti nelle suddette fasce viene assegnata, nella ripartizione, un peso maggiore, intermedio o inferiore, in relazione agli indicatori presi a riferimento.

Il fondo a disposizione per gli obiettivi di progetto è ripartito tra le équipe e i singoli operatori in ragione dell'effettivo coinvolgimento delle stesse ai progetti proposti dalla Direzione Aziendale.

La quota di fondo da destinare ai dirigenti di struttura complessa ospedalieri e universitari, calcolata in ragione del loro numero, non viene distribuita tra le équipes secondo i meccanismi sopra riportati ma viene stornata dalla Direzione Aziendale ed attribuita a tali dirigenti secondo meccanismi specifici. I dirigenti di struttura complessa sono valutati a fine anno con particolare riferimento agli aspetti gestionali e manageriali inerenti al ruolo ricoperto.

I dirigenti di struttura complessa non rientrano nella ripartizione del fondo destinato ai progetti.

Il fondo a disposizione per gli obiettivi di progetto è ripartito tra le équipe e i singoli operatori in ragione dell'effettivo coinvolgimento delle stesse ai progetti proposti dalla Direzione Aziendale.

La quota di fondo da destinare ai dirigenti di struttura complessa dipendenti dal SSR e da Unimore, calcolata in ragione del loro numero, non viene distribuita tra le équipes secondo i meccanismi sopra riportati ma viene stornata dalla Direzione Aziendale ed attribuita a tali dirigenti secondo meccanismi specifici. I dirigenti di struttura complessa sono valutati a fine anno con particolare riferimento agli aspetti gestionali e manageriali inerenti al ruolo ricoperto.

I dirigenti di struttura complessa non rientrano

nella ripartizione del fondo destinato ai progetti. Procedura e criteri di valutazione e di corresponsione della retribuzione di risultato.

Il processo di verifica annuale di raggiungimento degli obiettivi è disciplinato dall'art. ....del CCNL 1998/2001. Esso è ispirato ai principi della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che in prima istanza effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi. Il valutatore di prima istanza è il responsabile dei "contenuti della valutazione" e viene individuato a seconda del ruolo professionale valutato, nel Direttore Sanitario e nel Direttore di Dipartimento o nel Direttore di Struttura complessa; il valutatore di 2° istanza è il Nucleo di Valutazione, che è il garante della corretta definizione/applicazione delle "regole del gioco", sia in termini di processo di valutazione che di sua validazione finale.

Le valutazioni a fine anno hanno l'obiettivo di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, in modo da poter corrispondere in modo definitivo e puntuale il saldo finale .

Gli obiettivi di budget e quelli di progetto sono valutati sulla base degli indicatori previsti nei documenti di programmazione e mediante apposite schede di valutazione che tengano conto dei seguenti elementi:

- situazione organizzativa e risorse effettivamente disponibili;
- analisi quali - quantitativa dell'eventuale o scostamento stesso;
- entità effettiva dello scostamento tra preventivo e consuntivo;

Le modalità di erogazione della retribuzione di risultato, consistono nel riconoscimento ad ogni dirigente di due acconti quadrimestrali, (nella misura del 25% ciascuno rispetto alla quota parte del budget annuale) con saldo finale del 50% nel caso di raggiungimento completo dell'obiettivo. In sede di saldo finale, sono operati eventuali conguagli positivi o negativi a seconda del grado di raggiungimento degli obiettivi.

Gli obiettivi di progetto, sono valutati e remunerati a fine anno.

### **La valutazione individuale**

La valutazione individuale consente di qualificare e completare la valutazione di equipe effettuata per gli obiettivi di risultato, correggendo in più o in meno l'incentivo del singolo professionista sulla base del contributo effettivamente fornito, fermo restando comunque l'importo complessivo del "premio effettivo di equipe".

In sintesi, rispetto ai meccanismi di calcolo e pesatura vigenti, la valutazione individuale introduce un ulteriore elemento correttivo, così determinato:

- peso pari a 1,2 per i dirigenti che raggiungono una valutazione individuale "eccellente",

- peso pari a 0,8 per i dirigenti che raggiungono una valutazione individuale "appena sufficiente",
- peso pari a 1 per gli altri dirigenti.

In questo caso il valutatore di prima istanza viene individuato nel Direttore di Struttura complessa; il Direttore di Dipartimento è informato della valutazione e può chiedere il riesame al Direttore di Struttura complessa; il Nucleo di Valutazione interviene nell'eventuale II istanza.

Il meccanismo e gli strumenti di valutazione individuale sono proposti dal Nucleo di Valutazione, mediante la predisposizione di un'apposita scheda, costruita sulla base dei seguenti criteri di riferimento:

- grado di partecipazione effettiva all'attività dell'equipe
- contributo specifico fornito al conseguimento degli obiettivi di budget e di progetto ( autonomia operativa dimostrata nel conseguire gli obiettivi individuali assegnati);
- competenza tecnico- professionale espressa nel raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati
- qualità dei rapporti con utenti e colleghi.

La corresponsione della retribuzione di risultato al singolo dirigente viene effettuata mediante conguaglio del saldo dovuto rispetto a quanto già percepito o mediante trattenuta degli eventuali maggiori importi precedentemente corrisposti.

Valutazione individuale dei Direttori di struttura complessa: il valutatore di I istanza è individuato nel Direttore di Dipartimento . Il Direttore di Dipartimento al fine della retribuzione di risultato viene valutato dal Direttore Sanitario. I valutatori di II istanza sono il Direttore Sanitario e il Nucleo di Valutazione.



## Allegato D

### 4.5.5 Criteri di attribuzione delle quote di incentivazione della Produttività al personale del comparto.

#### Quota A

Le quote dell'80% sono attribuite al personale per la partecipazione al perseguimento degli obiettivi generali nell'ambito dell'orario contrattuale di lavoro e per il mantenimento quali quantitativo delle prestazioni raggiunte, tra cui il sistema di qualità aziendale e l'attività formativa.

Ai fini dell'erogazione delle quote si tiene conto dei seguenti criteri :

- definizione dei dipendenti aventi diritto ( è escluso il personale in prova o nei primi otto mesi di incarico)
- suddivisione del personale per ruolo
- definizione della quota in base al livello retributivo e anzianità di servizio.

La quota annuale così determinata è erogata in acconto nella misura del 95%. La chiusura e il saldo dell'anno avviene in conformità alla attestazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Unità operative da parte del Nucleo Interno di Valutazione (N.I.V.)

#### Quota B

La distribuzione della quota 20% del fondo di produttività collettiva avviene sulla base della partecipazione del personale a progetti aziendali proposti dai responsabili delle Unità Operative e per il personale infermieristico dal Dirigente del Servizio Infermieristico Tecnico.

IL pagamento della quota avviene in base alla dichiarazione di verifica del raggiungimento degli obiettivi o completamento del progetto, presentata dai Dirigenti responsabili entro il primo trimestre dell'anno successivo.

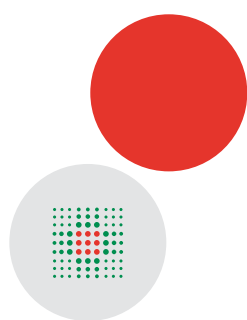
Le capacità rilevate con la scheda di valutazione dei direttori di struttura complessa sono:

- risultati di budget conseguiti dall'equipe
- capacità di motivare e valutare i collaboratori anche per lo sviluppo del potenziale , in coerenza con le linee aziendali
- capacità di garantire flessibilità dell'organizzazione del lavoro in relazione all'articolazione oraria e presenza in servizio dei propri collaboratori
- capacità di orientare e innovare l'articolazione organizzativa della Struttura diretta in coerenza con gli obiettivi quali quantitativi definiti dall'Azienda.

Ciascuna delle suddette voci è poi scomposta in una serie di indicatori più analitici idonei alla rilevazione in esame.







[www.policlinico.mo.it](http://www.policlinico.mo.it)