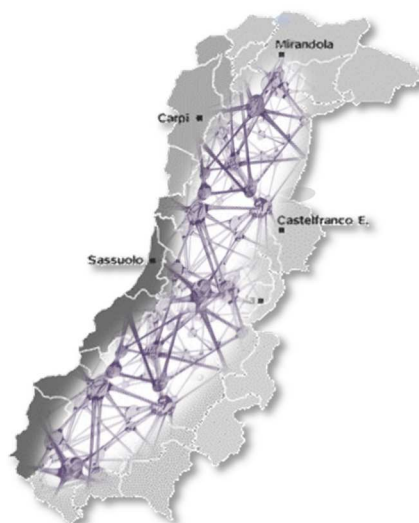


# PIANO DELLE AZIONI

## ANNO 2017

LINEE GUIDA AL BUDGET 2017



GESTIONE UNICA POLICLINICO- OSPEDALE  
CIVILE SANT'AGOSTINO ESTENSE

Approvato dal Collegio di Direzione il 28.2.2017

## Sommario

1.0 Premessa .....	3
1.1 Sintesi obiettivi specifici aziendali.....	8
2.0 Il contesto normativo di riferimento .....	11
3.0 Obiettivi di attività.....	13
3.1 Trasferimento day hospital medici ad attività ambulatoriale e day service .....	13
3.2 Concertazione prestazioni intermedie, appropriatezza .....	13
3.3 Attività di degenza .....	13
3.4 Attività di specialistica ambulatoriale .....	14
3.5 Attività chirurgica .....	14
3.6 Rischio infettivo .....	14
3.7 Variazione ed efficienza di utilizzo dei posti letto .....	14
3.8 Richiamo al contenimento dei tempi di attesa di specialistica .....	14
3.9 Volume specialistica tra istituzione e libera professione .....	15
4.0 Obiettivi di razionalizzazione dei consumi .....	16
5.0 Obiettivi qualitativi .....	17
5.1 Qualità assistenziale .....	17
5.2 Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico .....	18
5.3 Prevenzione Corruzione e Trasparenza.....	18
6.0 Assistenza farmaceutica .....	19
7.0 Risorse: capitale umano e investimenti .....	20
7.1 Investimenti nell'area ICT.....	20
7.2 Grandi investimenti finalizzati al processo di miglioramento degli edifici per la resistenza ad eventi sismici .....	21
8.0 Formazione e ricerca .....	23

## 1.0 Premessa

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

Impostazione che assume rilevanza ancor più consistente in un anno come il 2017, che vede nella provincia di Modena l'avvio operativo della sperimentazione gestionale fra Policlinico e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense. Tale periodo di gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri modenesi si configura come rilevante opportunità per ridisegnare le funzioni mediche e chirurgiche, focalizzando l'attenzione su due macro-obiettivi di fondo:

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

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

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

Il presente Piano delle Azioni viene approvato dal Comitato di Budget, presieduto dal Direttore Sanitario. Il suo scopo è comunicare a tutta l'organizzazione le linee guida, le misure, le azioni e gli obiettivi caratterizzanti la programmazione aziendale 2017, in termini di programmi di attività e di risorse necessarie. Specifiche che assumeranno una propria connotazione all'interno delle singole schede di budget delle unità operative aziendali.

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

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

- **obiettivi di sviluppo**, che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale;
- **obiettivi di miglioramento**, che riguardano indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi;

- **obiettivi di sostenibilità**, tesi prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, ad assicurare cioè la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la salute per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili.

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

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

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

Si propone di seguito una fotografia dei macro temi aziendali sui quali si è deciso di declinare obiettivi di carattere strategico con riferimento alla duplice valenza aziendale e provinciale. Tali ambiti di attività sono stati individuati in linea con le specifiche regionali e con le evidenze scaturite dagli incontri di revisione di budget condotti con le unità operative nel corso dell'anno 2016.

In coda a questa rappresentazione tabellare, sono invece riepilogati gli obiettivi specifici in capo all'azienda che troveranno declinazione nelle singole schede di budget dei servizi.

## Produzione

- degenza
- ambulatoriale
- specifici di UOP

## Consumi

- consumi beni sanitari
- tetti da Farmacia su FP specifici
- spesa per antibiotici ed antimicotici --- contenimento spesa per superfici antidecubito Ocsae
- Buon uso di sangue ed emoderivati

## Appropriatezza

- **Diminuzione % filtro ricoveri da PS su accessi** --- inferiore al x%
- **Disponibilità di posti letto per ricoveri da PS** --- Garanzia di disponibilità posti letto internistici per ricoveri dal Pronto Soccorso (n ricoveri previsti al giorno / n ricoveri effettuati)
- **% rientro SDO** (introduzione lato Ocsae) --- 100% SDO rientrate al 20 del mese
- **DMD pre-operatoria (area chirurgica)** --- al di sotto di x,xx gg. (differenziata per reparto)
- **Nr. di Reinterventi** --- inferiore a xxx (differenziata per reparto ed intervento)
- DMD valutato per DRG --- monitoraggio in relazione al valore medio regionale
- **Ottimizzazione tasso occupazione posti letto chirurgici** --- indice prossimo al 100% (+/- 5%) a far tempo dalla riorganizzazione riguardante la piattaforma di posti letto comune e degenza breve presso OCSAE

## Percorsi e Reti

- **Rete GRACER** --- miglioramento dell'appropriatezza nell'invio dei pazienti presso i centri di 3° livello tramite identificazione di criteri clinici e di recupero specifici ;incremento di disponibilità di presa in carico in riabilitazione intensiva per favorire il rientro dei pazienti GRACER ancora suscettibili di recupero con LCF  $\geq 4$  con conseguente riduzione dei tempi di permanenza nei centri di 3° livello; facilitazione del passaggio a gestione territoriale dei pazienti gravi con assenza di potenzialità di recupero ma elevati bisogni assistenziali ( LCF  $\leq 3$ ) tramite potenziamento della collaborazione/comunicazione con gli attori coinvolti
- **Trasferimento attività chirurgiche per ottimizzazione risorse strutturali e sviluppo delle prestazioni di prossimità** --- Effettuazione di interventi all'interno della rete provinciale secondo la caratterizzazione delle diverse strutture attraverso: a) mobilità ospedaliera b) costituzione di team interaziendali per disciplina
- **Rete Aritmologia** --- Centralizzazione delle attività di elettrofisiologia ad alta complessità (ablazione); numero di procedure centralizzate dopo attivazione progetto
- **Centralizzazione** degli interventi a bassa diffusione e alta specificità su Retto, Stomaco, Pancreas, Esofago, secondo le correlazioni volumi ed esiti previste dalla normativa regionale
- **Chirurgia pediatrica** --- Definizione di un percorso provinciale per il paziente chirurgico pediatrico ed estensione del counseling pre-natale per le patologie malformative ai centri di secondo livello
- **Counseling genetico pre-natale** --- attivazione di un progetto provinciale integrato per la gestione delle consulenze genetiche nella diagnosi pre-natale
- **PDTA** ---- valutazione percorsi già in essere e avvio di percorsi interaziendali anche derivanti dai progetti dei gruppi di lavoro (es. percorso centralizzazione casi di violenza sessuale, ORL)

## Progetti

- **Biologia Molecolare (HUB 2017)\*** --- Incremento di sensibilità e accuratezza dei test effettuati nei campi di valutazione del rischio eredo-familiare (mammella-ovaio, previsto incremento anche nel numero di pazienti), delle terapie mirate su target molecolari (es. personalized cancer therapy) e della definizione diagnostica anche di infezioni nosocomiali, con ricadute in termini di qualità delle cure e riduzione di spesa correlata a farmaci e trattamenti
- **Progetto Ortogeriatrico** --- presa in carico precoce internistica riabilitativa di pazienti geriatrici con traumi ortopedici mediante il potenziamento del settore ortogeriatrico
- **Progetto movimentazione pazienti** --- Movimentazione precoce dei pazienti per mantenimento autonomie in ADL (activities of daily living) e facilitazione rientro a domicilio
- **Valutazione Multidisciplinare pre-intervento con particolare riferimento all'ambito oncologico** --- Aumento della tipologia di prestazioni nelle quali viene effettuata valutazione multidisciplinare pre-intervento con particolare riferimento all'ambito oncologico

## Rischio infettivo

- **Stewardship antibiotica** (estensione su Ocsae) --- indicatori sul consumo di antibiotici ed antimicotici (DDD aziendale e differenziata per reparto)
- **Controllo ICA** --- monitoraggio e riduzione % infezioni correlate all'assistenza, differenziato per reparto, in base allo storico tramite applicazione di strategie di controllo (*cf. risparmio antibiotici e multiresistenze su Policlinico, anno 2016*)

## Performance

- **SIVER** --- rispetto degli standard imposti dagli indicatori previsti dall'elenco SIVER
- **SIGLA** --- patologie neoplastiche: 90% dei casi entro 30gg (Tumore Mammella - Mastectomia - Tumore Colon Retto - Tumore Utero - Intervento Chirurgico Polmone); protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg
- **SSCL ed Efficienza Utilizzo Sala Operatoria** --- Adesione all'applicazione della Check List di sala operatoria con rispetto del N di interventi con inserimento della SSCL sul numero di interventi eleggibili; Target differenziati per indicatori di sala operatoria
- **Specialistica ambulatoriale** --- Rispetto dei tempi di attesa, e delle modalità di gestione delle agende (annuali per CUP con integrazioni quadrimestrali, quadrimestrali per CIP, settimanali per prestazioni secondo contratto di committenza)

**\*BIOLOGIA MOLECOLARE:**

Incremento di test di biologia molecolare effettuati presso il Policlinico di Modena, riferimento provinciale ed extraprovinciale (+ 500.000 euro versus 2016), dovuto a:

<b>ONCOLOGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• aumento del numero di pazienti sottoposti a valutazione del rischio eredo-familiare (con particolare riferimento a mammella e ovaio) mediante l'utilizzo di indagini molecolari diagnostiche caratterizzate da una maggiore sensibilità ed accuratezza nell'individuazione precoce della patologia oncologica, nell'ottica di implementare strategie di prevenzione finalizzate al miglioramento della qualità di vita dei pazienti;</li><li>• aumento del numero di pazienti oncologici sottoposti a test molecolari diagnostici e predittivi (medicina personalizzata o personalized cancer therapy), finalizzati alla scelta di terapie mirate su target molecolari specifici. Ciò consentirà una maggiore efficacia terapeutica associata ad una riduzione degli effetti collaterali, una maggiore appropriatezza prescrittiva dei farmaci oncologici innovativi e una conseguente riduzione di spesa ad essi correlata.</li></ul>
<b>DISLIPIDEMIE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• aumento del numero di pazienti sottoposti a al test genetico con l'utilizzo di indagini molecolari diagnostiche caratterizzate da una maggiore sensibilità ed accuratezza.</li><li>• aumento dei pazienti con malattia metabolica in grado di usufruire di nuovi trattamenti a bersaglio molecolare. Ciò consentirà una maggiore efficacia terapeutica, una maggiore appropriatezza prescrittiva dei farmaci ipocolesterolemizzanti e una conseguente riduzione della spesa sanitaria correlata alla prevenzione degli eventi cardiovascolari.</li></ul>
<b>VIROLOGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementazione di nuovi test per la caratterizzazione diagnostica di infezioni nosocomiali con conseguente miglioramento delle performance diagnostiche microbiologiche e virologiche e riduzione della spesa sanitaria associata al trattamento delle infezioni nosocomiali.</li></ul>

## 1.1 Sintesi obiettivi specifici aziendali

### a. FORMAZIONE

#### *OBIETTIVO 2017*

**TITOLO:** Dossier formativo di gruppo (obiettivo pluriennale)

Obiettivo per l'anno 2017: Mappatura delle competenze di ogni professione operante all'interno della SC o Dipartimento

**DEFINIZIONE:** Il Dossier Formativo di Gruppo (DFG) è uno strumento previsto dalla normativa sul sistema ECM che è stato incluso dalla Regione Emilia-Romagna tra gli obiettivi per le Aziende sanitarie nonché tra i requisiti per l'accreditamento. Si tratta di un documento che rende evidente l'entità e la tipologia della formazione professionale delle equipe sanitarie, formazione indispensabile per sviluppare le competenze professionali necessarie per lo svolgimento del proprio lavoro, e per raggiungere gli obiettivi del gruppo di cui si è parte, e dunque dell'intera azienda. Il Dossier costituisce l'opportunità di progettare percorsi di sviluppo professionale in grado di creare un legame tra i bisogni professionali dell'individuo e le attese dell'organizzazione di cui fa parte. Il Dossier Formativo di gruppo pertanto, a partire dalla definizione delle competenze professionali ed obiettivi trasversali, delinea concretamente i bisogni formativi ed arriva alla pianificazione della formazione per il triennio successivo.

La mappatura delle competenze costituisce lo strumento basilare al fine di provvedere alla definizione del Dossier Formativo di equipe come previsto dalla vigente normativa ECM. Il Direttore (di SC o Dipartimento), infatti, pianifica e promuove la conoscenza e lo sviluppo di competenze tecnico professionali, relazionali e manageriali dei propri collaboratori, identificando le abilità essenziali non solo per la crescita professionale, ma indispensabili ai fini della qualità dei servizi erogati.

**INDICATORI:** AL 30/12/2017 Presenza del documento "DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE" nel quale vengano declinate le competenze per ognuna delle professionalità operanti nella SC o Dipartimento.

### b. RICERCA

#### *OBIETTIVO 2017*

**TITOLO:** Invio contestuale al Comitato Etico e al Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione delle relazioni periodiche di monitoraggio sullo stato di avanzamento dei progetti.

**DEFINIZIONE:** Il monitoraggio e il controllo di un progetto sono attività estremamente rilevanti, poiché consentono di valutarne costantemente l'andamento, misurare la performance dei gruppi di lavoro e verificare lo stato di avanzamento degli obiettivi.

Lo scopo del monitoraggio di un progetto è evidenziarne le deviazioni rispetto al Programma e individuare possibili azioni correttive, quali una eventuale ripianificazione delle attività, così da non disattendere gli obiettivi prestabiliti, analizzando in maniera approfondita le cause che hanno condotto ad eventuali scostamenti.

Il responsabile del progetto invierà relazioni di monitoraggio sullo stato di avanzamento dei progetti contemporaneamente al CE e allo SFRI nel rispetto dei tempi richiesti all'atto del rilascio del parere favorevole da parte del Comitato Etico.

**INDICATORI:** AL 30/12/2017 Presenza delle relazioni inviate nel rispetto dei tempi richiesti all'atto del rilascio del parere favorevole da parte del Comitato Etico.



### c. ASSICURAZIONE QUALITA'

Sviluppo di un Sistema di Gestione per la Qualità come livello organizzativo di base aziendale e dipartimentale, in supporto all'esercizio del Governo Clinico e coerente ai requisiti previsti dall'Accreditamento Istituzionale.

#### *OBIETTIVI SPECIFICI:*

- Applicazione e mantenimento dei requisiti previsti per l'Accreditamento istituzionale (Delibera Regionale 327/2004 e successivi aggiornamenti)
- Indicatore: presenza di verifica in autovalutazione con check list datata e firmata per approvazione dal Direttore di UO (o presenza di verbale di verifica ispettiva interna laddove svolta secondo piano di verifica aziendale)
- Svolgimento di almeno una verifica dei risultati (Riesame della Direzione-RDD) su indicatori di performance clinica e/o organizzativa, a partire da quelli previsti dal Piano delle Azioni Aziendale 2017 (SIVER, PNE, Bersaglio, ...).
- Indicatore: Presenza di verbale di verifica delle performance (verbale di RDD con indicatori e risultati) datato e firmato dal Direttore di UO, con indicazione delle azioni avviate laddove il monitoraggio evidenzia criticità
- monitoraggio della qualità assistenziale e/o organizzativa su PDTA approvati attraverso svolgimento di attività di audit clinico e/o attraverso attività di audit clinico su casistica di interesse
- Indicatore: Presenza di verbale di audit clinico con identificazione delle azioni correttive in caso di risultati difformi dall'atteso.
- discussione dei casi clinici significativi attraverso lo svolgimento di SEA (Significant Event Audit)
- Indicatore: n di eventi indesiderati discussi attraverso SEA / eventi indesiderati registrati
- Aggiornamento dello stato di addestramento della UO con definizione dei criteri di clinical competence
- Indicatore: presenza di documento aggiornato e firmato per approvazione dal Direttore di UO

### d. TRASFERIMENTO DAY HOSPITAL MEDICI

#### **Obiettivo:**

1. riduzione DH medici
2. riduzione DH oncologici chemiotp adulti

**Indicatore (per 1° 2)** : N. DH a DRG medico

**Valore:** < 5% ( vedi anche DGR 436/2016)

### e. FARMACIA

- a. Proposta di definizione di un tetto di spesa per Unità Operativa, suddivisa per Farmaci e Dispositivi.
- b. Obiettivi specifici per Unità Operativa connessi alla tipologia di prodotto maggiormente utilizzato.
- c. Compilazione dei Registri AIFA e Piani Terapeutici Regionali Piattaforma SOLE

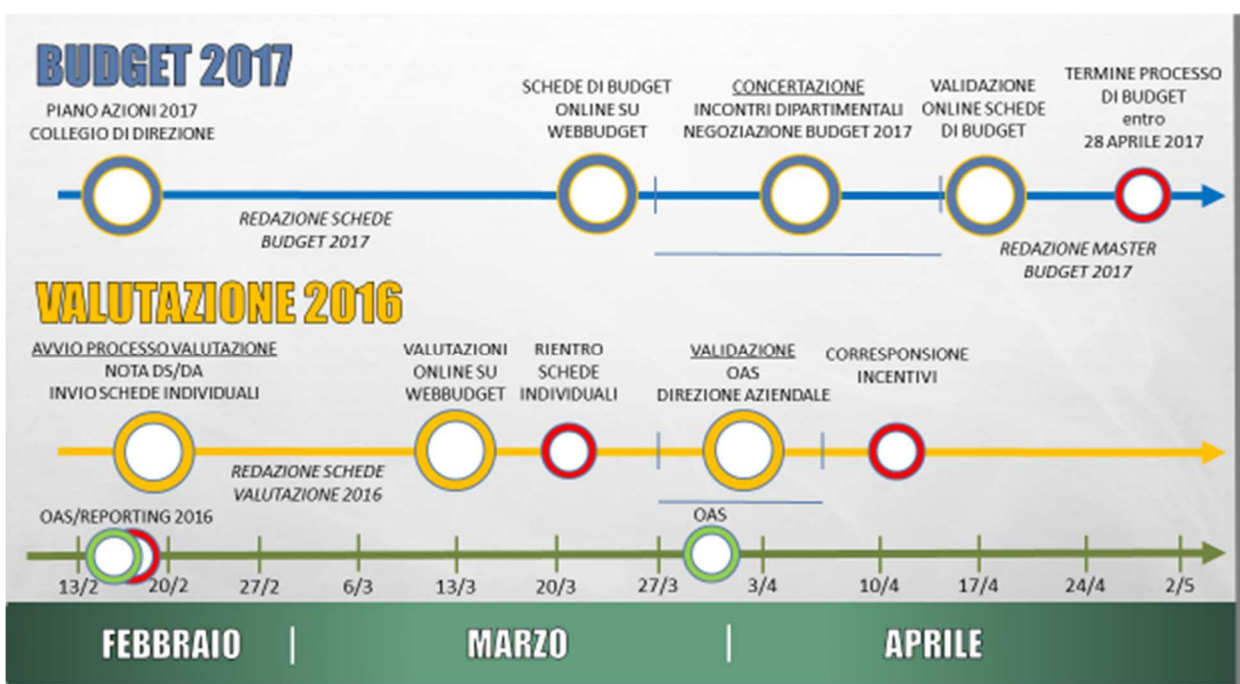
Durante il percorso di budget il Controllo di Gestione supporta la definizione degli obiettivi (indicatori e target) con strumenti di simulazione per definire i target sulla base del contesto epidemiologico oltre che delle linee di indirizzo. Il percorso di budget prevede:

- Condivisione delle linee guida al Collegio di Direzione (21 febbraio)
- Comunicazione delle schede di budget e relativi obiettivi (entro 27 marzo)
- Concertazione (dal 27 marzo al 14 aprile)
- Consolidamento/approvazione schede (entro 28 aprile)

Ipotesi incontri:

- Policlinico
  - DAI Medicine, Medicina d'Urgenza e Specialità Medica
  - DAI Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche + Chirurgia OCSAE ed Urologia
  - DAI Materno Infantile
  - DAI Oncologia ed Ematologia
  - DAI Chirurgie Specialistiche + Ortopedia OCSAE (con Direttore Dipartimento)
- Baggiovara
  - Area Medica e Metabolica (Med. Metabolica, Geriatria, Med. Interna Obesità, Endocrinologia)
  - Area Medica e Riabilitativa (Gastro, PARE, Endoscopia, Medicina Riabilitativa)
  - Area Neuroscienze (Neurologia, Neurochirurgia)
- Interaziendali
  - DAI Interaziendale Malattie Nefrologiche, Cardiache e Vascolari
  - DAI Interaziendale Diagnostica per Immagini (compresa Neuroradiologia)
  - DAI Interaziendale Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica
  - Interaziendale Emergenza e Urgenza

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



## 2.0 Il contesto normativo di riferimento

Il processo di programmazione annuale per budget si inserisce nel più ampio disegno strategico delineato dal Piano della Performance aziendale, sviluppato sull'orizzonte temporale del triennio 2016-2018 ed adottato dalla Direzione Generale del Policlinico con delibera 81 del 30/6/2016.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, dal 1/7/2016, ha avviato il periodo di Sperimentazione Gestionale con l'Azienda USL territoriale per la gestione unica e integrata dello stabilimento ospedaliero Ocsae. Il periodo di sperimentazione si articolerà nel triennio 2016-2018 ed avrà come obiettivo generale "evitare la crescita dell'offerta ospedaliera complessiva oltre i fabbisogni individuati dalla programmazione e la duplicazione dell'offerta stessa, realizzando coerentemente agli obiettivi della programmazione regionale la concentrazione della attività ospedaliera, ottimizzando la qualità e la sostenibilità economica dei percorsi assistenziali".

Gli obiettivi strategici, contenuti nella DGR 1004/2016, deliberata il 28/6/2016, risultano essere:

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

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

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

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

Il quadro degli obiettivi di carattere economico-finanziario della programmazione sanitaria regionale viene esplicitato nella DGR 1003/2016, deliberata il 28/6/2016, che detta le "Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016".

*Tra i punti si ricordano:*

- a. Area di performance all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero

- b. Prevenzione e promozione della salute
- c. Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero
- d. Piattaforme logistiche ed informatiche più forti, attraverso il lo sviluppo degli ICT
- e. Performance della qualità, sicurezze e gestione del rischio clinico
- f. Gestione del patrimonio e delle attrezzature
- g. Vincolo del pareggio di bilancio (Sostenibilità economica)
- h. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna, acquisto ospedaliero di farmaci e dispositivi medici
- i. Didattica, Ricerca ed Innovazione
- j. Accreditamento
- k. Investimenti (Progetto 5 Lotti)

Specifiche rilevanza assumono infine i confini normativi ed operativi tratteggiati dalle indicazioni regionali in materia di valutazione della performance, così come contenute nelle delibere OIV-SSR 1/2014, 2/2015 e 3/2016. Questo con riferimento specifico agli obiettivi aziendali derivanti dal monitoraggio degli indicatori SIVER.

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

### 3.0 Obiettivi di attività

La valorizzazione dell'attività erogata dall'Azienda è regolamentata dagli accordi di fornitura di valenza provinciale, con l'Azienda USL di Modena e di valenza regionale. Nell'anno 2016, il budget del contratto di fornitura provinciale è stato fissato in linea con quanto pattuito nel corso del 2015.

I valori di budget del contratto di fornitura regionale sono identificati da tetti provinciali e, analogamente a quanto già riportato per il budget della provincia di Modena, si conferma il mantenimento dell'attività. Tale obiettivo è da calare nel contesto di trasferimento dell'attività di day hospital in quella ambulatoriale e di differente offerta di posti letto. Per il 2017 è prevista una rimodulazione dei tetti di mobilità infraregionali, fino al 2016 ancorati ai valori fissati nel corso dell'anno 2014.

Variabile fondamentale in ottica di valorizzazione dell'attività prodotta risulterà l'estensione della formula a differente tariffazione per la produzione infra ed extraregionale. A tale elemento di complessità si va ad aggiungere la probabile differente valorizzazione tariffaria che seguiranno le dimissioni dallo stabilimento di Baggiovara (tariffa ospedaliera di fascia A2) e del Policlinico (tariffa ospedaliera di fascia A1).

#### 3.1 Trasferimento day hospital medici ad attività ambulatoriale e day service

In riferimento:

- ed in ottemperanza alla DGR n. 199/2013 *“Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013”* e alla DGR n. 217/2014 *“Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014”* che evidenziano le indicazioni per le Aziende Sanitarie alla riduzione dei posti letto di Day-Hospital medico e il passaggio dei Day-Hospital (non oncologici e non riabilitativi) in regime ambulatoriale;
- agli accordi con AUSL di MO relativi al trasferimento dei DH Medici in regime ambulatoriale previo coordinamento delle aziende sanitarie provinciali che si attua attraverso lo specifico gruppo di lavoro provinciale
- a quanto contenuto nella DGR 20140/2015 in merito alla *“Riorganizzazione della rete Ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015”*;
- alla delibera 463 del 4/4/2016, con cui la Regione Emilia-Romagna ha approvato le Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day Hospital Oncologici e la conseguente Circolare numero 3 del 20/4/2016

Il 1° Gennaio del 2017 verrà operativamente dato corso al trasferimento in regime ambulatoriale/Day Service l'attività sanitaria a tutto il 2016 erogata in regime di Day Hospital medico/oncologico, secondo le priorità definite dal gruppo di lavoro aziendale e provinciale anche al fine di mantenere omogeneità di erogazione. Parimenti si sono ridotti i posti letto di DH internistico.

#### 3.2 Concertazione prestazioni intermedie, appropriatezza

Con l'obiettivo di mantenere in linea con la media regionale le degenze dei reparti internistici, e per ridurre l'inappropriatezza complessiva su percorsi di ricovero chirurgico e specialistico, oltre a perseguire un contenimento dei costi, si intende concertare un volume finito di prestazioni intermedie per reparto di degenza, in coerenza all'effettivo utilizzo di esami invasivi, di diagnostica radiologica di secondo livello e di esami di laboratorio. Ove possibile, il servizio erogatore (Radiologia, Endoscopia, Cardiologia, Laboratorio) promuove audit specifici su prestazioni particolarmente critiche e pesanti.

#### 3.3 Attività di degenza

Per l'attività di degenza si chiede alle UUOO il mantenimento, in termini quantitativi, della produzione di base, con un tendenziale sviluppo delle attività ad alta specializzazione che consentono di amplificare l'attrazione ed una attenzione specifica agli interventi chirurgici da garantire entro le tempistiche indicate

dalle normative regionali (tumori entro 30 gg, ernie inguinali, protesi d'anca, cataratte, tonsillectomie). Quanto indicato fatto salvo le riconversioni a regime ambulatoriale/day service dei DH medici.

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

### 3.4 Attività di specialistica ambulatoriale

I volumi e la tipologia dell'attività specialistica erogata dovranno tenere in considerazione: l'accordo di fornitura, il trasferimento dei DH in ambulatoriale e le azioni per il contenimento dei tempi di attesa sui diversi fronti (prime visite, prestazioni strumentali, attività chirurgica). Dovranno essere migliorate le modalità di gestione delle agende, in modo particolare di quelle oggetto di monitoraggio regionale, fornendo disponibilità annuali pari al 70% dell'offerta prenotabile a CUP, con integrazioni trimestrali del restante 30%. Le agende dovranno essere aperte 47 settimane all'anno. Le attività di secondo livello per gli approfondimenti diagnostici e la gestione della cronicità dovranno essere prenotabili tramite CIP, con calendari di disponibilità dei posti trimestrali (nelle schede inseriremo i volumi settimanali CUP come richiesto da AUSL)

### 3.5 Attività chirurgica

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

- Indice di utilizzo (chiusure anticipate/sforamenti già rilevato dal cruscotto)
- Rispetto tempi presentazione lista operatoria
- Indice di adesione alla lista presentata (pazienti in lista = pazienti operati).

### 3.6 Rischio infettivo

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

### 3.7 Variazione ed efficienza di utilizzo dei posti letto

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

### 3.8 Richiamo al contenimento dei tempi di attesa di specialistica

La Circolare 21 del 10 novembre 2015 'Politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche' e la DGR 1056 del 27 luglio 2015 'Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie' dettano

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

### 3.9 Volume specialistica tra istituzione e libera professione

La Delibera 1056 del 27 luglio 2015 al punto 7 fornisce indicazioni in merito a Coerenza tra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia. Lo strumento di monitoraggio attualmente utilizzato dalla Regione per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (prime visite ed indagini strumentali) sarà implementato con l'intento di monitorare i volumi produttivi aziendali delle stesse prestazioni in regime ALP. I volumi di attività erogati in ALP non possono superare quelli erogati in regime istituzionale, non si possono erogare in regime ALP aziendale attività che non siano erogate anche in regime istituzionale. Di pari passo con la stesura del nuovo regolamento aziendale in tema di ALP, e degli strumenti di tracciabilità e controllo dell'erogazione di tali prestazioni, è previsto un livello maggior e di analisi e approfondimento sulla tematica, in linea con gli indirizzi regionali e nazionali.

## 4.0 Obiettivi di razionalizzazione dei consumi

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

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

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

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

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

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

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



## 5.0 Obiettivi qualitativi

Gli obiettivi qualitativi sono relativi alla componente assistenziale ed organizzativa.

### 5.1 Qualità assistenziale

Il Policlinico di Modena insiste nell'obiettivo di assicurare prestazioni di comprovata efficacia attraverso un'attenzione particolare rivolta alla centralità del paziente, nell'ottica di un continuativo miglioramento della qualità dell'assistenza.

Soprattutto, ma non solo, per le attività riguardanti le più diffuse patologie cronic-degenerative, l'attenzione è rivolta alla messa a punto di strumenti organizzativi innovativi, con particolare riferimento ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) integrati nella rete provinciale e regionale, fondati sulla valorizzazione delle competenze, sull'approccio multidisciplinare al paziente e sui contributi delle diverse figure professionali che operano in azienda al fine di garantire appropriatezza, sicurezza, continuità e qualità delle cure.

In quest'ottica tutte le articolazioni organizzative hanno l'obiettivo di perseguire una offerta di prestazioni di elevato livello e per questo motivo è importante porre l'attenzione sul monitoraggio delle performance attraverso sistemi di rilevazione correlati a specifici indicatori di performance clinica ed organizzativa.

Dando seguito a quanto già avviato nell'anno 2016, particolare rilievo assumono gli indicatori di performance clinica ed organizzativa di derivazione sia regionale che nazionale (Es. PNE, Bersaglio, SIVER, altro) o specifici di area, i cui target, laddove possibile, siano definiti dalla letteratura e possono eventualmente essere adattati al contesto lavorativo. Tra il setting degli indicatori si includono anche quelli clinico organizzativi legati ai PDTA.

In questo modo si intende attivare un processo di miglioramento continuo della performance e di salvaguardia di alti standard qualitativi, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica con il contributo di tutte le componenti professionali.

In quest'ottica le principali iniziative riguarderanno:

- Lo sviluppo del sistema di gestione per la qualità come livello organizzativo di base aziendale e dipartimentale, in supporto all'esercizio del governo clinico.
- il monitoraggio sull'adesione ai requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale (Delibera Regionale 327/2004 e succ.) attraverso verifiche in autovalutazione o sul campo
- il monitoraggio sulla qualità dell'assistenza tramite indicatori specifici utilizzati a livello regionale (indicatori bersaglio) e nazionale (PNE), o specifici.
- L'aggiornamento dello stato di addestramento degli operatori sulla base dei criteri di clinical competence approvati da ciascuna direzione.
- il monitoraggio della qualità assistenziale e/o organizzativa dei PDTA attraverso svolgimento di attività di audit clinico e/o attraverso attività di audit clinico su casistica con particolare criticità
- la discussione dei casi clinici significativi attraverso lo svolgimento di SEA\_Significant Event Audit
- il monitoraggio sulle azioni correttive derivanti da attività di audit clinico e SEA\_Significant Event Audit o verifica ispettiva, al fine di favorire il loro completamento nei tempi prestabiliti.

## 5.2 Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico

In riferimento alla sicurezza delle cure dovrà essere posta particolare attenzione a:

- monitoraggio delle non conformità di maggior impatto sul percorso chirurgico e sulla sicurezza del paziente (marcatura del sito chirurgico, corretta acquisizione del consenso informato, ...) rilevate tramite check list SOS.net e conseguente individuazione e sviluppo delle azioni di miglioramento necessarie alla loro risoluzione;
- prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati mediante adeguata e tempestiva rilevazione del rischio individuale e conseguente adozione delle misure di prevenzione previste dalle linee di indirizzo regionali e dalle procedure aziendali
- segnalazione di eventi avversi, near miss, rischi e criticità mediante puntuale, tempestivo e corretto utilizzo dei più idonei strumenti di segnalazione sviluppati a livello aziendale

## 5.3 Prevenzione Corruzione e Trasparenza

In continuità con quanto stabilito nel Piano della Performance 2017-2019 (PdP), il processo di budget 2017 recepirà un set trasversale di indicatori previsti nel Piano Trasparenza e Prevenzione Corruzione (PTPC). Tali indici, pur senza prevedere un diretto meccanismo incentivante correlato, verranno calati in capo alle singole strutture aziendali, per sensibilizzare gli operatori sul tema ed adempiere alla normativa regionale che prevede il monitoraggio delle ricadute del PTPC sul PdP.

Nel corso del 2017, anno sperimentale di avvio, gli indicatori relativi all'area della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione non prevederanno un esplicito obiettivo legato alla performance ottenuta dalle singole strutture aziendali, ma avranno il compito di tracciare una ricognizione dello stato dell'arte, base di partenza per le pianificazioni successive.

## 6.0 Assistenza farmaceutica

In attesa di ricevere le linee di programmazione regionali 2017, si confermano alcuni obiettivi legati all'uso sicuro ed appropriato dei beni sanitari. In particolare:

1. Razionalizzazione della spesa farmaceutica AO-U e AUSL per acquisto ospedaliero di farmaci, nel rispetto dei limiti di finanziamento previsti dalla RER e considerando anche budget specifici concordati per farmaci ad alto costo e innovativi erogati direttamente a carico AUSL.
2. Utilizzo dei farmaci che all'interno dello stesso gruppo presentino il miglior rapporto costo-opportunità.
3. Aumento della prescrizione di medicinali biosimilari in linea con gli obiettivi regionali e secondo quanto riportato nel documento prodotto sul tema dalla CRF (Commissione Regionale Farmaco).
4. Puntuale compilazione e gestione dei Registri di Monitoraggio AIFA e completamento, nei tempi stabiliti da AIFA, delle operazioni necessarie per potere ottenere i rimborsi dei farmaci, ove previsto.
5. Contenimento spesa farmaceutica convenzionata entro i limiti di finanziamento previsti dalla RER per il 2017; favorire il buon uso della risorsa farmaco in ambito territoriale tramite l'aumento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, l'adesione alle raccomandazioni relative ai gruppi di Farmaci per i quali sono stati fissati specifici obiettivi RER, con particolare riferimento a PPI, Sartani/Ace-inibitori, Statine, Fluorichinoloni).
6. Attivazione di specifici percorsi per la fornitura di Farmaci ai pazienti finalizzati a migliorare il servizio al paziente e a favorire l'economicità del sistema.
7. Azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico tramite l'utilizzo della prescrizione informatizzata in ambito di degenza, dimissione e da visita ambulatoriale, con il consolidamento e lo sviluppo degli applicativi a livello aziendale e provinciale, da integrare col il programma di gestione della Distribuzione Diretta.
8. Adozione di strumenti che consentano la realizzazione di audit per ambiti specifici (es. schede informatizzate di prescrizione elaborate sulla base delle raccomandazioni RER).
9. Razionalizzazione e contenimento della spesa per Dispositivi Medici in relazione alla riorganizzazione delle attività assistenziali individuata dalla Direzione Aziendale. Rispetto dei percorsi di Area Vasta ed aziendali inerenti la fornitura di Dispositivi Medici.

Tramite il ricorso all'appropriatezza si auspica il contenimento della spesa, motivo per il quale è previsto un protocollo di monitoraggio come a seguito riportato:

1. monitoraggio periodico dei consumi di farmaci e DM con analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo e al finanziamento regionale
2. monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e dell'andamento dei consumi rispetto alle previsioni di spesa dei farmaci, in ambito aziendale e interaziendale, in tavoli congiunti AOU e AUSL con particolare riferimento alle seguenti classi di farmaci:
  - oncologici ed ematologici
  - biologici
  - HIV
  - Farmaci per HCV
  - Farmaci per DMLE
  - Farmaci per la sclerosi Multipla
  - Ormone somatotropo
3. monitoraggio dell'andamento dell'adesione alle gare regionali e AVEN

## 7.0 Risorse: capitale umano e investimenti

Come precedentemente riportato, la produzione caratteristica dell'Azienda può avvenire grazie al contributo simbiotico tra l'area sanitaria e quella amministrativa. Ne consegue che le prestazioni sanitarie possono essere erogate se vi sono risorse (es. capitale umano), vi è un luogo fisico e se la qualità dello stesso viene mantenuta e migliorata nel tempo. Gli effetti del sisma sono ancora ben evidenti. All'attività di consolidamento si affianca quella di sviluppo. Nel paragrafo seguente sono descritte le attività che, nell'anno 2016, verranno effettuate sul patrimonio immobiliare. Completa il panorama sugli investimenti quello nell'area delle tecnologie informatiche che nell'anno 2016 dovrà supportare, principalmente, il trasferimento dei day hospital in attività ambulatoriale, la prescrizione dematerializzata e l'informatizzazione della prescrizione alla dimissione.

### 7.1 Investimenti nell'area ICT

L'anno 2017 è caratterizzato dal forte impegno sulla convergenza tra i sistemi informativi in utilizzo al Policlinico e quelli in uso al Ospedale Civile S. Agostino Estense (OCSAE).

Le basi di questa integrazione sono state gettate nel corso del 2016 con la Fase 1 del progetto di integrazione e proseguiranno con la fase 2, da perfezionare in base agli esiti della fase 1 e alla luce degli accordi tra le due aziende.

Da gennaio 2017 l'OCSAE è impegnato nell'adozione del SW NFS Dedalus in uso al Policlinico per la gestione delle richieste di beni da parte delle unità operative e questo sarà il primo terreno di integrazione tra i due stabilimenti.

Nel corso del 2017 dovrà definitivamente essere scelto l'applicativo unico per la gestione delle accettazioni, dimissioni e trasferimenti dei pazienti (ADT) sia in termini di SW che, in caso di convergenza sul medesimo applicativo, in termini di istanze. Ciò equivale a decidere se mantenere un applicativo unico con minori spese ma necessità di condividere ogni singola modifica, oppure se adottare due istanze diverse, che con costi maggiori che però permettono di conformare l'applicativo alle specifiche esigenze di ASL e AOU, non sempre coincidenti come normale conseguenza dei diversi regimi di finanziamento.

L'inizio dell'anno 2017 è caratterizzato da due innovazioni che coinvolgeranno fortemente le unità operative, quali l'adozione della nuova SDO 2017 ed il passaggio a Day Service Ambulatoriale (DSA) di attività precedentemente svolte in regime di DH, quali le terapie oncologiche ed alcuni percorsi.

Dovranno poi andare a regime, sempre nel corso del 2017, nuovi flussi regionali, quali il DB Oncologico, e altri dovranno essere modificati ed aggiornati, intervenendo su alcuni applicativi, per adeguarli alle richieste regionali, quali SIGLA (gestione liste di attesa), SICHER (gestione infezioni chirurgiche), SOS.net (gestione sala operatoria).

La qualità del dato registrato nelle attività ambulatoriali, dalla prescrizione alla prenotazione ed infine all'erogazione, sarà uno dei maggiori obiettivi per il 2017. Infatti uno dei più forti obiettivi regionali per il 2017 è che tutta l'attività ambulatoriale prodotta dalle aziende sanitarie sia inviata al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Dal momento che i dati al FSE vi arrivano tramite il circuito SOLE, sarà necessario tendere a zero gli scarti per mancanza di completezza informativa dei dati inviati. La stretta adozione delle indicazioni regionali, a partire dall'utilizzo unico della DEMA (prescrizione dematerializzata) e le modifiche agli applicativi aziendali per adeguarli all'obiettivo costituiranno uno degli impegni più rilevanti nel corso del 2017

Nel mese di dicembre 2016 sono state pubblicate le linee guida regionali per la costituzione della Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera (CCEO), che permetterà nel corso del 2017 di scrivere il capitolato per l'acquisizione, a partire dal 2018, della nuova CCI aziendale.

Con l'aggiornamento del RIS (Radiology Information System) avvenuto a dicembre 2016, ha preso avvio, oltre alla consegna a SOLE dei referti degli esami radiologici, anche la possibilità di scaricare, tramite FSE, le immagini diagnostiche correlate, risultato raggiunto a conclusione della sperimentazione che ha visto coinvolte in Emilia Romagna per prime le provincie di Modena e di Reggio Emilia, con successiva estensione nel 2017 alle altre aziende sanitarie.

In ambito privacy, in ottemperanza alle norme emanate dal Garante, i Clinical Data Repository delle tre aziende sanitarie che li condividevano (AUSL di Modena, AOU di Modena, Ospedale di Sassuolo S.p.A.) sono stati logicamente separati. Dal 1 gennaio 2017 se i medici del Policlinico potranno vedere i precedenti acquisiti all'OCSAE, e viceversa, il personale dell'OCSAE non potrà più avere accesso ai precedenti acquisiti negli altri ospedali della AUSL di Modena, purtroppo allineandosi in questo al quanto accadeva ai medici del Policlinico. Ottemperare alle norme della privacy richiederà uno sforzo significativo agli operatori sia del Policlinico che del OCSAE, in quanto il nuovo assetto aziendale richiede che venga aggiornato il consenso al trattamento dei dati, anche se già acquisito precedentemente con la vecchia organizzazione.

A supporto del piano di sviluppo sopra elencato è previsto un piano di investimenti per il 2017 (in parte previsto in approvazione a gennaio 2017 e in parte da finanziare col bilancio aziendale) che porterà al rinnovo della dotazione tecnologica della sala server ed al potenziamento della rete Wi-Fi aziendale che si estenderà a tutta l'area di ricovero e ambulatoriale entro il 2017. Prosegue inoltre il piano di rinnovo dei Personal Computer per sostituire quelli che non sono in grado di utilizzare i nuovi sistemi operativi.

## 7.2 Grandi investimenti finalizzati al processo di miglioramento degli edifici per la resistenza ad eventi sismici

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

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

Tale scenario è volto ad un rinnovamento di carattere edilizio e tecnologico delle strutture ospedaliere, che hanno visto la luce tra gli anni '50 e '60 del secolo scorso.

Di seguito si riporta l'elenco degli interventi già programmati e finanziati dal Programma Opere Pubbliche Piano Annuale 2013-2014 e vengono indicate le attività previste per l'anno 2016:

Riferimento intervento	Denominazione appalto
Intervento nr 449 Corpo G	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di aggiudicazione
Intervento nr 450 Corpo E	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di aggiudicazione
Intervento nr 451 Corpo C	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di aggiudicazione
Intervento nr 453 Corpo H-D1	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di aggiudicazione
Intervento nr 455 Corpo D	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di aggiudicazione
Intervento nr 454 Materno Infantile	Nuovo Materno Infantile di prossima progettazione

A quanto sopra si aggiunge:

- Entrerà in servizio un reparto di degenza completamente ristrutturato dopo intervento di miglioramento sismico, al piano secondo corpo C destinato al Dipartimento di chirurgia e dei Trapianti, finanziato da un Benefattore.
- Sono inoltre stati richiesti finanziamenti nell'ambito del Programma straordinario di investimenti in sanità, ex art. 20 L. 67/88 IV Fase, 2° stralcio –ADDENDUM per :
- intervento « Nuova struttura integrata interaziendale di Senologia clinica e screening mammografico
- manutenzione straordinaria di impianti elevatori, comprendente il rinforzo degli staffaggi delle guide contrappeso
- Sono previsti altri interventi manutentivi, di adeguamento normativo, di decoro ed arredo urbano, volti al miglioramento della accoglienza agli utenti, di minore rilevanza economica ma di elevato impatto ed utilità
- Completamento dei lavori per la realizzazione e la messa in esercizio di un impianto di trigenerazione per il Policlinico
- Ottimizzazione della centrale frigo

## 8.0 Formazione e ricerca

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

Il programma di mandato della X legislatura evidenzia la centralità della formazione ed il suo forte legame con la ricerca. Per chiarezza si riportano a seguire gli stralci più significativi:

### 6.2.7 La qualità del capitale umano

**Il miglioramento continuo nella qualità del capitale umano**, rappresentato dagli operatori del Servizio Sanitario Regionale deve costituire la sfida cruciale di lungo periodo, al di là dei vincoli posti dalla ricerca delle necessarie compatibilità economico finanziarie del sistema.

Lo sviluppo del capitale umano richiede una rinnovata collaborazione con gli Atenei della regione per una più intensa e diffusa integrazione tra le funzioni assistenziali e quelle di ricerca e di alta formazione, anche oltre il riferimento costituito delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

In particolare, per sostenere il cambiamento organizzativo in corso, si dovrà definire un nuovo Protocollo d'Intesa in grado di accogliere gli elementi di innovazione derivanti dai nuovi assetti per l'organizzazione della formazione e della ricerca d'interesse per il Servizio Sanitario Regionale.

### Valorizzazione delle professionalità

- Avvio, in collaborazione con l'Università, di una azione formativa per la valorizzazione delle professionalità del Servizio sanitario regionale e lo sviluppo di una nuova classe dirigente.

Anche il documento recante gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ripercorre le stesse indicazioni declinandole nel contesto locale. Nello specifico si ritrovano:

- *“Implementazione dell'attività di ricerca” incoraggiando e valorizzando la partecipazione degli operatori ad attività di ricerca integrate con l'attività clinica e rendendo l'Azienda un contesto il più possibile favorevole alla conduzione di sperimentazioni cliniche di buona qualità (punto 1.6 “Attività di ricerca”)*
- *L'integrazione della ricerca e della formazione come parte della sua missione istituzionale tramite (delibera della giunta regionale del 23/02/2015) nuovi modelli organizzativi che abbiano l'obiettivo di valorizzare il contributo delle competenze professionali, rafforzando gli investimenti relativi a tale ambito (punto 6.1.4 “Investire sul capitale umano”) sia in riferimento ai professionisti sanitari che ai cittadini che offeriscono alla nostra Istituzione*

Anche per questo documento di programmazione si ritiene utile riportare gli stralci più significativi:

## 2.7 Valorizzazione del capitale umano

L'Azienda dovrà:

- integrare la ricerca e la formazione come parte della sua missione istituzionale;
- avviare azioni tese al miglioramento complessivo dell'offerta formativa ECM, anche a livello di area vasta, con riguardo a tutti i professionisti sanitari interessati;
- progettare percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- migliorare i sistemi di valutazione delle competenze e orientare i sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione.

In tal senso l'Azienda ha deciso di dare corso al processo di unificazione tra il Servizio Formazione e Aggiornamento e la Struttura Ricerca e Innovazione dell'AOU di Modena, istituendo il Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione con delibera aziendale n. 167 del 30/12/2016.

Pur trattandosi di indicazioni di carattere generale, si ritiene che questi principi di fondo possano utilmente indirizzare il piano delle azioni aziendali ed il processo di budget per l'esercizio 2017.

In aggiunta agli aspetti strategici richiamati ed osservando più da vicino il contesto aziendale, si indicano per punti alcune raccomandazioni utili a definire il quadro degli obiettivi 2017 per ciò che riguarda formazione e ricerca:

- ***Favorire la formazione***

Le recenti disposizioni in materia di orario di lavoro evidenziano una potenziale difficoltà a favorire la partecipazione degli operatori, occorre quindi monitorare la potenziale criticità individuando le contromisure idonee. Sotto il profilo dell'offerta formativa si proporranno modalità di erogazione favorevoli la partecipazione (Formazione sul Campo, Formazione a distanza, etc.), anche in riferimento alla nuova normativa in tema di Educazione Continua in Medicina (ECM) e, in particolare, a seguito dell'approvazione da parte della Commissione nazionale per la formazione continua del testo sui "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" in vigore dal 01/01/2017.

- ***Incoraggiare e valorizzare la partecipazione degli operatori ad attività di ricerca integrate con l'attività clinica***

La ricerca costituisce una condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, in quanto permette da un lato di porre il servizio sanitario in grado di accogliere, in modo tempestivo, efficace e compatibile con il proprio contesto clinico-organizzativo, le innovazioni che la ricerca propone e, dall'altro, di orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari. Sarà dunque fondamentale favorire la partecipazione dei professionisti alle attività di ricerca promosse all'interno dell'AOU.

- ***Orientarsi a percorsi formativi di equipe ed alla analisi delle competenze necessarie in relazione alla performance complessiva richiesta alla singola equipe***

Ad integrazione di questo punto si ritiene utile ribadire quanto stabilito dall'atto aziendale recentemente aggiornato.



*Il Direttore (di SC o Dipartimento), pianifica e promuove la conoscenza e lo sviluppo di competenze tecnico professionali, relazionali e manageriali dei propri collaboratori identificando le abilità essenziali non solo per la crescita professionale, ma indispensabili ai fini della qualità dei servizi erogati; sostiene la progettazione e l'esecuzione delle iniziative formative necessarie. Il Direttore di struttura complessa o di dipartimento provvede alla definizione del Dossier Formativo di equipe, definendo il profilo di competenze dell'intero gruppo di lavoro e ne cura la periodica rimodulazione.*

- ***Favorire l'integrazione fra i professionisti dei due istituti ospedalieri (Policlinico e Civile)***

L'avvio del nuovo modello di gestione unica OCSAE – Policlinico in capo alla AOU comporta la ridefinizione dell'assetto organizzativo fra le due strutture erogatrici dell'AOU (Policlinico e OCSAE) che tenga parimenti conto della coerenza con il più generale riordino dell'intera rete ospedaliera provinciale, nel rispetto degli indirizzi che verranno emanati dall' Organismo di Indirizzo e Verifica, in coerenza al progetto approvato dalla Regione Emilia Romagna. Si rende dunque necessario favorire l'integrazione fra i professionisti dei due istituti ospedalieri attraverso la condivisione dei regolamenti, procedure e modalità operative.

- ***Gestire il cambiamento***

Ovvero comprendere ed anticipare i bisogni di formazione ed aggiornamento indotti dalle rilevanti ristrutturazioni della rete ospedaliera, dalla ridefinizione del perimetro di gestione diretta dell'AOU, dalla rapidissima evoluzione dell'organizzazione che deriva dalla costituzione di servizi e dipartimenti interaziendali operanti in ambito provinciale. Si fa qui riferimento in modo particolare allo sviluppo di capacità e competenze di tipo manageriale e relazionale.

- ***Aggiornare la rete dei referenti***

Sotto il profilo squisitamente pratico si richiede disponibilità ad aggiornare confermare o implementare la rete dei referenti di formazione operanti a livello di dipartimento o di SC. L'esigenza nasce anche dai recenti cambiamenti organizzativi legati alla sperimentazione per la gestione unica tra l'AUSL di Modena "Nuovo Ospedale civile S. Agostino Estense" di Baggiovara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 29/2004.

- ***Rendere l'Azienda un contesto il più possibile favorevole alla conduzioni di sperimentazioni cliniche di buona qualità.***

Questo affinché si operi secondo le linee guida della Buona Pratica Clinica e si producano risultati di qualità elevata, acquisendo uniformità nella conduzione degli studi clinici.

- ***Rendicontare e monitorare con periodicità annuale le attività di ricerca (andamento progetti, pubblicazioni scientifiche prodotte, etc.)***

Per la verifica degli aspetti fondamentali relativi alla qualità dei progetti di ricerca e delle sperimentazioni condotte all'interno dell'Azienda, aggiornando periodicamente il sistema regionale delle sperimentazioni cliniche.