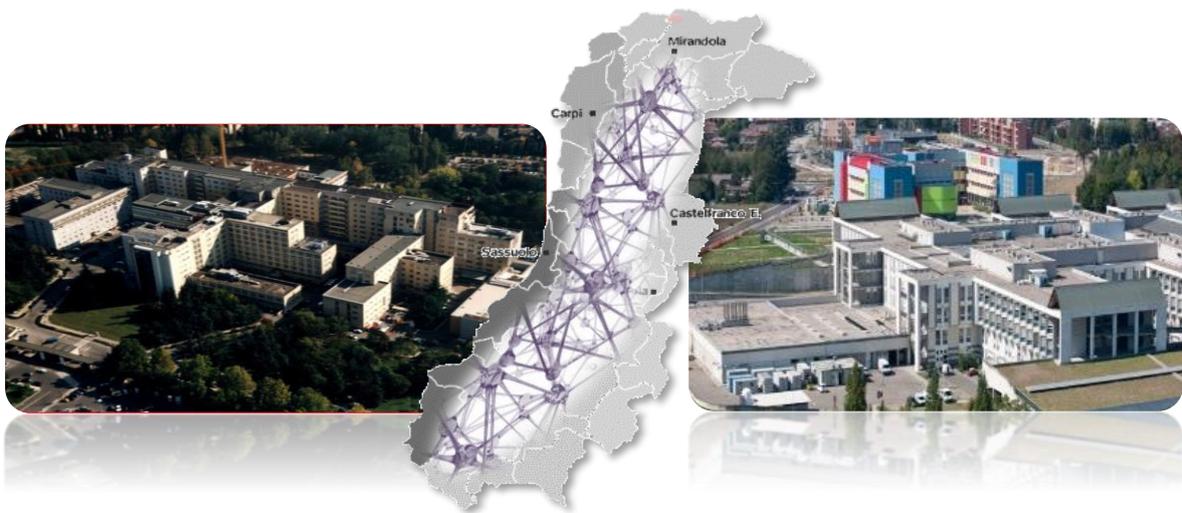


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

PIANO della PERFORMANCE “PdP” 2018-2020

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena



Settembre 2018

www.aou.mo.it

Sommario

1. Executive summary	4
2. Presentazione e contenuti	5
2.1. Premessa	5
2.2. Terminologia del piano	6
3. Identità dell’Azienda	8
3.1. Chi siamo e cosa facciamo	11
3.1.1. <i>Gli impegni principali</i>	11
3.1.2. <i>Albero della performance</i>	12
3.2. Contesto istituzionale e normativo	13
3.2.1. <i>La struttura dell’offerta</i>	14
3.3. Il Personale	15
3.4. I dati economici	17
4. Impegni strategici e dimensioni della performance	26
4.1. Dimensione di performance dell’utente	27
4.1.1. <i>Area di performance dell’accesso</i>	27
4.1.2. <i>Area di performance dell’integrazione</i>	28
4.2. Dimensione di performance dei processi interni.....	30
4.2.1. <i>Area di performance della produzione</i>	30
4.2.2. <i>Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</i>	31
4.2.3. <i>Area di performance dell’organizzazione</i>	31
4.2.4. <i>Area di performance dell’anticorruzione e della trasparenza</i>	33
4.3. Dimensione di performance dell’innovazione e dello sviluppo	35
4.3.1. <i>Area di performance della ricerca e della didattica</i>	35
4.3.2. <i>Area di performance dello sviluppo organizzativo</i>	42
4.4. Dimensione di performance della sostenibilità	47
4.4.1. <i>Area di performance economico-finanziaria</i>	47
4.4.2. <i>Area di performance degli investimenti</i>	51
5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	57
5.1. Il percorso di BUDGET.....	58
5.1.1. <i>La scheda di budget</i>	58
5.1.2. <i>WebBudget: Il ciclo della performance</i>	61
5.2. Contesto di monitoraggio aziendale e regionale	68

5.3. Obiettivi assegnati al personale	69
6. Misurazione e valutazione della performance	70
6.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.....	70
6.2. Definizione del Piano Operativo Aziendale e Budget (annuale).....	74
6.3. Verifica periodica dei risultati	78
7. Indicatori di Risultato.....	80
Credits.....	95

NOTA METODOLOGICA

Il documento è stato redatto in linea con quanto previsto dall'indice definito nella delibera 3/2016 dell'OIV Regionale, al paragrafo 4.1 ed aggiornato ai sensi della nota OIV SSR del 14/5/2018. La stesura è stata coordinata dal Controllo di Gestione, in collaborazione con i servizi aziendali referenti su ciascuna area di attività ed integrato con i documenti allegati (Piano degli Investimenti).



1. Executive summary

Gli obiettivi strategici in capo all’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, formulati sulla base del Programma di Mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna, approvato il 26 gennaio 2015, si distinguono in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi.

1.1. Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale

- 1.1.1. Riordino dell’assistenza ospedaliera
- 1.1.2. Facilitazione all’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
- 1.1.3. Integrazione ospedale-territorio e continuità dell’assistenza
- 1.1.4. Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico
- 1.1.5. Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
- 1.1.6. Attività di ricerca
- 1.1.7. Attività di prevenzione e promozione della salute

1.2. Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi

- 1.2.1. Rispetto dell’equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa
- 1.2.2. Sviluppo dei processi di integrazione dell’amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende
- 1.2.3. Sviluppo dell’infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell’accessibilità ai servizi
- 1.2.4. Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti
- 1.2.5. Governo delle risorse umane
- 1.2.6. Adempimenti nei flussi informativi
- 1.2.7. Valorizzazione del capitale umano

Si rimanda alla DGR 164/2015 per i dettagli relativi a ciascun obiettivo strategico sopraelencato.

2. Presentazione e contenuti

2.1. PREMESSA

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

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

Il Piano della Performance (PdP) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna costituisce un importante strumento di programmazione (DGR 81/2018), ha una prospettiva triennale «fissa» (senza scorrimento) e viene aggiornato a fronte di significative modifiche organizzative interne alle aziende. Il PdP è strutturato secondo una serie di dimensioni/aree fisse e di indicatori minimi presenti in InsidER, al fine di garantire coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni ed omogeneità di applicazione a livello regionale, migliorando l’accountability e la trasparenza dell’intero SSN.

In linea con le indicazioni contenute nelle delibere OIV SSR 1/2014 e 3/2016 ed in considerazione dell’evoluzione contenuta nelle linee di programmazione regionali degli ultimi anni, nonché dei rilevanti riassetti aziendali intervenuti, è stata anticipata al 2018 la nuova edizione del Piano della Performance (nota OIV SSR 14/5/2018).

Il nuovo PdP, aggiornamento della precedente stesura 2016-2018, abbraccerà quindi il triennio 2018-2020, ponendosi in una situazione di allineamento fra la scadenza del documento e la naturale scadenza dell’incarico della maggior parte delle attuali Direzioni aziendali.

L’attuale contesto organizzativo provinciale di riferimento colloca l’Azienda Ospedaliero-Universitaria in una situazione di particolare complessità, legata alla sperimentazione gestionale in essere con l’azienda territoriale per la gestione dell’Ospedale Civile di Baggiovara.

Nello specifico, a far data dall’ottobre 2016, è stato istituito uno specifico Organismo di Indirizzo e Verifica (Oiv) per la sperimentazione gestionale, ai sensi della DGR 1004/2016. Tale Organismo ha provveduto alla stesura del Progetto esecutivo della sperimentazione gestionale, documento di riferimento per l’inquadramento organizzativo-gestionale della sperimentazione in corso di realizzazione. Le indicazioni sono state recepite nel presente PdP 2018-2020, così come evidenziato nella nota prot. 18475/18 del 23/7/2018 (approvata con nota OIV SSR prot. 510778 del 24/7/2018), che ha determinato una dilazione al 30/9/2018 per l’adozione del Piano (a fronte di una scadenza inizialmente prevista per il 31/7/2018).

Il PdP della AOU di Modena, infine, coerentemente con il disposto del Decreto Legislativo n. 150/2009, della Legge n. 190/2012 in tema di anticorruzione e del Decreto Legislativo n. 33/2013 in materia di trasparenza,

tiene conto delle indicazioni operative fornite dall’Autorità Nazionale Anticorruzione che sottolineano la necessità di integrare il ciclo di gestione della performance con gli strumenti, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l’attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità. In tale ottica di integrazione e coerenza, il presente Piano della Performance contiene anche gli obiettivi e le attività riguardanti la prevenzione della corruzione, la trasparenza, l’integrità e l’etica.

2.2. TERMINOLOGIA DEL PIANO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Identità dell’Azienda

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

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

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

Il Dipartimento ad attività integrata garantisce:

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

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



- N. 4 Dipartimenti Integrati Interstabilimento
- N. 3 Dipartimenti Integrati Interstabilimento
- N. 3 Dipartimenti Integrati Interaziendali
- N. 2 Dipartimenti Interaziendali

La riorganizzazione per aree

La revisione organizzativa in corso, che vede coinvolta l'Area Medica, è un processo che si è basato sull'obiettivo primario di **dare risposte orientate ai bisogni dei pazienti** che accedono alla struttura ospedaliera. Come descritto nel documento di linee di indirizzo per la caratterizzazione dei due stabilimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, si sono andate ad individuare tre principali tipologie dei pazienti (*pazienti monopatologici specialistici; pazienti polipatologici con patologia a prevalente pertinenza di singola specialità; pazienti polipatologici con problemi correlati al tema della cronicità*), pur con la consapevolezza che tale sistematizzazione prevede aree di sovrapposizione, dovute all'ampia varietà dei possibili quadri clinici.

Ogni singola tipologia di pazienti ha necessità di un approccio **clinico** e di modalità assistenziali ma soprattutto **organizzative** che differiscono fra loro, e potrebbero acquisire maggior efficacia se nei reparti di degenza non venissero gestite come "uniche" dal personale sanitario, migliorando l'attenzione alle sinergie di sistema.

Partendo quindi da un'analisi delle caratteristiche dei pazienti che accedono alla struttura ospedaliera, nell'intento di individuare delle comuni esigenze prevalenti nei gruppi di pazienti, si è delineata una risposta individuando diverse **Aree** strutturate in modo tale da rendere più facilmente disponibili gli strumenti, le risorse, i percorsi organizzativi che possono essere più utili per la miglior gestione del paziente in base alla sua connotazione principale. Per fornire una risposta modulata in base alle esigenze e alle dimensioni prevalenti delle problematiche dei pazienti si sono individuate quattro Aree Mediche (più una quinta Area costituita dal Pronto Soccorso, quindi dall'accesso che per la parte preponderante dei pazienti trattati dalle Medicine si fa carico di indirizzare e gestire il patient flow interno):

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

AREA 2 – Area Medicina Interna e Area Critica

AREA 3 – Area Medicina Interna Generale

AREA 4 – Area Medicine Specialistiche

AREA 5 – Area Medicine Post-Acuzie e riabilitativa

Le Aree sono state impostate in base non principalmente alle caratteristiche cliniche dei pazienti, come in precedenti modelli quali l'intensità di cura che si va a superare, ma prevalentemente ad **un'omogeneità di carattere organizzativo e funzionale**. La presentazione inevitabilmente eterogenea dal punto di vista clinico viene quindi ricondotta ad una visione in cui si accomunano diverse anime cliniche in base alle necessità organizzativo/assistenziali. L'Area viene intesa quindi come un collettore spaziale ove concentrare specifici sforzi organizzativi e profili culturali/formativi. Occorre essere certi di indirizzare in modo corretto i pazienti, di assicurare un'efficienza costante delle strategie e meccanismi organizzativi messi in atto, di formare in modo puntuale e finalizzato il personale che andrà ad agire sulle diverse aree. Le Aree infatti non significano solo contiguità spaziale e logistica ma **ambito in cui sviluppare culture** di approcci clinici, organizzativi e assistenziali.

In tale visione l’Area diventa uno spazio che ricomprende pazienti con bisogni clinico-organizzativi simili, e che presenti in modo sistematizzato e strutturato percorsi di risposta che possano essere tempestivamente utilizzati. È prevista l’assegnazione all’Area di figure dedicate specificamente formate al presidio e alla facilitazione degli step che nel corso del ricovero devono susseguirsi in quel settore ed essere avviati precocemente. Nelle Aree dovranno essere rese disponibili risorse e conoscenze che riescano a rendere effettivi gli strumenti che più risultano preziosi per una presa in carico completa quali:

- integrazioni con il territorio ove più necessarie
- accesso rapido a tecnologie strumentali, competenze nell’esecuzione autonoma di diagnostiche, utilizzo di consulenze per un inquadramento diagnostico tempestivo e preciso
- facilitazione dell’utilizzo di setting alternativi al ricovero per la gestione di out-patient con problematiche specifiche e definite

Le Aree divengono quindi **insiemi di posti letto** sulle quali vanno ad agire in modo integrato diverse Unità Operative, in cui la gestione centralizzata che si può avvalere di un Bed Manager può aumentare la flessibilità secondo le necessità. Le equipe delle Strutture Complesse afferenti alle Aree 3 e 4 potranno operare sulle due aree (piattaforme). La risorsa posto letto potrà essere utilizzata in modo efficace e ancor più efficiente, prevedendo anche margini di flessibilità che permetteranno di rendere più adattabile il sistema alle fluttuazioni di necessità nei diversi periodi dell’anno.

L’inizio del 2018 ha visto l’identificazione e la nomina di quattro Responsabili d’Area, referenti che divengono figure strategiche nel loro ruolo di facilitatori, con il compito di rendere operativi gli strumenti individuati per le aree specifiche. Tali strumenti saranno modulati a seconda dei bisogni prevalenti di Area.

A questi facilitatori, con funzioni a progetto di carattere temporaneo, sono stati assegnati obiettivi specifici nell’ambito dell’attuazione del progetto riorganizzativo. Lo scopo principale è ricoprire un ruolo nella diffusione degli strumenti di Area, nella facilitazione del loro utilizzo e nel monitoraggio circa la loro applicazione all’interno dell’Area.

I referenti di Area cureranno lo stato di avanzamento per l’ottenimento degli obiettivi, in sintonia con i Direttori di Dipartimento e con gli obiettivi a loro assegnati nell’ambito della programmazione aziendale (budget).



1 Responsabile AREA 2 – AREA 3
(2- Medicina Interna e Area Critica)
(3- Medicina interna Generale)



1 Responsabile AREA 2 – AREA 3
(2- Medicina Interna e Area Critica)
(3- Medicina interna Generale)

1 Responsabile AREA 4 (Medicine Specialistiche)

1 Responsabile AREA 5 (Medicina Post acuzie e riabilitativa)

3.1. CHI SIAMO E COSA FACCIAMO

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

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

L’Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico di Modena ha come principale bacino di utenza la provincia di Modena. L’ASL di Modena, principale committente, opera su un territorio coincidente con l’intera provincia, con una popolazione assistita complessiva di 692.058 unità (-0,15% rispetto al 2016), di cui 91.140 in età pediatrica (-0,5% rispetto al 2016) e 600.918 in età adulta (-0,1 rispetto al 2016), distribuita in 47 comuni, suddivisi in 7 distretti.

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

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

3.1.1. GLI IMPEGNI PRINCIPALI

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

- a. Erogare, sulla base delle risorse disponibili, assistenza qualificata ed adeguata a tempi, conoscenze ed esigenze;
- b. Privilegiare ogni iniziativa che migliori la continuità assistenziale verso i servizi e i territori di provenienza del paziente;
- c. Ideare e attuare con l’Azienda USL di Modena percorsi assistenziali per garantire la continuità assistenziale territoriale;
- d. Costituire sede naturale della formazione dei corsi di laurea universitari e delle scuole di specialità per l’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, oltre che per la complessiva rete formativa regionale ed interregionale;

- e. Programmare, organizzare e gestire, in base alle necessità del SSR, attività didattiche per la formazione del personale sanitario;
- f. organizzare l’attività di ricerca sanitaria e di base in campo clinico e della organizzazione e gestione dei servizi assistenziali;
- g. favorire il trasferimento nella didattica e nella pratica clinica delle conoscenze acquisite con la ricerca.

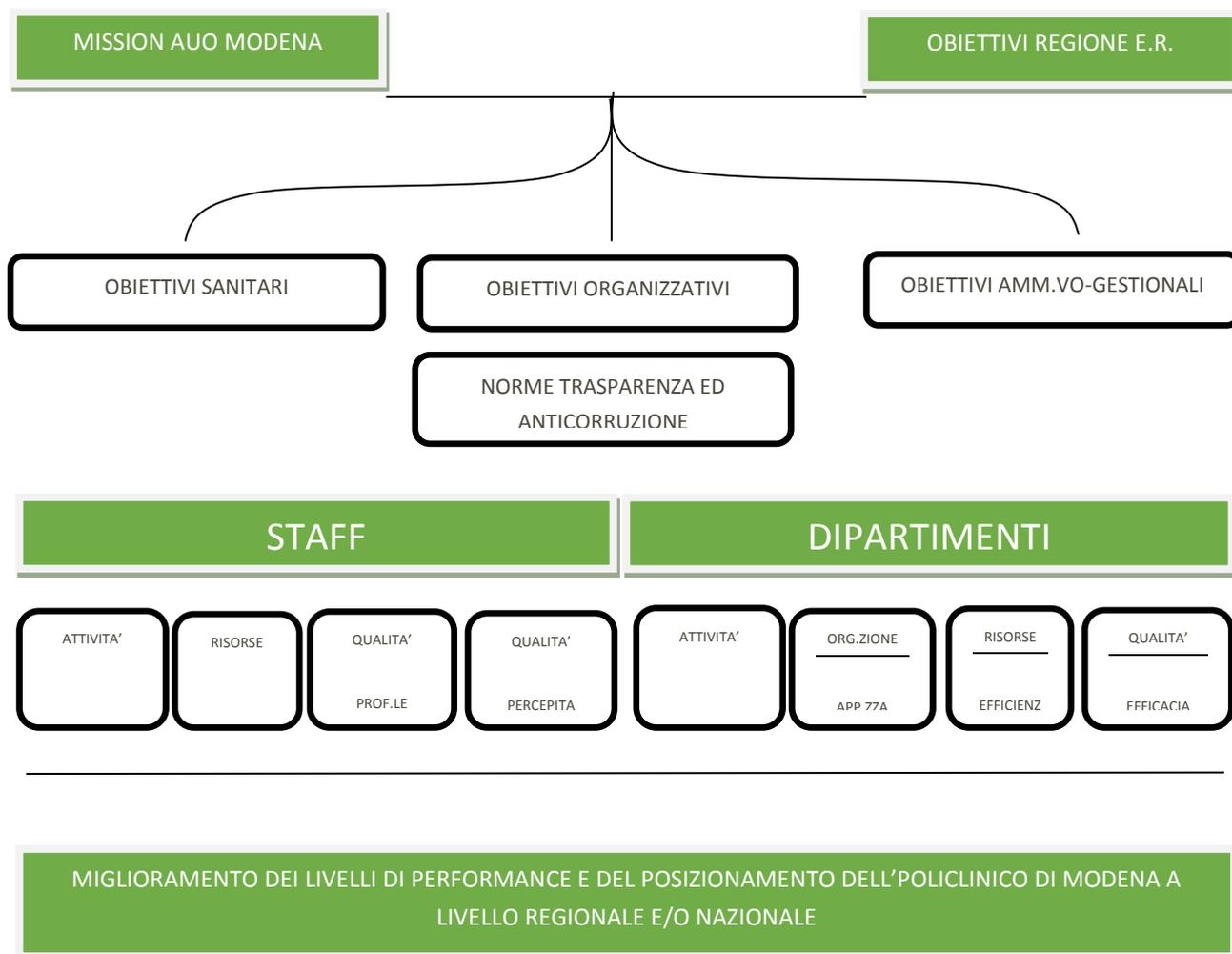
3.1.2. ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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



3.2. CONTESTO ISTITUZIONALE E NORMATIVO

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

Nell'attuale contesto operativo del Policlinico, causa gli eventi sismici avvenuti dal 2012, assume particolare rilievo il fatto che l'Ospedale sia impegnato in attività di consolidamento strutturale e ristrutturazione per una superficie pari a 22.000 MQ, sottratta quindi al quotidiano svolgimento delle attività, seppure in continuo aumento.

Con riferimento all'articolo 1 dell'atto aziendale si riporta che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena (di seguito, per brevità, anche “Azienda” o “Policlinico”) è istituita in base alla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata, ai sensi dell'art. 9, sesto comma, dell'indicata legge regionale, con:

- delibera di Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto la disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;

- delibera di Giunta regionale del 30 gennaio 2006, n. 86;

- protocollo d'intesa di cui alla delibera di Giunta regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto “Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29”;

a seguito della conclusione del periodo transitorio di sperimentazione di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante “Disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena:

- costituisce, per l'Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004;

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

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

Il documento di programmazione “Piano della Performance 2016-2018” è redatto in coerenza con le indicazioni di programmazione nazionali, regionali e territoriali.

3.2.1. LA STRUTTURA DELL’OFFERTA

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

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

Le funzioni tipiche dipartimentali sono riassumibili in:

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

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

3.3. IL PERSONALE

Di seguito si riporta la rappresentazione analitica del personale operante presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena. In particolare le tabelle seguenti forniscono un quadro dell’organico al 31.12.2016 e 31.12.2017 comprendente sia il personale ospedaliero che quello universitario, suddiviso per ruolo. Si rappresenta nella seguente tabella il confronto tra il personale presente al 31.12.2016 e quello presente al 31.12.17, riferito allo stabilimento del Policlinico:

PROFILI	PERSONALE 31/12/2016				PERSONALE 31/12/2017			
	TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDE E ASS.TEMP.	TOTALE 31/12/2016	TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDE E ASS.TEMP.	TOTALE 31/12/2017
DIRIGENZA MEDICA	329	31	4	364	347	42	1	390
DIRIGENZA SANITARIA: FARMACISTI	7	1		8	6	4		10
DIRIGENZA SANITARIA: BIOLOGI	19	0		19	19	0		19
DIRIGENZA SANITARIA: CHIMICI	1			1	1			1
DIRIGENZA SANITARIA: FISICI	5			5	4	2		6
DIRIGENZA SANITARIA: PSICOLOGI	6			6	6			6
DIRIGENZA SANITARIA: DIRIGENTE PROFESS. INF.TECN.SAN.E RIAB.	2			2	2			2
DIRIGENZA PTA: INGEGNERI	6	2	1	9	6	3		9
DIRIGENZA PTA: DIRIGENTE TECNICO	1	1	1	3	1	1	1	3
DIRIGENZA PTA: DIRIGENTE AMM.VO	13			13	13			13
1) Area Dirigenza TOTALE	389	35	6	430	405	52	2	459
PERSONALE INFERMIERISTICO	1096	103	5	1204	1131	68	4	1203
PERSONALE TECNICO SANITARIO	180	21	2	203	182	22	2	206
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	12			12	12			12
PERSONALE DI VIGILANZA ED ISPEZIONE	2			2	2			2
PERSONALE RUOLO TECNICO	317	46	1	364	301	54	1	356
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	214	0		214	204	9		213
2) Area Comparto TOTALE	1821	170	8	1999	1832	153	7	1992
1) AREA DIRIGENZA 2) AREA COMPARTO TOTALE	2210	205	14	2429	2237	205	9	2451

Gli stessi dati vengono di seguito esposti rispetto allo stabilimento di Baggiovara:

PROFILI	PERSONALE 31/12/2016				PERSONALE 31/12/2017			
	TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDO E ASS.TEMP.	TOTALE 31/12/2016	TEMPO INDETERM.	TEMPO DETERMINATO	COMANDO E ASS.TEMP.	TOTALE 31/12/2017
DIRIGENZA MEDICA	235	16	2	253	229	20		249
DIRIGENZA SANITARIA: FARMACISTI				0				0
DIRIGENZA SANITARIA: BIOLOGI				0				0
DIRIGENZA SANITARIA: CHIMICI				0				0
DIRIGENZA SANITARIA: FISICI				0				0
DIRIGENZA SANITARIA: PSICOLOGI	2			2	2			2
DIRIGENZA SANITARIA: DIRIGENTE PROFESS. INF.TECN.SAN.E RIAB.				0				0
DIRIGENZA PTA: INGEGNERI	1			1	1			1
DIRIGENZA PTA: DIRIGENTE TECNICO				0				0
DIRIGENZA PTA: DIRIGENTE AMM.VO	1			1	1			1
1) Area Dirigenza TOTALE	239	16	2	257	233	20	0	253
PERSONALE INFERMIERISTICO	591	29		620	598	18		616
PERSONALE TECNICO SANITARIO	62	11		73	62	12		74
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	60	3		63	57	7		64
PERSONALE DI VIGILANZA ED ISPEZIONE	1			1	1			1
PERSONALE RUOLO TECNICO	161	38		199	153	46		199
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	31	2		33	30	2		32
2) Area Comparto TOTALE	906	83	0	989	901	85	0	986
1) AREA DIRIGENZA 2) AREA COMPARTO TOTALE	1145	99	2	1246	1134	105	0	1239

Pertanto, nel corso dell'anno 2017 si può desumere il seguente saldo tra personale assunto e personale cessato:

Policlinico

ASSUNTI tot 17		CESSATI tot 17	
TI	TD	TI	TD
124	95	96	96

ASSUNTI tot 17		CESSATI tot 17	
TI	TD	TI	TD
49	51	56	36

Baggiovara

3.4. I DATI ECONOMICI

Si riepiloga la rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale del triennio 2015-2017.

CONTO ECONOMICO	2017	2016	2015
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
Contributi in conto esercizio	65.991.298,00	49.112.800,00	52.759.682,00
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-4.563.047,00	-4.008.306,00	-8.488.075,00
Proventi e ricavi di esercizio	324.698.356,00	205.278.042,00	206.135.516,00
Rimborsi	7.212.228,00	5.455.497,00	4.536.543,00
Compartecipazione alla spesa sanitaria	5.365.958,00	3.848.530,00	3.254.998,00
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	11.951.444,00	6.480.478,00	6.342.406,00
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00
Altri ricavi e proventi	1.631.923,00	197.423,00	184.782,00
TOTALE A)	412.288.161,00	266.364.465,00	264.725.852,00
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
Acquisto beni di consumo	102.295.255,00	60.574.022,00	58.822.153,00
Acquisto di servizi sanitari	83.162.692,00	22.421.398,00	22.514.145,00
Acquisto di servizi non sanitari	57.527.198,00	27.073.134,00	30.996.232,00
Manutenzione e riparazione	18.394.684,00	10.801.985,00	11.153.813,00
Godimento beni di terzi	5.139.384,00	2.643.996,00	2.402.082,00
Costo del personale dipendente	112.213.939,00	111.411.395,00	111.171.363,00
Ammortamenti e svalutazioni	18.133.731,00	11.719.158,00	12.101.946,00
Variazione delle rimanenze di beni di consumo	-3.063.271,00	-11.131,00	740.598,00
Accantonamenti	9.138.781,00	10.407.361,00	5.346.240,00
Oneri diversi di gestione	2.080.483,00	1.395.872,00	1.449.729,00
TOTALE COSTI DI PRODUZIONE	405.022.877,00	258.437.189,00	256.698.301,00
Proventi e oneri finanziari	694.215,00	977.131,00	1.172.637,00
Rivalutazioni e svalutazioni	0,00	0,00	0,00
Proventi e oneri straordinari	-1.224.595,00	-789.961,00	-819.970,00
Imposte e tasse	7.777.445,00	7.723.250,00	7.661.796,00
RISULTATO DI ESERCIZIO	18.219,00	16.855,00	13.088,00

Rendicontazione economica a consuntivo

Il piano degli investimenti elaborato per l’anno 2017 si articolava in tre filoni di intervento: da una parte gli investimenti legati alla ricostruzione post - sisma, dall’altra il completamento e la prosecuzione degli interventi in corso a inizio anno e già finanziati. A questi, poi, si aggiungeva una stima di interventi indifferibili ed urgenti da finanziare con una quota – parte di contributi in conto esercizio compatibile con il pareggio di bilancio.

Per quanto riguarda gli interventi post-sisma, in particolare gli interventi finanziati con DGR 268/2015 e DGR 1735/2014, per un totale di 35.561.000,00 euro più altri 15.073.000,00 euro, a fine 2017 lo stato di avanzamento è il seguente:

<i>RIFERIMENTO INTERVENTO</i>	<i>DENOMINAZIONE APPALTO</i>
<i>Intervento nr 449 Corpo G</i>	<i>Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione</i>
<i>Intervento nr 450 Corpo E</i>	<i>Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione</i>
<i>Intervento nr 451 Corpo C</i>	<i>Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione</i>
<i>Intervento 453 Corpo H-D1</i>	<i>Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione</i>
<i>Intervento nr 455 Corpo D</i>	<i>Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione</i>
<i>Intervento nr 454 Materno Infantile</i>	<i>Nuovo Materno Infantile progettazione in corso di ultimazione e nel 2018 è prevista l’indizione della gara d’appalto per i lavori.</i>

Interventi in c/capitale

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

Lavori e Opere

- Intervento 219 AP - CONSOLIDAMENTO STATICO E MIGLIORAMENTO ANTISISMICO - CORPI A, C, F, G, H del POLICLINICO e Intervento 221 AP - RISTRUTTURAZIONE PARZIALE PIANI SEMINTERRATO, RIALZATO, TERZO E QUINTO del POLICLINICO: entrambi gli interventi sono terminati e sono in attesa del collaudo e della chiusura amministrativa, che si completeranno nei primi mesi del 2018. Gli importi riportati nella scheda degli investimenti si riferivano infatti, non a lavori da eseguire, ma agli stati di avanzamento già fatturati ma non ancora rendicontati in Regione.
- Intervento AP19Bis ‘Miglioramento antisismico, ripristino e finitura di supporto degenze monoblocco’: i lavori inizialmente programmati, per motivi di coordinamento e di cambi di priorità della complessa programmazione aziendale, sono slittati sul 2018.
- Intervento L14 ‘CONSOLIDAMENTO STATICO E MIGLIORAMENTO ANTISISMICO’: i lavori previsti sono stati tutti eseguiti e l’intervento si è sostanzialmente concluso.

- Intervento S13 ‘Manutenzione straordinaria’: sono stati eseguiti parte dei lavori previsti, che proseguiranno, concludendosi, nel 2018.

Sono stati inoltre iniziati i lavori di adeguamento sismico dell’edificio “Circolo USL 16” di proprietà dell’Azienda Ospedaliera, finanziati dall’intervento n. 100 del Programma Opere Pubbliche – Piano annuale 2013/2014 – legge Regionale 16/2012 (SISMA), e i lavori sul Corpo E finanziati dall’Ordinanza 52/16.

Tecnologie Biomediche

Gli investimenti nel settore delle tecnologie biomediche hanno visto nel 2017 la prosecuzione di interventi iniziati negli anni precedenti e molti nuovi interventi particolarmente rilevanti.

Nel corso del 2017 è proseguito l’intervento basato sul finanziamento regionale S14. Sono state sostituite apparecchiature obsolete per circa 90.000€ e avviate le ultime gare (lampade scialitiche e impianto trattamento acqua dialisi) per circa 300.000€ che vedranno la conclusione nel 2018.

Tramite una donazione da privati sono state acquisite apparecchiature per otorino (audiometri, laser chirurgico...), per broncoscopia interventiva (ecobroncoscopio) e sono state avviate le procedure per acquistare le attrezzature finalizzate al servizio di telepatologia che vedrà il suo avvio nel 2018.

Sono proseguiti gli acquisti di apparecchiature previsti nell’intervento a finanziamento nazionale e regionale APb12 derivante dall’accordo di programma ex art. 20, 2° fase, IV stralcio, finanziato per 500.000€ per la quota parte di tecnologie biomediche dedicate al rinnovo e all’ammodernamento del parco tecnologico. Sono state collaudate nell’anno circa 300.000€ di apparecchiature (tra le quali ventilatori polmonari, nuovi monitor di refertazione radiologica e apparecchiature per videourologia).

Una quota parte di finanziamenti per l’anno 2017 è derivata da fondi che l’azienda AUSL di Modena aveva ottenuto per l’Ospedale Civile di Baggiovara e che pur rimanendo di competenza AUSL hanno portato all’aggiornamento di tecnologie presso questo stabilimento. In particolare, sono state avviate le procedure per la sostituzione della risonanza magnetica da 1,5 T, del microscopio neurochirurgico, di 3 ecografi, di 4 ventilatori per anestesia e della una centrale di monitoraggio in terapia intensiva. Nel corso dell’anno, sono stati installati il microscopio neurochirurgico e due ecografi.

Estremamente significative sono le donazioni, ottenute dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, destinate ad acquisire tecnologie avanzate ed innovative da utilizzare sia nella pratica clinica che in importanti progetti di ricerca. Grazie ai contributi della Fondazione Cassa di Risparmio di Modena è stato possibile aggiornare un acceleratore lineare in Radioterapia, aggiornare le apparecchiature di radiofarmacia della Medicina Nucleare (da installare nel 2018) e avviare la gara per l’acquisto di una nuova PET-CT sempre per la Medicina Nucleare, che andrà a sostituire la vecchia ormai non più adeguata. Nel 2017 sono stati definiti i criteri di capitolato per un nuovo acceleratore lineare in sostituzione di uno esistente che sarà oggetto di una fornitura della centrale di acquisto regionale.

Infine, la Regione Emilia Romagna ha messo a disposizione un finanziamento di 2,5 milioni di euro per l'aggiornamento del parco tecnologico dei due ospedali aziendali, utilizzati per una trentina di interventi, tra i quali i più significativi sono all'Ospedale Civile di Baggiovara e prevedono la sostituzione della TAC del pronto soccorso, l'aggiornamento della TAC 64 strati (fatto nel 2017), la sostituzione di vecchi ecografi, workstation di refertazione e attrezzature per neurochirurgia. Nel corso del 2017 sono state acquistate e collaudate apparecchiature per 800.000€ e i finanziamenti rimanenti saranno utilizzati nel corso del 2018. Si sottolinea che nell'anno è proseguita, in collaborazione tra ingegneria clinica e servizio ICT, l'attività per implementare diversi progetti di informatizzazione che prevedono al proprio interno software medicali (informatizzazione endoscopia, percorso nascita, dialisi, anatomia patologica, laboratorio, sterilizzazione, radiologia, tele cardiologia, anestesia...) i cui costi sono previsti nei vari programmi di investimento.

Tecnologie Informatiche

Nel corso del 2017 è stato utilizzato il già citato finanziamento APb12, per la quota parte di 500.000€ destinata alle attrezzature informatiche, per l'estensione della rete Wi-Fi aziendale con adesione alla rete EmiliaRomagnaWiFi, per la sostituzione di PC e relativi accessori obsoleti e non aggiornabili, per l'acquisto di una nuova SAN (Storage Area Network) per l'ammodernamento strutturale del Datacenter aziendale, quest'ultima installata nel 2017 ma a collaudo 2018.

La rendicontazione economica complessiva è la seguente:

	PREVENTIVO	CONSUNTIVO
OPERE EDILI ED IMPIANTISTICHE	3.038.394,06	1.135.802,80
SOFTWARE ED HARDWARE	535.878,65	487.058,98
ATTREZZATURE SANITARIE e ARREDI	2.478.499,96	3.306.801,04
TOTALE	6.052.772,67	4.929.662,82
CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE	4.082.801,17	2.957.917,28
MUTUI	342.992,85	0
DONAZIONI e altre forme di finanziamento	1.626.978,65	1.971.745,54
TOTALE	6.052.772,67	4.929.662,82

I minori importi registrati a consuntivo sono concentrati sulle opere edili ed impiantistiche e derivano sia dal rallentamento di alcuni interventi edili-impiantistici per motivi, già citati, di coordinamento e di cambi di priorità della programmazione aziendale, sia dalle modalità di iscrizione degli importi previsti nelle schede di investimento. Coerentemente, comunque, si sono spostate al prossimo anno le fonti di finanziamento.

Interventi in conto esercizio

In merito agli interventi indifferibili ed urgenti da finanziare con una quota – parte di contributi in conto esercizio compatibile con il pareggio di bilancio, a consuntivo lo sviluppo è stato il seguente:

Lavori e Opere

Gli interventi hanno riguardato lavori di asfaltatura e viabilità, manutenzione straordinaria di impianti elettrici e meccanici, manutenzioni edili complementari a lavori impiantistici. A questi si sono aggiunti due interventi significativi di adeguamento dell’elisuperficie del Policlinico al volo notturno e di sistemazione del servizio mortuario di Baggiovara.

Tecnologie Biomediche

Nell’anno, con fondi aziendali, è stata principalmente sostituita la SPECT con una CT-SPECT. Grazie all’avvio di un importante progetto di fundraising con il privato, e alla messa a disposizione di una prima quota di risorse aziendali, sono stati avviati i progetti per la realizzazione di una innovativa sala ibrida multidisciplinare all’ospedale di Baggiovara e per la sostituzione di una obsoleta RMN da 3T con una nuova attrezzatura orientata sia alla clinica che alla ricerca principalmente nell’ambito delle neuroscienze.

Come ogni anno, infine, è stata utilizzata una piccola quota a finanziamento aziendale per le sostituzioni urgenti e indifferibili di piccole medie attrezzature derivanti da danni non riparabili.

Tecnologie Informatiche

Con il bilancio aziendale 2017 sono stati finanziati l’acquisto di licenze SW per i server del Datacenter e per i PC aziendali e l’acquisto di piccole attrezzature, di norma per sostituzioni di analoghe obsolete.

Contributi regionali in conto esercizio sono stati disposti con la DGR 830/2017 per il pagamento della rata 2017 della quota parte aziendale relativa ai SW a valenza regionale GRU (Gestione Risorse Umane) e GAAC (Gestione Area Amministrativa Contabile).

Arredi

Gli acquisti sono stati destinati principalmente al rinnovo, parziale, degli arredi legati alle degenze, e delle attrezzature finalizzate alla sicurezza e alle azioni di mobility management.

Il consuntivo economico è il seguente:

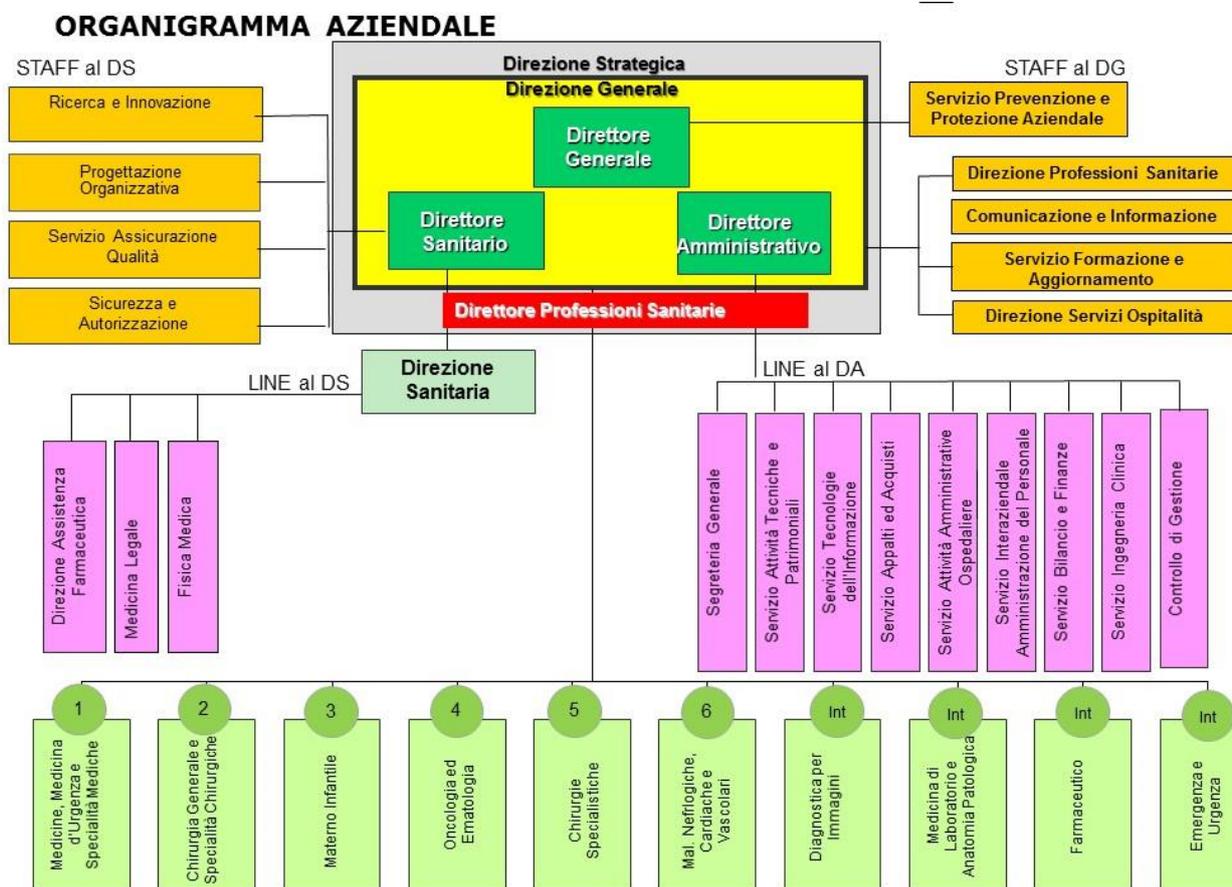
	PREVENTIVO	CONSUNTIVO
OPERE EDILI ED IMPIANTISTICHE	784.000,00	3.322.434,87
SOFTWARE ED HARDWARE	411.878,65	468.661,51
ATTREZZATURE SANITARIE	110.000,00	400.375,32
ARREDI	130.000,00	75.815,02
TOTALE	1.435.878,65	4.267.286,72

Come già evidenziato, l’aumento di questa tipologia di investimenti si è sviluppata in corso d’anno parallelamente al buon andamento del bilancio aziendale ed è stata del tutto compatibile con il pareggio civilistico richiesto. La richiesta iniziale, contenuta nella scheda 3 del Piano Investimenti allegato al Bilancio di previsione, era di 7,4 milioni di euro.

All’interno dell’importo complessivo, hanno trovato copertura 792.094,05 euro di investimenti per lo stabilimento ospedaliero di Baggiovara.

3.5. COME OPERIAMO

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



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

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

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

L'organizzazione interna si articola in:

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

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

Sono organi dell'Azienda:

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

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

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

La Delibera 1004/2016 della Regione Emilia-Romagna, che prevede la gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri Policlinico di Modena e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara ha reso imprescindibile la riorganizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena.

I processi di riorganizzazione in corso anche durante gli anni di valenza del presente piano, correlati alla necessità di rafforzare e di potenziare l'integrazione e la sinergia del funzionamento delle strutture, determinano necessariamente un coinvolgimento in tale dinamica di cambiamento della struttura organizzativa dipartimentale ora in essere. Per tali motivi con decorrenza dal 31 gennaio 2018 si è adottata un provvedimento provvisorio (disposizione gestionale) che sarà parte di un provvedimento complessivo al termine della sperimentazione con conseguente modifica all'Atto Aziendale.

E' stata condivisa una proposta di articolazione dei Dipartimenti, che va ad accogliere gli spunti derivati dal processo di confronto attuato grazie alla metodologia dei Focus Group, nella quale l'afferenza di Unità Operative che insistono sull'Ospedale Civile Estense a Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria o la

modulazione di Dipartimenti di Medicine inter-stabilimento viene attuata ai fini di una semplificazione e miglioramento dei rapporti di interfaccia interni all’Azienda.

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

4. Impegni strategici e dimensioni della performance

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

a. Funzioni di Ospedale di prossimità e di area

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

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

b. Funzioni di Hub per il bacino di utenza provinciale

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

Hanno sede nell’Azienda alcune Unità Operative e funzioni uniche nel contesto provinciale, quali quelle di Neurochirurgia, Chirurgia dei trapianti, Chirurgia Toracica, Chirurgia pediatrica, Oncoematologia pediatrica, Neonatologia con terapia intensiva neonatale, Malattie Infettive, Medicina Nucleare, Radioterapia, Neuroradiologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica e ricostruttiva, Chirurgia Cranio-Maxillo-Facciale, Medicina riabilitativa, Geriatria Anatomia Patologica, Chirurgia e riabilitazione della Mano, Servizio Immuno-trasfusionale. E’ riferimento per le attività di Genetica, Trapianti di midollo, Procreazione medicalmente assistita (centro di 3 livello), coordinamento della Cabina di regia per la gestione delle terapie anticoagulanti orali, attività di interventistica vascolare.

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

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

4.1. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL’UTENTE

4.1.1. AREA DI PERFORMANCE DELL’ACCESSO

Per tutto il personale e per gli organi di Direzione dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, il cittadino con problemi di salute deve essere al centro dell'organizzazione sanitaria, in quanto la tutela della salute è “un fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività ...” (art. 32 della Costituzione Italiana).

In tale contesto l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena mantiene l’obiettivo di assicurare prestazioni di comprovata efficacia, compatibilmente con le risorse tecnologiche, umane e finanziarie disponibili.

Tale obiettivo è perseguito soprattutto attraverso un’attenzione particolare alla centralità del cittadino e attraverso il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza. Per questo motivo è particolarmente importante puntare sulla soddisfazione dell’utenza, ponendo attenzione anche alla qualità percepita dai fruitori dei servizi dell’Azienda, che si concretizza in quegli elementi che più di altri incidono sulle loro aspettative e valutazioni, quali:

- umanizzazione dei servizi e dei rapporti tra operatori e pazienti; a tale riguardo la relazione con il paziente deve essere caratterizzata dal rispetto, dalla cortesia e dalla disponibilità;
- informazione sulla diagnosi e sul decorso della malattia, sulle tecniche diagnostiche e sulle terapie a cui sarà sottoposto il paziente;
- conoscenza degli strumenti di tutela a disposizione dei cittadini quando si verifica un disservizio;
- rapidità con la quale il cittadino può comunicare con la struttura ed espletare le procedure che lo riguardano;
- integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale, attraverso la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative ed il rafforzamento del sistema di cura provinciale.

Tutte le specializzazioni presenti nell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena hanno l’obiettivo di perseguire l’eccellenza: per le attività di ambito regionale e sovra-regionale attraverso l’offerta di prestazioni di alto livello; per le attività di ambito locale, riguardanti le più diffuse patologie cronico-degenerative, l’eccellenza viene perseguita attraverso la ricerca e la messa a punto di innovativi modelli organizzativo-

assistenziali da esportare nelle altre realtà e con l'integrazione con la rete provinciale dei servizi, mantenendo in Azienda l'assistenza ai casi più complessi.

Per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni erogate in regime ambulatoriale, l'AOU di Modena concorre con AUSL al mantenimento degli obiettivi della DGR 1056/2015 e della Circolare, per quel che riguarda la produzione di attività specialistica ambulatoriale, modulando l'offerta di prestazioni secondo le richieste della azienda territoriale.

Si è inoltre provveduto a implementare azioni volte al rispetto delle previsioni della DGR 272/2017 emanata dalla regione Emilia Romagna perseguendo quali obiettivi primari la riduzione e il controllo dei tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati. Si è quindi lavorato sulla standardizzazione percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria, sul governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità, sulla semplificazione dell'accesso per garanzia di percorsi uniformi, sulla programmazione delle sale operatorie sviluppata sulla consistenza/criticità delle liste di attesa nonché sull'impiego ottimale di piattaforme logistiche, anche tramite l'individuazione di piattaforme di posti letto dedicati a degenze compatibili con la modalità organizzativa di Week Surgery/ Day Surgery.

4.1.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE

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

Si rimanda, per dettagli operativi sul progetto, alla DGR 1004/2016, deliberata il 28/6/2016.

E' inoltre in corso di stesura il progetto esecutivo legato a tale sperimentazione, che va a definire un quadro di interventi che sono stati attuati dalle aziende sanitarie della provincia, in coerenza con i principali elementi di garanzia e con gli obiettivi previsti dalla DGR 1004/2016.

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

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.

4.2. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

4.2.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE

Governo del sistema “Azienda Sanitaria”

La Direzione aziendale dovrà garantire:

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

Le politiche delle cure ospedaliere

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

L’Azienda proseguirà nell’impegno per:

- realizzare la programmazione locale, promuovendo l’integrazione, lo sviluppo della rete ospedaliera provinciale ed il miglioramento dei processi di cura;
- governare l’integrazione con l’Università, alla luce delle evoluzioni normative e portando a compimento le azioni di sviluppo del ruolo dell’Azienda nel sistema regionale della formazione e della ricerca, nonché dell’assistenza.

I principali impegni nell’ambito della produzione

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

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

Fermo restando il mantenimento delle attività in essere in tema di gestione del rischio clinico, in ottemperanza alle indicazioni del livello regionale in tema di sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, nel corso del 2018 verrà posta particolare attenzione a:

- tempestiva segnalazione di eventi avversi, near miss, rischi e criticità mediante utilizzo dei più idonei strumenti di segnalazione sviluppati a livello aziendale (Incident Reporting, Eventi sentinella, cadute, ecc.);
- adesione ai progetti di miglioramento della sicurezza in ambito chirurgico (progetto osservare, revisione/definizione di procedure relative alla gestione delle vie aeree e prevenzione del tromboembolismo venoso), in ambito ostetrico (implementazione audit su eventi significativi secondo le definizioni regionali, definizione procedure in tema di prevenzione della morte materna e neonatale) ed in tema di identificazione del paziente;
- implementazione delle linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione delle cadute del paziente ricoverato (recepimento indicazioni della nuova procedura aziendale, partecipazione ai corsi di formazione, adesione ai progetti di miglioramento regionali ed aziendali);
- sicurezza delle tecnologie biomediche: la riduzione e minimizzazione del rischio per operatori e pazienti dell’uso delle tecnologie biomediche si ottiene con:
 - o documento di analisi del rischio tecnologico del parco attrezzature installato;
 - o monitoraggio del piano dei controlli di sicurezza e funzionalità.
- introduzione dei controlli in autovalutazione effettuati dalle Unità Operative relativi alla corretta tenuta della documentazione clinica (cartella clinica)

4.2.3. AREA DI PERFORMANCE DELL’ORGANIZZAZIONE

La sperimentazione relativa all’integrazione dell’Ospedale Civile di Baggiovara nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha determinato una completa revisione dell’organizzazione aziendale, che troverà nel nuovo atto aziendale, al termine della sperimentazione, il suo assetto definitivo.

Il coordinamento e la gestione unica dei due stabilimenti dell’Azienda Ospedaliero Universitaria facilita:

- Il rafforzamento del ruolo Hub, a partire dalle vocazioni dei due stabilimenti pur garantendo l’offerta di prestazioni a media e alta diffusione per il bacino di riferimento
- L’organizzazione di reti cliniche e di team professionali dedicati al trattamento di specifiche patologie, per realizzare un modello dinamico di assistenza - al di là dei confini strutturali - collegata ai gradi di complessità delle patologie/dei pazienti trattati.
- Il più efficiente utilizzo di piattaforme produttive aziendali, con l’obiettivo di realizzare opportune economie di scala, produrre volumi di prestazioni significativi, ridurre i costi unitari di struttura.
- Lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, come modalità per organizzare l’assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente.

Indipendentemente dalla sperimentazione, sono in corso alcune riorganizzazioni dei servizi di supporto di area tecnico-amministrativa.

Dopo l’unificazione dei servizi di amministrazione del personale delle Aziende USLMO e OUMO, sono stati unificati i servizi acquisti, i servizi ingegneria clinica e i servizi tecnici delle due aziende.

Dopo il superamento del Dipartimento tecnico-amministrativo, di valenza aziendale, anche il Dipartimento Interaziendale ICT, che vedeva coinvolti i servizi ICT delle aziende sanitarie della provincia di Modena e Reggio Emilia, ha concluso la sua attività, in quanto il perseguimento di obiettivi comuni ha incontrato ostacoli non superabili, legati alle differenze tra le diverse aziende sia di natura architettonica che di disponibilità economica.

Governo dello sviluppo degli ICT

Le azioni di sviluppo ICT saranno orientate a supportare l’evoluzione organizzativa aziendale, tenendo in forte considerazione le esigenze di integrazione a livello aziendale, vista la nuova articolazione su due presidi ospedalieri dotati di sistemi informatici completamente diversi.

Principali obiettivi da realizzare nel periodo saranno la completa integrazione di tutti i sistemi refertanti verso la rete SOLE ed il FSE, garantendo l’invio della documentazione sanitaria in conformità agli obiettivi qualitativi assegnati annualmente. I sistemi informatici/informativi aziendali dovranno inoltre evolvere, in coerenza i piani strategici triennali regionali ed aziendali e gli analoghi piani operativi annuali, nell’ottica di garantire l’accesso online ai servizi sanitari, al fine di rendere disponibile uniformemente a livello regionale una piattaforma tecnologica di interazione tra SSR e cittadino, sia per interscambi di carattere amministrativo che per consultazione e interscambi di contenuto clinico.

Dopo la pubblicazione di dicembre 2017 della delibera illustrativa delle misure di sicurezza informatica adottate da AOUMO in conformità alle norme AGID, è previsto un aggiornamento annuale di tali misure, anche per tenere conto dell’applicazione del GDPR e nell’ottica di adeguamento in funzione delle analisi di rischio che verranno svolte.

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La DR 291/201 prevede:

- Attivazione degli strumenti disponibili per potenziare l'efficienza del sistema di acquisti focalizzato sulla centralizzazione delle gare, attraverso la centrale di acquisti Intercent-ER e l'Area Vasta, affinché il ricorso alle gare aziendali sia residuale e solo per motivate ragioni, anche attraverso una programmazione congiunta dell'agenzia Intercent-ER e delle Aree Vaste.
- Sviluppare e completare l'informatizzazione dell'intero ciclo degli approvvigionamenti, realizzando economie ed efficienze organizzative e procedurali. A tal fine devono essere portate a sistema le esperienze in corso sul tema della fatturazione elettronica e l'utilizzo della piattaforma di e-procurement regionale anche per tutti gli acquisti al di sotto della soglia di rilievo comunitario

4.2.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

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

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

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

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

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

Il Piano della Performance sottolinea infatti come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all'attività propria della struttura a cui sono preposti, ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.

Nel corso del 2017 sono già state inserite nelle schede di budget, sia per l'area sanitaria che per quella amministrativa, degli indicatori specifici per la Trasparenza e l'Anticorruzione.

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

- livello di completezza e aggiornamento delle informazioni e dei dati riguardanti la trasparenza e l'anticorruzione;
- rispetto delle tempistiche di comunicazione delle informazioni e dei dati suddetti;
- rispetto da parte dei dirigenti responsabili e di tutti i dipendenti delle norme contenute nei documenti di contrasto alla corruzione, ovvero PTPC e Codice di Comportamento Aziendale;
- livello di collaborazione e supporto al RPTC, nella gestione della prevenzione della corruzione e nel fornire le informazioni che il RPTC ritiene necessarie.

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

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

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

4.3. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL’INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

4.3.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

Area Formazione

Per mantenere alti i propri standard qualitativi non si può prescindere da un investimento strutturato nello sviluppo delle risorse umane, in particolare lo sviluppo delle capacità e conoscenze proprie di ciascun operatore. Tra gli obiettivi principali pertanto, particolarmente rilevante sarà quello di promuovere e implementare le capacità /competenze professionali tecnico-scientifiche, manageriali, gestionali e relazionali di tutti gli operatori sanitari e non, coinvolti nell’ampio e complesso processo di cura dell’individuo in un’ottica di costante innovazione.

Per tale ragione l’Azienda, al fine di soddisfare l’esigenza di integrazione dei processi assistenziali con le attività di ricerca e didattica, dovrà investire sulla formazione continua con l’obiettivo di:

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

La mission del Servizio si fonda su due presupposti di base: da un lato, riconoscere la cultura organizzativa che legittima e determina la struttura dell’Azienda, i suoi significati, le sue norme, i valori; dall’altro, sviluppare il capitale umano e sociale nell’organizzazione sanitaria, integrando l’interesse personale dell’individuo con quello collettivo dell’organizzazione.

Da questi due presupposti ne deriva che la formazione rappresenta uno degli strumenti per guidare il cambiamento e che essa deve essere garantita con pari opportunità a tutti i diversi ruoli professionali che operano in Azienda. L’aggiornamento dovrà essere congruente sia rispetto ad obiettivi scelti sulla base della specificità professionale, sia ad obiettivi di interesse generale (piani sanitari nazionali, regionali e aziendali).

La Formazione, nello specifico, dovrà occuparsi dei processi relativi alla Pianificazione Strategica di Formazione, all’Accreditamento ECM, alla gestione degli aspetti organizzativi e normativi dei processi di formazione, con l’impegno di assicurare a tutti i dipendenti percorsi formativi in linea con le loro esigenze professionali.

I compiti primari dell’Area Formazione sono:

1. rilevare il fabbisogno formativo;
2. promuovere la formazione del personale, in collaborazione con il Collegio di Direzione, i Dipartimenti ad Attività Integrata, Tecnico ed Amministrativo, il Comitato Scientifico, attraverso la stesura di un programma aziendale di formazione permanente, nel rispetto delle normative vigenti e dei CCNL;
3. valutare i risultati ottenuti per ogni fase del processo

Dalla qualità dell’analisi del fabbisogno formativo dipende, in buona misura, la corretta estrazione e valutazione dei bisogni necessari a definire progetti di intervento adeguati e coerenti. Una buona analisi delle esigenze formative è, pertanto, una condizione indispensabile per giungere ad una progettazione di formazione che sia in linea con gli obiettivi aziendali e con le esigenze delle diverse articolazioni dell’ospedale. Per perseguire questo obiettivo l’Azienda effettua la raccolta dei bisogni formativi attraverso due modalità principali:

- 1) una rilevazione dei bisogni formativi a valenza triennale con il principale obiettivo di indagare le macro-aree di sviluppo delle competenze del personale,
- 2) una rilevazione dei bisogni formativi a valenza annuale con l’obiettivo principale di declinare le macro-aree evidenziate nella prima ricognizione in progetti specifici.

Entrambe le rilevazioni consentono di individuare le aree di intervento, coerenti con gli obiettivi aziendali e adese ai bisogni espressi dai singoli operatori, nell’ambito delle quali andranno poi declinati i programmi formativi aziendali da pianificare nel triennio.

Di seguito alla condivisione dei risultati di analisi del fabbisogno formativo prende il via la progettazione del Piano Formativo Aziendale che è caratterizzata dalle seguenti fasi:

- ✓ raccolta delle proposte formative di area tecnico/scientifica attraverso la compilazione da parte dei Referenti Scientifici della scheda di progettazione della formazione
- ✓ validazione da parte del Direttore di Dipartimento, del Coordinatore tecnico o sanitario o amministrativo delle diverse iniziative di area tecnico-scientifica proposte
- ✓ costruzione del Piano strategico di formazione di Dipartimento
- ✓ progettazione da parte dei diversi Servizi e articolazioni aziendali
- ✓ costruzione del Piano Formativo Aziendale (a valenza annuale)
- ✓ validazione e autorizzazione dell’intero Piano Formativo annuale da parte del Comitato Scientifico Aziendale, del Collegio di Direzione e della Direzione Sanitaria.

Nel triennio 2018/2020 particolare rilievo dovrà essere dato ai corsi necessari per rispondere ai dettami normativi relativi alla materia riguardante la sicurezza sul lavoro, regolata dal Decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, anche conosciuto come Decreto correttivo del Testo Unico sulla sicurezza, il quale reca le Disposizioni

integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Proseguirà la progettazione ed esecuzione di interventi formativi relativi al Piano di formazione alla ricerca dell'AOU.

Un'attività educativa, per avere un valore formativo, deve essere valutabile. La valutazione si propone, quindi come un elemento fondamentale del processo formativo, in quanto verifica sia il grado di apprendimento che la sua spendibilità all'interno dell'organizzazione. Il ricorso alla valutazione consente di governare l'intero processo formativo rendendo visibili gli effetti e l'impatto della formazione ed orientando l'azione formativa stessa.

A tal fine, il Servizio Formazione ha approntato un sistema di rilevazione specifica che permette di testare l'apprendimento, la soddisfazione del cliente e la ricaduta formativa, attraverso specifici strumenti:

- Valutazione del gradimento: consiste nel misurare la soddisfazione che il programma formativo ha generato nei partecipanti. Si tratta di determinare quanto il corso sia stato soddisfacente in termini didattici, organizzativi e sociali, tenendo conto anche delle percezioni di utilità e difficoltà da parte dei partecipanti. Per effettuare la misurazione si utilizza un questionario, da compilare al termine del corso, composto di domande chiuse ed aperte, volto a raccogliere informazioni sia quantitative sia qualitative. La valutazione del docente è prevista nominalmente per tutte le iniziative residenziali all'interno della scheda di gradimento. È ormai a regime la costituzione dell'albo docenti Aziendale al quale è obbligatorio iscriversi per tutti i professionisti esterni all'azienda. La consultazione dell'albo da parte dei referenti scientifici, unita ai risultati della valutazione del gradimento dovrà rappresentare nel prossimo triennio uno strumento per la selezione dei docenti e l'affidamento dell'incarico agli stessi.
- Valutazione dell'apprendimento: consiste nel determinare quali conoscenze e capacità sono state apprese. Questa valutazione permette di ottenere indicazioni sull'efficacia delle metodologie didattiche utilizzate e viene effettuata tramite la somministrazione di test, prove pratiche o discussioni in plenaria.
- Valutazione dell'impatto: consiste nel valutare se e quanto l'apprendimento maturato a valle degli interventi formativi sia stato spendibile all'interno dell'organizzazione ed abbia determinato cambiamenti nell'ambito della operatività e dei comportamenti professionali di ciascun discente. La valutazione è effettuata su un campione di corsi fra tutti quelli realizzati in Azienda. Al fine di aumentare la validità e la significatività delle rilevazioni, la valutazione si effettua a distanza di alcuni mesi dalla avvenuta formazione.

La valutazione della performance avviene anche attraverso il monitoraggio periodico di un cruscotto di indicatori i cui risultati vengono confrontati con standard di riferimento creati sulla base di conoscenze ed esperienza professionale. La valutazione viene svolta attraverso incontri periodici di Riesame della Direzione.

Gli indicatori per la valutazione delle performance/qualità tecnica ed organizzativa dell’Area Formazione sono riportati nello standard di prodotto e i dati relativi agli indicatori sono visualizzabili su “Piano Web Performance” disponibile in rete a livello aziendale.

Sviluppo delle Professionalità

Area Formazione di Base: Corsi di Laurea in Professioni Sanitarie – Corsi di qualificazione e Riquilificazione sul Lavoro con Istituti di Formazione convenzionati

Area Formazione Medica Specialistica: Scuole di Specialità - Tirocini formativi Medici di Medicina Generale in formazione

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

- Corsi di studio delle professioni sanitarie di cui è sede amministrativa la AOU: infermieristica, Dietistica, laboratorio, radiologia medica, ostetricia e perfusione cardiovascolare;
- Corsi di qualificazione e riquilificazione per Operatore Socio-Sanitario (OSS) gestiti dagli Enti di formazione autorizzati dalla Regione: accertamenti sanitari e stage pratici;
- Scuole di specialità Mediche;
- Medici di Medicina Generale in formazione: tirocini formativi in Ospedale.

La formazione di base si esplica attraverso l’operato di coordinatori e tutor dedicati e adeguatamente formati ai compiti propri del ruolo.

Oltre alle figure di coordinatori e tutor la rete formativa per le attività professionalizzanti si avvale dell’impegno delle guide di tirocinio, che seguono i percorsi didattici che si svolgono sul campo all’interno delle strutture di assistenza; anche per queste figure nel quadro dello sviluppo del capitale intellettuale a disposizione dell’azienda sono progettati ed erogati specifici percorsi formativi.

Anche sotto il profilo della attività di docenza il contributo dell’azienda è rilevante, a titolo esemplificativo si tenga conto che circa 2/3 delle docenze dei corsi di laurea, è garantito da professionisti delle aziende sanitarie.

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

Gli adempimenti sanitari e l’attività formativa sul campo sono concordati e condivisi con gli Enti di Formazione richiedenti la collaborazione dell’Azienda e formalizzati mediante stipula di convenzione.

Un'altra importante dimensione di performance aziendale correlata alla attività didattica è riferibile alle scuole di specialità di diverse facoltà di medicina e chirurgia che includono la nostra azienda all’interno della propria rete formativa. La formazione medica specialistica si realizza in collaborazione con l’Ufficio rapporti con il Servizio Sanitario dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia Facoltà di Chirurgia tramite il

monitoraggio della rete formativa delle Scuole di Specialità e delle attività di tirocinio previste dai piani formativi annuali.

Nell’ambito della formazione medica specialistica rientrano anche i tirocini dei Medici di Medicina Generale in formazione. Questa attività formativa attuata in collaborazione con l’Azienda USL di Modena prevede l’individuazione dei tutor medici individuati dai Direttori delle strutture sanitarie della AOU (Ospedale Policlinico e Ospedale Civile). I tutor medici hanno il compito di seguire nei periodi di tirocinio gli iscritti ai corsi triennali regionali di specializzazione per Medici di Medicina Generale.

Al termine del periodo di tirocinio pratico il tutor avrà cura di sottoscrivere l’attestazione delle ore svolte dal medico in formazione utile all’azienda per rendicontare il complessivo monte ore richiesto dagli obiettivi didattici di tirocinio in ospedale (area chirurgica e area medica) e dagli obiettivi didattici di tirocinio nei servizi integrati ospedale-territorio (Hospice, Pronto Soccorso, Ginecologia e Pediatria).

Nella prospettiva del triennio gli obiettivi strategici riguardano il mantenimento dell’attuale livello di performance sia per la formazione di base sia per la formazione specialistica dell’area medica assicurati anche dall’integrazione con l’Ospedale Civile di Baggiovara che ha ampliato l’offerta formativa provinciale.

Area Ricerca e Innovazione: Ricerca

Il Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione, per l’area Ricerca, opera in coerenza con il mandato istituzionale e in rispondenza alle direttrici etiche e di mission che si è assegnata: Appartenenza, Responsabilità e Trasparenza.

L’approccio gestionale adottato ha assunto come prioritaria la mission istituzionale e la prospettiva “esterna” dell’azione del Servizio - ossia la prospettiva degli stakeholder, in primis i professionisti sanitari, le Autorità Competenti e i pazienti.

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.

Le Direttrici Strategiche secondo cui opera il Servizio Formazione Ricerca e Innovazione sono tre:

1. Appartenenza

L’appartenenza ad un Servizio tanto complessa e importante come lo SFRI è profondamente legata a processi di comunicazione interna ed esterna che “fidelizzano” costantemente i dipendenti, i consulenti e tutti coloro che a vario titolo lavorano o collaborano con lo SFRI.

La comunicazione si sviluppa a partire dalla individuazione precisa dei cosiddetti portatori di interessi (“stakeholders”) per confermare la centralità del paziente nelle valutazioni che l’Area Ricerca compie giornalmente. Solo grazie alla consapevolezza precisa di quanto ogni singolo settore compie e produce in

armonia tecnica con tutti gli altri diventa possibile consolidare un reale senso di appartenenza al Servizio. Infatti, solo grazie ad un solido senso di appartenenza possono essere consolidati nel comportamento quotidiano altri valori come la trasparenza e la responsabilità.

2. Responsabilità

Non dovrebbe essere neppure necessario citare la Responsabilità come una delle direttrici strategiche del Servizio. Sotto la guida del senso di appartenenza e in piena trasparenza, lo SFRI è responsabilmente consapevole di dover rendere conto degli atti, avvenimenti e situazioni in cui ha una parte attiva e un ruolo determinante, così come è responsabile degli impegni, obblighi e compiti che derivano, non solo dalle azioni che compie, ma altrettanto da eventuali omissioni su quanto non fatto.

3. Trasparenza

Come affermato dall’art. 117 della Carta Costituzionale, la trasparenza costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni pubbliche. Lo SFRI, nel perseguire l’obiettivo fondamentale di garantire il diritto ad una buona amministrazione, aperta alle istanze degli stakeholder e realmente al servizio dei malati, ha configurato tale Piano valorizzando e rafforzando il concetto di trasparenza amministrativa adottato dal Legislatore. Per dare sempre più seguito alle sue attività sulla trasparenza e sul dialogo gli stakeholder, Lo SFRI pubblicherà sul sito Aziendale una sezione dedicata alle Sperimentazioni cliniche. Tale sezione porterà alla consultazione pubblica dell’operato dell’Azienda nel settore ricerca e consentirà ad utenti, operatori e associazioni di inviare le proprie osservazioni come disposto dal Decreto Lorenzin (gennaio 2018). Sarà obiettivo dello SFRI

- L’elaborazione e implementazione di una anagrafe dei progetti innovativi aziendali che conterrà database dei progetti innovativi presenti in azienda e repository delle pubblicazioni.

Nello specifico della pianificazione il prossimo triennio vedrà l’implementazione del Regolamento europeo sulla Sperimentazione clinica (Reg. n.536/2014) nato per stimolare la sperimentazione di farmaci in Europa e superare le barriere burocratiche e logistiche della precedente Direttiva. Il Disegno di Legge Lorenzin del 22 dicembre 2017 individua le azioni che nel 2018 il Governo dovrà realizzare per allineare la legislazione nazionale al Regolamento europeo. Lo SFRI avrà un ruolo fondamentale nella gestione di questo cambiamento in Azienda e delle sue ricadute sugli stakeholder.

Le finalità che il Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione persegue nell’ambito della Ricerca sono:

- Promuovere la Ricerca e l’Innovazione clinica tra le attività ordinarie, sistematiche e continuative dell’Azienda;
- Sostenere e promuovere la formazione e la cultura sulla ricerca;
- Assicurare il collegamento con le altre Aziende sanitarie, con la Regione Emilia-Romagna (Assessorato alle Politiche per la salute e Agenzia sanitaria e sociale regionale), con l’Università e con il mondo produttivo;

- Garantire la massima trasparenza nei rapporti con gli sponsor istituzionali, commerciali o di altra natura;
- Gestire gli aspetti giuridico-contabili relativi a progetti di ricerca o sperimentazioni in merito alla predisposizione delle convenzioni economiche e dei relativi atti autorizzativi;
- Implementare, gestire e monitorare il flusso d’informazioni dell’Anagrafe della Ricerca.

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

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

L’idoneità degli enti che conducono sperimentazioni cliniche è elemento fondamentale per garantire la tutela dei diritti, della sicurezza, del benessere dei soggetti in sperimentazione e per garantire qualità e affidabilità dei risultati delle sperimentazioni stesse. La sperimentazione clinica rappresenta di fatto uno straordinario mezzo per valutare l’efficacia di un farmaco, i rischi che comporta e, in definitiva, per decidere se sia opportuno renderlo disponibile per la popolazione. Per tali ragioni, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha promosso all’interno del Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione l’istituzione della Unità **Centrale di Fase I** con compiti di coordinamento, supervisione, monitoraggio, consulenza e garanzia di qualità delle sperimentazioni di competenza. Nei prossimi anni oltre alle 3 Unità Operative cliniche di Gastroenterologia, Ematologia e Oncologia che la Direzione Generale ha autocertificato con parere favorevole di AIFA dopo ispezione, altre 4 strutture saranno definite tali in Azienda.

Lo SFRI, nell’ambito tecnologico, si pone inoltre, per il biennio 2018-2019 i seguenti obiettivi:

- il consolidamento del data center e la migrazione di tutti i servizi verso il cloud;
- la razionalizzazione e la valorizzazione del proprio patrimonio informativo;
- la realizzazione di servizi che semplifichino l’interazione con i cittadini, le case Farmaceutiche e le altre Pubbliche amministrazioni;

- l’adeguamento e la gestione di applicazioni che necessitano di funzionalità offerte dalle Piattaforme Regionali.

L’Area Ricerca ha concentrato già parte delle sue attività da un lato sul consolidamento dei sistemi informativi esistenti al fine di valorizzare il patrimonio informativo presente, dall’altro nel garantire la necessaria manutenzione sia correttiva che evolutiva degli stessi. Di seguito si riportano i principali sistemi informativi oggetto di dette attività: AURIGA, COMNET, MEDOFFICE, SYNCROMED, SIO, NFS, AURORA.

Area Ricerca e innovazione: Innovazione

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

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

A seconda dell’ambito di innovazione il Servizio Ricerca e Innovazione parteciperà con strumenti e metodi diversi per la gestione e il supporto.

A tal proposito lo SFRI collaborerà:

- alla ricerca traslazionale nell’ambito delle Neuroscienze in collaborazione con l’Università di Modena e Reggio Emilia;
- alla nascita di cell-factory in merito all’aspetto neonatale per studi di Fase I
- alla nascita di un’officina AIFA presso la Farmacia Ospedaliera dell’Azienda secondo "Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché i requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali" per studi di Fase I.

4.3.2. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Area Sanitaria

Il contesto della sperimentazione gestionale si è accompagnato a nuovi orientamenti di sviluppo di un’organizzazione che, pur puntando maggiormente sullo sviluppo trasversale della propria macrostruttura, che mira ad integrare i raggruppamenti delle varie discipline lungo le direttrici dei percorsi assistenziali (raggruppamenti per processo), intende mantenere l’integrità di funzioni verticali (Dipartimenti, Strutture Complesse) all’interno di una matrice in cui devono risultare chiaramente esplicitati i diversi ruoli e gli specifici obiettivi.

Riprendendo i principi che fin ad ora hanno guidato il percorso di unificazione dei due ospedali, unificazione sempre inserita nella cornice di una gestione e partecipazione alle attività della rete territoriale, sono in corso revisioni organizzative che hanno previsto anche il coinvolgimento di matrici e modelli organizzativi innovativi.

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

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

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

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

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

- **Le aree:** come approccio al paziente che vede la cura non più organizzata verticalmente sulle specialità cliniche e sulle peculiarità delle singole unità operative, ma che ruota attorno alla persona ed alle sue esigenze assistenziali, a cui rispondere attraverso processi di cura e di assistenza orizzontali, modulari e flessibili e strumenti clinico-organizzativi.
- **I Team:** gruppi di professionisti della stessa disciplina, o anche interdisciplinari, che presentano interessi in particolari ambiti, che al di là dell'appartenenza a equipe e strutture diverse instaurano collaborazioni, interscambi professionali, percorsi comuni di crescita e lavorano insieme spostandosi fra i vari nodi della rete. I team garantiscono la partecipazione delle figure professionali più adeguate ai percorsi assistenziali in ambito aziendale e provinciale, e lavorano su piattaforme aziendali o sovra-aziendali. I team possono essere: mono-disciplinari, multi-disciplinari, multi-professionali, e appartenere alla stessa unità operativa oppure a più unità operative, a più dipartimenti ed anche a più aziende. Obiettivi principali: efficacia, appropriatezza e qualità delle cure.

Lo sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale ed il processo di Accreditamento

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, i Team e le Reti rappresentano, oltre che un aspetto importante nell'esercizio del governo clinico aziendale, anche un punto centrale a cui si riferisce il Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale ed il nuovo modello di Accreditamento Regionale. Il tutto assieme ad altri aspetti legati al tema delle clinical competence, del monitoraggio degli indicatori di performance (a partire dagli indicatori previsti nei profili regionali di riferimento: InsidER, SIVER, PdP, correlati ai profili PNE e Bersaglio), della verifica periodica dei risultati (attraverso il Riesame della Direzione ed audit clinico) e della valutazione del parere dei pazienti.

Nel triennio 2018-2020 l'azienda sarà impegnata nel processo di sviluppo del Sistema Qualità Aziendale e di mantenimento dei requisiti di accreditamento, alla luce di quanto stabilito dalla nuova Delibera Regionale di Rinnovo dell'Accreditamento DGR 1493 pubblicata il 4 Dicembre 2017, con particolare riferimento a:

- Monitoraggio dell'adesione ai requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale (requisiti generali da DGR 1943/2017 e specifici da DGR 327/2004 (e successivi aggiornamenti) attraverso lo svolgimento di verifiche in autovalutazione o sul campo;
- Svolgimento di momenti periodici di verifica dei risultati relativi alla qualità dell'assistenza anche tramite indicatori specifici a partire da quelli previsti nei profili di riferimento regionali (da piattaforma InsidER, SIVER, PdP, ...) e nazionali (PNE, Bersaglio, ...);
- Discussione dei casi clinici significativi attraverso lo svolgimento di SEA_Significant Event Audit;
- Monitoraggio della qualità assistenziale e/o organizzativa dei PDTA attraverso svolgimento di attività di audit clinico;
- Monitoraggio sulle azioni correttive derivanti da attività di audit clinico e SEA_Significant Event Audit o verifica ispettiva, al fine di favorire il loro completamento nei tempi prestabiliti;

- Aggiornamento dello stato di addestramento degli operatori sulla base dei criteri di clinical competence approvati da ciascuna direzione;
- Svolgimento di indagini di customer satisfaction.

Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione

Il sapere nelle sue più svariate forme è uno dei fattori centrali dello sviluppo individuale di ciascuna persona e del successo dell’Azienda. La Formazione e la Ricerca sono fondamentali per l’acquisizione, la diffusione e l’utilizzazione della conoscenza e sono una base importante, a tutti i livelli, anche per le innovazioni e lo sviluppo organizzativo.

Considerata questa interdipendenza, la formazione, la ricerca e l’innovazione sono per l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena un settore di sviluppo prioritario.

Nel triennio 2018-2020 si investirà sulla ricerca di nuovi assetti di governance per la gestione integrata tra l’AOU di Modena e l’Ospedale Civile S. Agostino Estense, anche attraverso la valorizzazione del capitale umano inteso come elemento cruciale per la sostenibilità dell’intero sistema in cambiamento. Nello specifico, progettare l’integrazione significa non solo definire la struttura di partenza e quella di arrivo, ma anche e soprattutto integrare le diverse componenti comprendendo, a parità di importanza e riconoscimento, le variabili hard e soft dell’organizzazione. Diventa quindi di massima importanza la progettazione di percorsi ed esperienze formative ad hoc/specialistiche a supporto delle riconfigurazioni organizzative, al fine di delineare un processo di integrazione che consenta lo sviluppo e l’applicazione delle tre principali attività caratterizzanti gli ospedali di insegnamento: assistenza, didattica e ricerca.

Un altro importante aspetto su cui si lavorerà nel prossimo triennio è rappresentato dall’analisi e dalla comprensione di problemi organizzativi, che rappresentano i presupposti imprescindibili per permettere il raggiungimento di obiettivi di efficacia e di efficienza. È infatti indispensabile supportare i professionisti sanitari nel costruire ambienti di lavoro efficaci ed orientati al benessere organizzativo e, di conseguenza, alla qualità del risultato. Nello specifico, ci si propone di indagare le pratiche lavorative, le interazioni ed il linguaggio dei diversi attori coinvolti nel processo di ospedalizzazione del paziente (la cultura aziendale), al fine di individuare interventi di gruppo ed organizzativi che incidano positivamente sulla qualità prestata.

Il Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione svolgerà una funzione di supporto ai processi innovativi previsti dal Piano Sanitario e voluti dalla Direzione Aziendale, essi saranno riconducibili a diversi ambiti:

- Innovazione dei processi di erogazione dei servizi
- Innovazione terapeutica
- Innovazione tecnologica e digitale
- Semplificazione delle procedure

- Innovazione clinica e/o organizzativa
- Sviluppo delle reti partecipative

Un primo input sarà nel campo dei big data. Se la medicina odierna basa molte delle decisioni su evidenze portate da ricerca e dall'applicazione dei risultati riscontrati, prossimamente sarà possibile tenere in considerazione anche “ciò che non è evidente”. L'**Intelligenza Artificiale**, i **big data** e il **deep learning** consentono infatti di processare molte più informazioni di quanto sia possibile ad un essere umano, facendo dunque emergere dati importanti solitamente “nascosti”: il risultato è ciò che viene definito **medicina predittiva e preventiva**. Lo SFRI cercherà di attuare ciò attraverso collaborazioni esterne realizzando progetti *ad hoc*.

Integrare i processi di ricerca, innovazione e formazione è il modo, più agevole per potenziare il trasferimento di competenze.

4.4. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ

4.4.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA

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

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

La Direzione aziendale è impegnata:

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

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

Il bilancio di previsione 2018 si presenta in continuità con l'esercizio 2017 e prosegue nel percorso di sperimentazione della gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri modenesi, Policlinico e Civile di Baggiovara (OCB), sulla base di quanto previsto nel progetto di sperimentazione gestionale autorizzato con DGR 1004/2016 ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 29/2004.

Il Preventivo è stato redatto secondo le indicazioni e gli schemi di conto economico e rendiconto di liquidità previsti dal Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, modificato con Decreto del Ministero della Salute 20 marzo 2013 e, anche in questo secondo anno di sperimentazione gestionale, è stato predisposto per sommatoria: alla previsione della gestione economica 2018 del Policlinico è stata aggiunta la valorizzazione dei costi, dei ricavi e degli scambi dell'ospedale Civile-Estense, così come definita e concordata a chiusura dell'esercizio 2017. La valorizzazione dello stabilimento di Baggiovara, infatti, in coerenza con quanto stabilito nella DGR 1004/2016, deve rimanere invariata per l'intera durata della sperimentazione gestionale.

Il bilancio di previsione 2018 è stato impostato con le indicazioni contenute nella proposta di deliberazione regionale prot. GPG/2018/561 del 10 aprile 2018 “LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE

AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2018”, che stabilisce, tra l’altro, che le Aziende sanitarie regionali predispongano il solo Bilancio preventivo economico dell’anno 2018, ma integrato dal Piano degli investimenti triennale 2018-2020.

Le risorse complessivamente a disposizione del SSR per l’anno 2018 sono quantificate in misura pari ad € 8.161.282.000, così determinate:

<i>valori in migliaia di euro</i>	programm. 2017	programm. 2018
fabbisogno standard	7.918.125	7.992.000
Obiettivi di piano/vincolata	76.663	91.652
fondo farmaci innovativi	36.000	36.000
fondo farmaci inn.oncologici	36.000	41.630
pay back	20.000	
totale	8.086.788	8.161.282

Per il finanziamento 2018 delle Aziende Sanitarie si è proseguito nel percorso di revisione dei criteri di riparto iniziato nel 2016, sia con riferimento alle Aziende USL, sia con riferimento alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS pubblici, tenendo conto dell’entità dei fondi per il rimborso alle Regioni della spesa di acquisto di farmaci innovativi e oncologici innovativi, delle risorse a sostegno del Piano Vaccinale Nazionale e delle stabilizzazioni del personale.

Per il riparto delle risorse alle Aziende Ospedaliere-universitarie, in particolare, si è ragionato, in analogia alle Aziende USL, a risorse complessive invariate rispetto al 2017 e si è proceduto ad una revisione seppur parziale dei criteri adottati negli anni scorsi. In particolare, si è voluto qualificare ulteriormente il finanziamento a fronte delle principali funzioni svolte, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell’articolo 8-sexies del D. Lgs 502/1992 e s.m. e i., all’interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012 (30%). In tal senso, sulla scorta della metodologia prevista dalla legge di stabilità 2016 a verifica della condizione di sostenibilità delle Aziende Ospedaliere/IRCCS, per il 2018 si è introdotto un finanziamento omnicomprensivo a funzione, nella misura del 14% dell’attività di ricovero ed ambulatoriale prodotta nel corso 2016. Tale assegnazione assorbe il finanziamento del sistema integrato SSR-Università che negli anni precedenti assicurava un sostegno finanziario aggiuntivo, pari al 7% della produzione ospedaliera in favore di cittadini residenti nella Regione, come riconfermato nel Protocollo Regione-Università siglato nel corso del 2016.

Così come per le AUSL, le risorse complessive riconosciute per il 2018 sono comprensive dei fondi a garanzia dell’equilibrio economico-finanziario che traggono origine sia dall’esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell’equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi sistemi di finanziamento.

Sono stati assegnati i finanziamenti riconosciuti per gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2018 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009.

Infine, a fronte del passaggio dal 1° gennaio 2017 dell'Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara dall'AUSL di Modena all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, sulla base di quanto previsto nel progetto di sperimentazione gestionale, si mantiene in capo all'AOUMO un finanziamento pari al 2017 (€ 12.020.890) a valere sul finanziamento a quota capitaria dell'AUSL di Modena. Tale passaggio di contributi fra le due Aziende non ha alcun impatto sul sistema regionale in quanto viene garantita l'equivalenza dei finanziamenti riconosciuti a livello provinciale rispetto al 2016.

Per quanto riguarda i fattori produttivi a maggior assorbimento di risorse, le indicazioni contenute nella deliberazione regionale sono le seguenti:

- **Spesa Farmaceutica**

l'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (esclusa la spesa per i farmaci rientranti nel fondo innovativi non oncologici e nel fondo oncologici regionale) viene previsto in +6,5%, rispetto al 2017, compresa la spesa per vaccini batterici e virali. Per i farmaci innovativi non oncologici e per i farmaci oncologici innovativi e ad alto costo viene costituito a livello regionale un fondo corrispondente alla spesa complessivamente stimata per tutte le aziende. Tale fondo verrà gestito nel 2018 con le medesime modalità adottate nello scorso esercizio: i valori indicati per ciascuna azienda costituiscono il limite aziendale all'utilizzo del fondo regionale a copertura dei costi di tali farmaci. Pertanto, eventuali ulteriori costi sostenuti saranno a carico dei bilanci aziendali.

Essendo oggetto di un finanziamento dedicato, sia i farmaci innovativi non oncologici, sia i farmaci oncologici innovativi e ad alto costo non dovranno essere oggetto di valorizzazione economica negli accordi di fornitura tra aziende sanitarie. Allo stesso modo, non dovranno essere inseriti nei flussi FED verso altre regioni, con l'eccezione dei farmaci oncologici ad alto costo, i quali devono essere posti in mobilità secondo le regole vigenti per la mobilità interregionale.

Resta inteso che, poiché queste tipologie di farmaci costituiscono rilevanti fattori di incremento di spesa nel 2018, saranno attentamente monitorati e la Regione si riserva di allineare le previsioni di spesa delle aziende agli andamenti effettivi che si registreranno in corso d'anno e alle determinazioni che saranno assunte a livello nazionale.

- **Mobilità Infra-Regionale**

a bilancio devono essere iscritti i valori risultanti dalla matrice di mobilità “2017”, fornita alle aziende dalla Regione, salvo accordi consensuali fra le Aziende. Per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di specialistica ambulatoriale, i valori di produzione 2017, salvo accordi consensuali fra le Aziende.

- **Mobilità Extra-Regionale**

per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni in mobilità extra-regionale, le aziende devono esporre la produzione 2016 valorizzata a tariffe regionali vigenti.

- **Personale Dipendente**

Le aziende devono garantire l'applicazione degli accordi siglati nel corso del 2016 e del 2017 tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria, in merito alle “politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario e di stabilizzazione del personale precario per il triennio 2018 - 2020”, nonché la coerenza tra i piani assunzione e le previsioni di bilancio.

La progressione e l'incentivazione delle suddette politiche di stabilizzazione, anche alla luce delle recenti novità legislative, dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata; l'eventuale attivazione di tali contratti dovrà, in ogni caso, essere disposta in coerenza con la normativa vigente.

In relazione agli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente (triennio 2016 – 2018) il DPCM 27 febbraio 2017 aveva fissato nell'1,45% del Monte salari il valore di riferimento 2018 per il rinnovo contrattuale (0,36% per il 2016 e 1,09% per il 2017). L'articolo 1, comma 679 della legge di bilancio 2018 (legge 205/2017) ridetermina gli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente per il 2018 in misura pari al 3,48%. Per le Amministrazioni statali sono state stanziare le relative risorse mentre per le altre Amministrazioni non è prevista alcuna copertura dallo Stato e gli oneri restano pertanto a carico dei rispettivi bilanci. In sede previsionale le Aziende sanitarie dovranno operare accantonamenti in misura pari al 1,09% del costo iscritto nel Consuntivo 2015 sulla base della metodologia indicata nella nota per la formazione del Bilancio d'esercizio 2017 (PG/2017/220206 del 30/03/2017). Si precisa che il differenziale fra la percentuale prevista dall'art. 1, comma 679 della legge di bilancio 2018 (3,48%) e quanto indicato nei bilanci aziendali (1,09%), nella fase previsionale, rimane a carico del bilancio regionale.

- **Fondo risarcimento danni da responsabilità civile**

l'accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile, effettuato a livello regionale sul bilancio della GSA, fa fronte alla copertura dei costi derivanti da risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie”.

Relativamente infine al tema degli **investimenti**, le Aziende dovranno prevedere, a valere su risorse regionali, gli oneri conseguenti all'attivazione dell'applicativo per la Gestione delle risorse umane (GRU). Non sono previsti per il 2018 oneri relativi all'applicativo per la Gestione amministrativo contabile (GAAC) in quanto l'attivazione dello stesso è stata posticipata al 01.01.2019. Le Aziende possono inoltre utilizzare quota parte

delle risorse correnti assegnate attraverso la rettifica di contributi in conto esercizio, solo nel caso in cui tali rettifiche non compromettano il pareggio di bilancio ed esclusivamente per interventi indifferibili.

Coerentemente con questo quadro regionale, il Policlinico di Modena presenta il suo Bilancio di Previsione 2018 in pareggio, in continuità con gli esercizi precedenti e in coerenza con l’equilibrio di bilancio richiesto dalla DGR 1004/2016 di avvio della sperimentazione gestionale.

Si sottolinea, infine, che, dal 1° gennaio 2018, nell’ambito del percorso di avvicinamento al sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell’area amministrativo – contabile (GAAC), le Aziende hanno implementato la nuova anagrafica del Piano dei Conti: ciò comporta alcuni disallineamenti nel confronto con gli anni precedenti, conseguenti alle modifiche introdotte nel piano dei conti aziendale per allinearsi al piano dei conti unico regionale, definito durante il 2017.

4.4.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI

Il Piano degli Investimenti triennale è stato redatto secondo gli specifici schemi predisposti a livello regionale, a cui è stata aggiunta la Scheda di Rilevazione degli interventi conseguenti agli eventi sismici.

Le prime due schede contengono l’elenco e la descrizione degli investimenti previsti nel triennio, con la relativa fonte di finanziamento, mentre la terza scheda comprende interventi ritenuti prioritari dall’Azienda e per i quali occorre reperire il finanziamento.

Per il dettaglio descrittivo, si rinvia alla “Relazione del Direttore Generale sulla programmazione aziendale”, punto 8 “Gestione delle risorse”. Per completezza, si specifica che, per quanto riguarda gli investimenti in arredi, le somme previste sono destinate al rinnovo delle attrezzature legate alla sicurezza e all’allestimento dei reparti, la cui ristrutturazione terminerà nel corso dell’anno.

Sii allega, in calce al presente PdP, il Piano degli investimenti, composto dalle schede richieste dalla legge 11 febbraio 1994, n. 109 e adottate dall’Azienda con deliberazione n. 104 del 31 maggio 2018.

Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

La componente informatica è stata pesantemente coinvolta nella sperimentazione di integrazione dell’Ospedale Civile di Baggiovara all’interno dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena.

I sistemi informatici dell’Ospedale Civile erano completamente diversi da quelli dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria e completamente integrati nel sistema informatico dell’Azienda USL di Modena.

Il primo ostacolo superato è stato legato alla definizione delle modalità con le quali i dati prodotti dall’Ospedale Civile sarebbero passati all’AOUMO nel rispetto delle norme privacy, evidenziando la necessità di riacquisire nuovi consensi informati per la formazione dei dossier clinici della nuova organizzazione. Inoltre, sono state create delle sessioni ex-novo per separare la produzione dei dati clinici dell’Ospedale Civile (OC) da quelle della AUSLMO, pur mantenendo l’uso dei medesimi applicativi, non potendo far convergere l’Ospedale Civile sugli applicativi in uso in AOUMO a seguito degli elevati costi economici (per il recupero dei dati) ed organizzativi

(per la formazione di un migliaio di operatori dell’OC ad applicativi sanitari per loro sconosciuti). Sono state tuttavia gettate le basi per una integrazione ad un livello superiore a quello applicativo, definendo una road map per l’adozione in entrambi gli ospedali dello stesso Gestore Richieste (Order Entry) in ambito sanitario e dello stesso Visualizzatore Referti appoggiato al medesimo repository già in uso all’OC.

Sul fronte amministrativo si è proceduto invece sull’adozione da parte dell’OC dell’applicativo gestionale in uso in AOUMO, sia a seguito del ridotto numero di operatori coinvolti nella gestione della richiesta farmaci, dispositivi medici e beni economici (caposala e capotecnici), sia sulla necessità di poter disporre immediatamente di un applicativo gestionale connesso alla contabilità analitica e alla contabilità generale. La vetustà degli applicativi in uso sia all’OC che in AOUMO hanno portato allo sviluppo di un piano strategico ICT 2018-2020 che prevede principalmente l’introduzione di una nuova architettura SW, finalizzata a consentire una sostituzione progressiva e non traumatica degli applicativi in uso verso prodotti di nuova generazione. Questi nuovi applicativi dovranno essere adeguati non soltanto a soddisfare il fabbisogno informativo aziendale, regionale e nazionale, ma anche a fornire reali strumenti innovativi di supporto all’attività clinica, basati sull’uso dei ‘Big Data’ disponibili negli archivi aziendali, sull’uso di ‘machine learning’ e sull’uso delle tecniche di IA.

È stato avviato nel 2016 e si concluderà nel 2018 il processo di virtualizzazione degli applicativi che ‘girano’ sui server del data center, sia per rendere relativamente indipendente il Software dall’Hardware, garantendo maggiore ‘robustezza’ al sistema informatico, sia per predisporre il sistema informatico aziendale verso la migrazione ai futuri ‘Datacenter Eletti’.

Sono infatti previsti 4 Datacenter regionali che permetteranno di abbandonare gli attuali Datacenter aziendali, che per quanto possano essere conformi ai requisiti di sicurezza nazionali da un punto di vista strutturale, come quello di AOUMO, non permettono di avere continuità di supporto ‘24/7/365’ per ragioni di economia di scala. A questo scopo nel corso del 2018 verrà completato il ‘piano di migrazione’ del Datacenter aziendale richiesto dai vertici regionali.

Sul fronte degli applicativi amministrativi è stato attivato a partire dal 1.1.2018 il nuovo SW unico regionale per la gestione delle risorse umane (GRU) e prosegue il supporto aziendale al gruppo di lavoro regionale per l’introduzione del nuovo SW per la gestione dell’area amministrativo contabile (GAAC), che vedrà l’adozione da parte di AOUMO a partire dal 1.1.2020.

Si segnala infine il notevole impegno richiesto dall’unificazione dei flussi informativi verso la regione relativi all’attività sanitaria prodotta dall’OC e dall’Ospedale Policlinico (OP), flussi che venivano trasmessi con modalità differenti e che dal 1.1.2018 devono essere parte di un unico flusso informativo. Nell’ambito della tematica flussi informativi si evidenzia il rilevante impegno profuso nel perfezionamento del nuovo flusso SIGLA 2.0 e nel mantenimento o miglioramento delle performance dei restanti flussi informativi, a parte un paio di eccezioni dovute appunto agli aggiustamenti resi necessari in corso d’anno a seguito delle integrazioni

tra i due presidi ospedalieri, aggiustamenti che già a partire dal 2018 non saranno più necessari e vedranno gli indicatori ritornare sui livelli del 2016.

Tra gli applicativi di nuova introduzione su base regionale si segnala in nuovo software per la gestione dei SMIT, che vedrà l'avvio del progetto nel mese di luglio 2018 e che coinvolgerà AOUMO in termini di cambio SW nel 2019.

Particolare attenzione verrà posta nel triennio all'adeguamento degli applicativi e delle procedure alle indicazioni del GDPR (regolamento UE 2016/679), seguendo le linee di indirizzo regionali oltre a quelle emanate dal nuovo DPO incaricato.

Gestione del patrimonio e delle attrezzature

Patrimonio immobiliare

Il 2018 prevede la chiusura dell'intervento 219 AP 'CONSOLIDAMENTO STATICO E MIGLIORAMENTO ANTISISMICO - CORPI A, C, F, G, H del POLICLINICO', con la liquidazione delle opere di consolidamento che hanno riguardato i lavori residui effettuati al 2017.

L'intervento AP19Bis a finanziamento nazionale e regionale 'Miglioramento antisismico, ripristino e finitura di supporto degenze monoblocco' è stato oggetto di aggiudicazione e avvio dei lavori nel corso del 2017 ed è previsto il completamento delle opere nel corso del 2018

L'intervento L14 'CONSOLIDAMENTO STATICO E MIGLIORAMENTO ANTISISMICO' è stato completato nel corso del 2017 e nel 2018 verrà chiusa la contabilità relativa

La gara di appalto associata all'intervento S13 'Manutenzione straordinaria' con relativo finanziamento regionale per 520.000€, aggiudicata nel corso del 2016, ha visto un rallentamento, per motivi organizzativi, dei previsti lavori sugli impianti elettrici e meccanici programmati per il 2017, per cui è prevista la conclusione dell'intervento nel corso del 2018.

Nel corso del 2018 verranno completate le gare di appalto e prenderanno avvio due importanti lavori, finanziati con fondi nazionali e regionali, lavori previsti in aggiudicazione nel 2017 ma traslati nel 2018 a seguito del maggiore impegno richiesto dai progetti relativi all'adeguamento antisismico.

Il primo, denominato APb10, è relativo alla realizzazione della nuova struttura integrata interaziendale di senologia clinica e screening mammografico, che dopo una fase di riprogettazione legata a nuovi obiettivi operativi fissati dall'AOUMO e dall'AUSLMO, è stato finanziato con 1 milione di euro proveniente dall'accordo di programma ex art. 20, 2° fase, IV stralcio e con 0,5 milioni di euro di risorse dai bilanci aziendali di AOUMO e AUSL MO.

Il completamento del progetto APb10 è previsto per la fine del 2019.

Il secondo progetto slittato dal 2017 al 2018, e pertanto inserito in scheda 2 è l'intervento P.I.2 "interventi per adeguamento alla normativa antincendio sui corpi di fabbrica del Policlinico", finanziato con delibera CIPE per

un totale di 1.835.000€ e volto all’adeguamento alla normativa antincendio degli edifici aziendali, pur prendendo avvio nel 2018, prevede il completamento anch’esso entro il 2019.

Sempre a valere sui fondi provenienti dall’accordo di programma ex art. 20, 2° fase, IV stralcio è previsto un importante intervento (APb11) di ammodernamento tecnologico e impiantistico sulle strutture aziendali per 500.000€

Con fondi aziendali verranno realizzati, nel corso del 2018:

- l’adeguamento normativo della radiofarmacia della medicina nucleare, per permettere la preparazione e la manipolazione in piena sicurezza di nuovi radionuclidi;
- verranno finanziati i progetti esecutivi per nuove opere;
- verranno realizzati diversi piccoli interventi a valenza patrimoniale sia di tipo edilizio che impiantistico.

Tra la fine del 2018 e l’inizio del 2019 termineranno i lavori di completamento delle quote parti di edificio dei corpi C, E, G, D, H, D1 che dopo essere state portate al grezzo e essere state rinforzate dal punto di vista statico e antisismico, sono ora oggetto di lavori di rifinitura edilizia ed impiantistica per permetterne l’utilizzo a fini assistenziali.

Infine, nel corso del 2018, dopo avere espletato le procedure per la verifica e la validazione della progettazione esecutiva del nuovo blocco Materno Infantile, prenderà avvio la gara d’appalto per la realizzazione dell’opera a completamento 2020.

Nel corso del triennio, grazie alla rimodulazione dei 5 interventi sopra citati, di cui all’Ordinanza n.11 del 23/5/2018 del Presidente della Regione in qualità di Commissario Delegato, che sono stati unificati nell’Intervento unico cod. 12026, verranno realizzati ulteriori interventi di miglioramento sismico all’Ospedale Policlinico.

Le verifiche di vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali sono state condotte in senso complessivo su tutti gli edifici aziendali, con particolare attenzione alle unità critiche individuate congiuntamente con il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

Per quanto attiene al costo/mq della manutenzione, i dati del costo medio regionale 2017 non sono ancora noti. Per l’anno 2016 l’Azienda era in linea con la media regionale; per quest’anno si è registrata in termini assoluti una lieve diminuzione dei costi e pertanto si ritiene di essere ancora molto prossimi alla media regionale e comunque con uno scarto assolutamente ricompreso nel 10%.

Patrimonio tecnologico

Il piano investimenti 2018-2019-2020, in continuità con i piani degli anni precedenti, è stato definito tenendo conto delle esigenze di rinnovo delle tecnologie esistenti e dei programmi di fornitura finanziati o da risorse regionali o da fondi ex art.20.

Si prevede infatti la conclusione o la prosecuzione di interventi iniziati negli anni precedenti e nuovi rilevanti interventi.

Nel corso del 2018 verrà completato l'intervento basato sul finanziamento regionale S14, che prevede principalmente la sostituzione di apparecchiature obsolete per circa 300.000 euro.

Sempre nel corso del 2018 verranno completati per gli acquisti di apparecchiature previsti nell'intervento a finanziamento nazionale e regionale APb12, derivante dall'accordo di programma ex art. 20, 2° fase, IV stralcio (500.000€ è la quota parte tecnologie biomediche di questo intervento); l'intervento è destinato principalmente al rinnovo di tecnologie obsolete ed in parte all'innovazione, con alcune nuove interessanti tecnologie di basso-medio costo. Il nuovo impianto per la depurazione dell'acqua del reparto di dialisi è tra i più significativi.

Una quota parte di finanziamenti per l'anno 2018, presenti nel programma investimenti APb12 (art.20) che l'azienda AUSL di Modena aveva ottenuto per l'Ospedale Civile di Baggiovara, porteranno all'aggiornamento di tecnologie presso questo stabilimento; in particolare verranno sostituite le più importanti centrali di monitoraggio. Inoltre, grazie ad un contributo della Fondazione Cassa di Risparmio per l'Ospedale di Baggiovara, sarà sostituita la risonanza da 1,5 T.

Con il finanziamento di 2.5 milioni di euro messo a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna sarà possibile l'aggiornamento del parco tecnologico dei due ospedali aziendali. Tali fondi utilizzati in parte nel 2017 (800.000 euro) saranno utilizzati nel 2018 e conclusi nel 2019. Tra gli interventi più significativi per il 2018 si segnalano la sostituzione della TAC del pronto soccorso l'aggiornamento della TAC 64 strati dell'Ospedale Civile, il rinnovo degli ecografi non più adeguati in entrambi gli stabilimenti e l'aggiornamento di una RM dell'ospedale Policlinico.

Nello stabilimento del Policlinico, grazie ad importanti donazioni ottenute negli anni precedenti, sarà possibile acquisire tecnologie sia per l'assistenza che per importanti progetti di ricerca. Grazie ai contributi della Fondazione Cassa di Risparmio di Modena sarà possibile aggiornare le apparecchiature di radiofarmacia della Medicina Nucleare e completare la gara per l'acquisto di una nuova PET-CT sempre per la Medicina Nucleare, che andrà a sostituire Spect e Spect CT ormai non più adeguate.

Proseguono gli acquisti finanziati nel 2017 da una donazione da privati che permetteranno di acquisire apparecchiature per telepatologia.

Nel corso del 2019 è già programmata la sostituzione dell'acceleratore lineare del servizio di radioterapia e l'aggiornamento tecnologico della tomotherapy.

Per l'Ospedale di Baggiovara nel corso del 2018 sarà realizzata una nuova sala operatoria ibrida con all'interno un angiografo digitale robotizzato (acquistato grazie alla raccolta fondi organizzata da Rock No War) e le attrezzature accessorie finalizzate ad un utilizzo multidisciplinare della stessa. Verrà anche sostituita, con significativi contributi di donatori (Fondazione Cassa di Risparmio di Modena, BPER, Ferrari) la Risonanza Magnetica da 3 Tesla in dotazione al servizio di Neuroradiologia del medesimo ospedale.

Nel corso del 2018 verrà iniziato uno studio di fattibilità per l’adeguatezza delle dotazioni tecnologiche di grandi tecnologie (TAC e RMN) in funzione di esigenze sanitarie emergenti e di definire gli acquisti del 2019 e 2020.

Nel corso del triennio saranno supportati i vari percorsi terapeutici dai sistemi medicali dipartimentali quali RIS-PACS (radiologia), CV (cardiovascolare), OPENLIS-PARMA (laboratorio) , MUSE-CARDIOLINE (cardiologia), endox (endoscopia), GALILEO (neurologia) FORUM (oculistica), VIEW-POINT (ostetricia). METAVISION (neonatologia) con gli aggiornamenti tecnologici per farli rimanere allo stato dell’arte, implementare nuove funzioni o soddisfare esigenze emergenti.

Ogni anno inoltre una quota a finanziamento aziendale è stata destinata per le sostituzioni urgenti e indifferibili derivanti da danni non riparabili.

5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

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

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

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

Per tutti i livelli dell’organizzazione sono definiti:

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

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

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

5.1. IL PERCORSO DI BUDGET

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

1. È globale, ovvero interessa l'Azienda nella sua visione olistica. Il processo di budget richiede il coordinamento e l'integrazione degli obiettivi perseguiti dai singoli centri di responsabilità in un'ottica unitaria della gestione aziendale;
2. Definisce obiettivi, espressi in termini di risultati da conseguire e di risorse correlate;
3. Presenta obiettivi riferiti ai CdR espressi in termini prevalentemente quantitativi ed in forma sintetica; misurabili al fine di consentire un utile parametro di riferimento per il controllo e per la valutazione; controllabili dai CdR cui sono assegnati; condivisi;
4. Ha una durata annuale e prevede processi di valutazione intermedia, per consentire un significativo confronto tra gli obiettivi di budget, i progressivi risultati conseguiti ed i relativi riflessi economici;
5. Prevede un sistema informativo a supporto dell'attività gestionale delle strutture aziendali e richiede un'analisi sistematica del contesto in cui esse operano, delle interdipendenze sia al loro interno, sia con le altre strutture. Per raggiungere tali scopi il budget sottende un processo previsionale, accurato e coordinato, che utilizza in modo organico tutti gli elementi conoscitivi aziendali.

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

5.1.1. LA SCHEDE DI BUDGET

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

Lo sforzo per il 2018 si concretizzerà, laddove possibile per condizioni specifiche di produzione, nell'individuazione di indicatori che siano capaci di indagare aspetti legati all'orientamento della produzione in maniera puntuale (anche tenendo conto delle indicazioni offerte dalle normative e dai sistemi di valutazione delle performances regionali), con tangibili ricadute sulla valorizzazione.

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

Obiettivi di sviluppo

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

Obiettivi di miglioramento

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

Obiettivi di sostenibilità

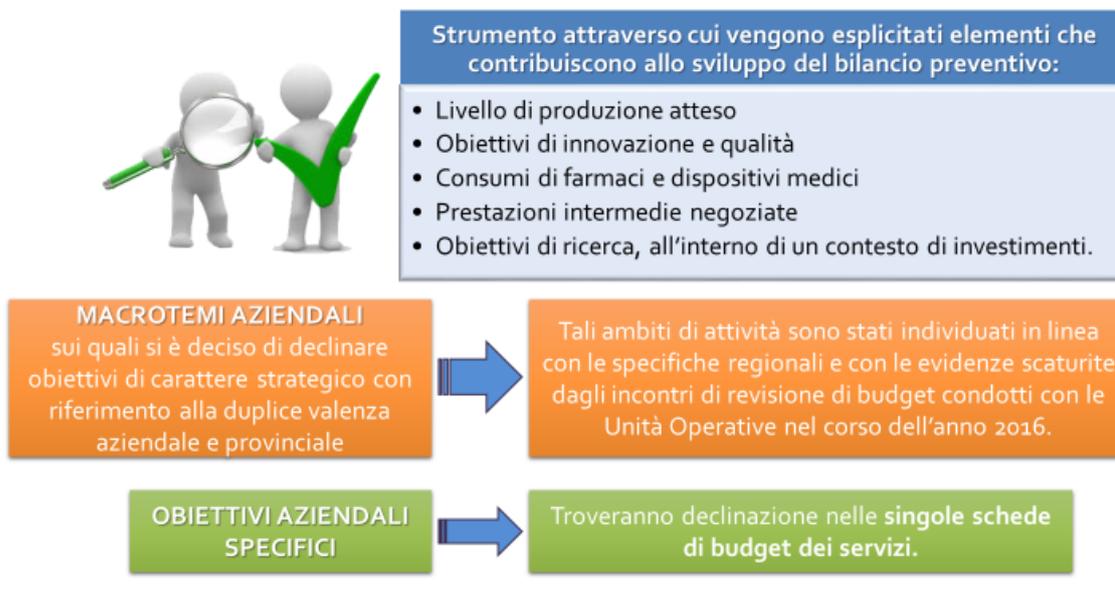
- Tesi prioritariamente ad assicurare la **compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi** per la salute per la popolazione di riferimento e **risorse** complessivamente disponibili

Definizione di PDTA e di Team professionali

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



Le schede di Budget



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

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

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

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

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

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

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



I Macrotemi aziendali



Produzione



Consumi



Appropriatezza



Percorsi e reti



Progetti



Rischio infettivo



Performance

5.1.2. WEBBUDGET: IL CICLO DELLA PERFORMANCE

L’applicativo WebBudget, realizzato e sviluppato integralmente dalle professionalità interne al Servizio Controllo di Gestione della AOU di Modena, mette a disposizione online l’intera documentazione relativa al processo di budget.

WebBudget consente la gestione ed il monitoraggio in corso d’anno dell’intero ciclo della performance aziendale, dalla fase iniziale di definizione degli obiettivi ed indicatori fino alla fase di coordinamento a consuntivo della valutazione della performance, passando per la verifica infrannuale dei trends osservati, rispetto all’atteso. Lo strumento, tarato sulle specificità del processo aziendale, è stato notevolmente implementato nel corso dell’anno 2017, al fine di consentire la gestione del processo di budget anche con riferimento alle strutture attive sullo stabilimento Ocsae di Baggiovara.



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

Costituito principalmente dai moduli:

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

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

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

L'implementazione dello strumento nel corso del 2017 ha arricchito WebBudget di due importanti funzionalità:

1. Budget Builder

Applicativo integrato in WebBudget, creato con la finalità di gestire in maniera ordinata e strutturata la fase di inserimento manuale degli obiettivi, in fase di pre-negoziazione (costruzione delle schede di budget). L'interfaccia grafica, che guida l'utente attraverso un percorso sequenziale gestito per punti,

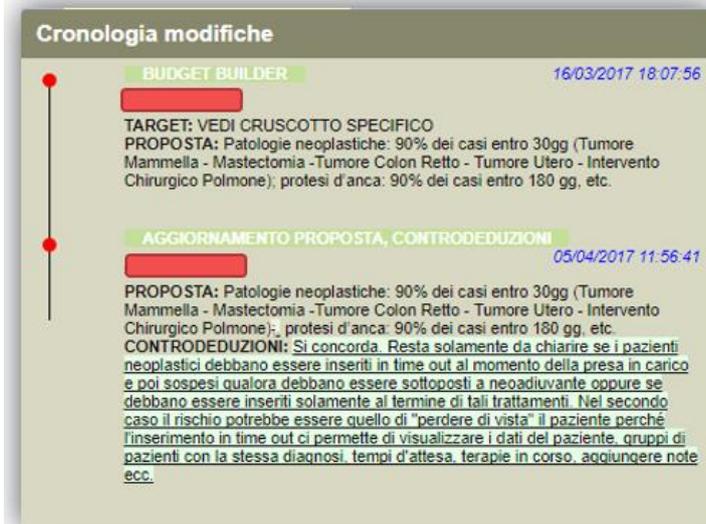
consente la creazione degli obiettivi attraverso l'individuazione dell'indicatore di monitoraggio ed il target verso cui indirizzare la performance. Una volta definito l'obiettivo, lo strumento permette inoltre di gestire la fase di attribuzione dello stesso sulle strutture di riferimento (azienda, dipartimento o unità operativa).



Lo strumento consente di inserire obiettivi con grande facilità, solo ad utenti selezionati e precedentemente abilitati a tale scopo.

2. Tracking

L'analisi del processo di budget 2016 ha permesso di mettere evidenza una potenziale area di miglioramento nella gestione delle “controdeduzioni”. Durante la fase di definizione degli obiettivi di budget, fra il momento in cui la scheda viene messa a disposizione su WebBudget ed il momento della validazione della stessa, è prevista un'attiva partecipazione al processo da parte dei professionisti titolari di scheda budget.



La partecipazione si esplicita nella possibilità di compilazione del campo note, deputato ad accogliere le controdeduzioni della struttura. Si tratta di giudizi relativi alla condivisione dell'obiettivo proposto, suggerimenti in merito alla modifica o valutazioni che prendano in considerazione aree differenti di focus per la misurazione della performance. Per la prima volta nel 2017, WebBudget è stato implementato con una funzionalità aggiuntiva che consente di monitorare la

cronologia delle modifiche apportate alle singole schede di budget. Attraverso l'apposito elemento circolare posto in corrispondenza di ogni singolo obiettivo presente in scheda, è ora possibile tenere traccia delle modifiche ed integrazioni avvenute nel corpo della scheda di budget. La funzionalità assume particolare utilità sul versante della gestione delle controdeduzioni, nell'ottica di un sempre più marcato ricorso ai principi di tracciabilità e trasparenza del processo. Oltre alla modifica intervenuta nel contenuto dell'obiettivo, la cronologia delle modifiche evidenzia anche data, ora ed autore della modifica apportata.

WebBudget 2.0



Il 2018 è un anno di nuove sfide per WebBudget, che il Controllo di Gestione ha rilasciato nella sua versione 2.0. La necessità di gestire in modo integrato la negoziazione di budget e gli aspetti legati al monitoraggio della performance su due stabilimenti, caratterizzati da

situazioni organizzative ed informatiche gioco forza diverse fra loro, ha richiesto un inevitabile investimento progettuale sulla revisione del processo di budget aziendale.

Per rispondere al meglio alla nuova architettura del percorso di budget, il Controllo di Gestione ha rivisto profondamente la struttura di WebBudget, puntando sull'immediatezza di utilizzo, sulla trasversalità e sulla interattività. E' stato un lungo percorso di sviluppo interno, tanto sotto il profilo organizzativo, quanto sotto quello di natura prettamente informatica.

Il nuovo WebBudget 2.0, presentato in versione beta in occasione del Collegio di Direzione del febbraio 2018, ha visto il rilascio ufficiale nel mese di marzo, in tempo per consentire appieno la gestione del processo di negoziazione di budget per l'anno 2018.

In WB 2.0 spiccano le innovazioni nella gestione della fase di monitoraggio infrannuale della performance, configurando lo strumento quale prezioso supporto, metodologico e documentale, per condividere in maniera tempestiva, semplice ed intuitiva, informazioni dalla Direzione Aziendale ai professionisti e vice versa.

Una nuova veste grafica, per gestire al meglio aspetti critici di visualizzazione, ma anche aspetti contenutistici legati alla gestione più fluida dei target, alla pesatura dei singoli indicatori ed all'accessibilità.

<u>Area obiettivi</u>				
	ECONOMICA PRODUZIONE	▼	25	6 obiettivi
	ECONOMICA COSTI	▼	25	7 obiettivi
	GOVERNO CLINICO - INTEGRAZIONE	▼	15	6 obiettivi
	EFFICIENZA	▼	15	4 obiettivi
	AMMINISTRATIVI	▼	15	4 obiettivi
	COMMITTENZA	▼	15	4 obiettivi
	FORMAZIONE	▼	15	2 obiettivi
	OBIETTIVI DI AREA	▼	0	2 obiettivi

Fra i tanti aspetti innovativi rispetto alla precedente versione dell’applicativo, se ne evidenziano tre:

1. Monitoraggio target

Ciascun obiettivo è valutato nel suo andamento sia rispetto all’anno precedente [valore anno corrente – valore anno precedente (valore



assoluto e %]) che rispetto al target di riferimento, individuato (a livello economico) ad inizio anno, in linea con quanto riportato nel bilancio economico preventivo.

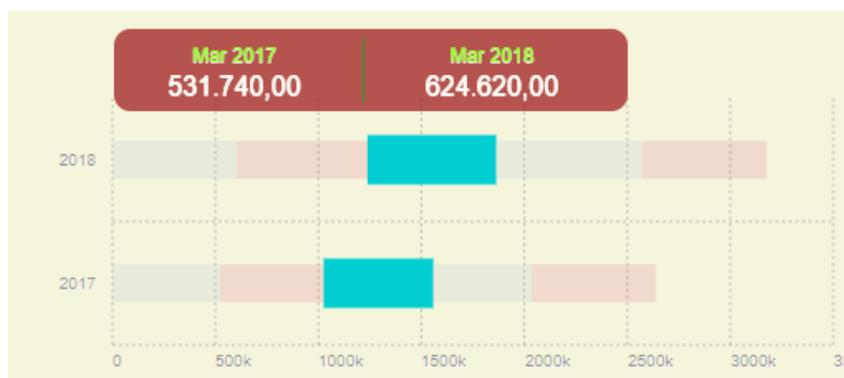


2. Gestione online RDD

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



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



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

Aggiungi RDD

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

Considerazioni:

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

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

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

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

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

3. Valutazione individuale

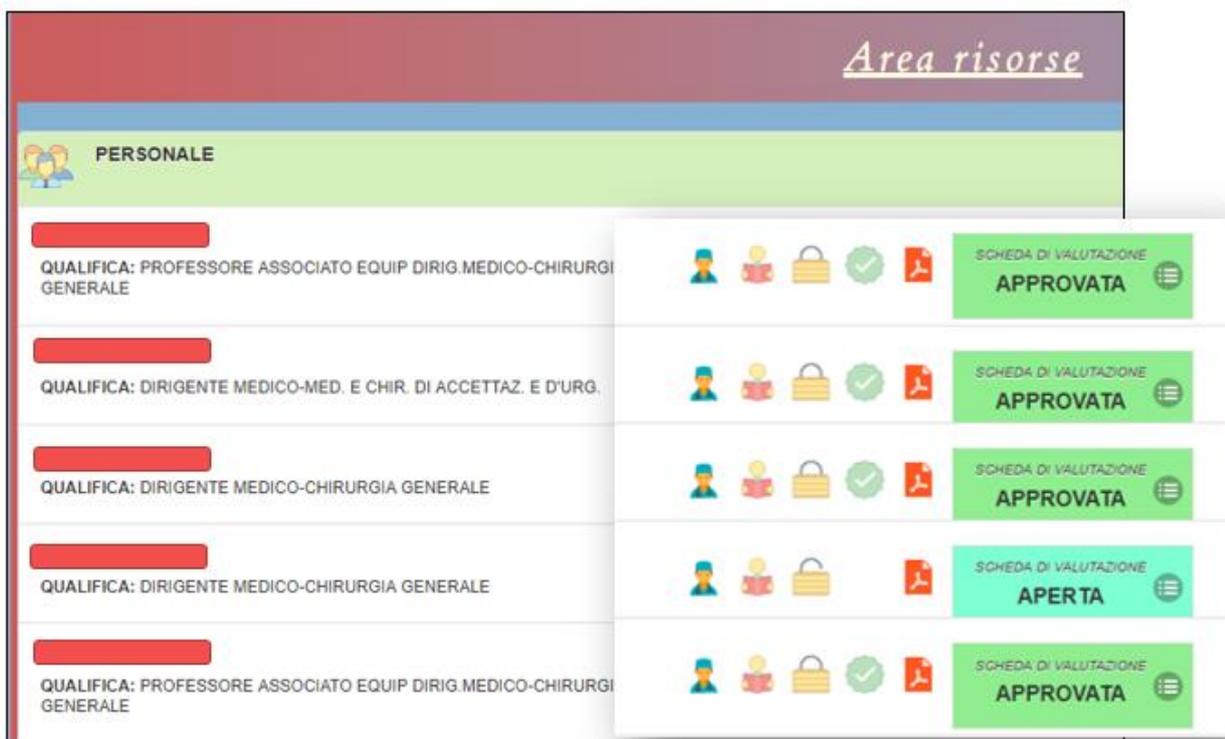
L’innovazione dal più alto impatto organizzativo è tuttavia rappresentata dall’avvio del modulo integrato di Valutazione Individuale della Performance.

WebBudget 2.0 ospita, per la prima volta, una piattaforma online che consente di gestire dall’inizio alla fine il percorso di valutazione individuale della dirigenza medica.

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

- In calce alla scheda budget, ogni struttura prevede un box con l’elenco del personale dirigente medico afferente alla struttura;
- Il Direttore di Struttura è abilitato (tramite una gestione delle abilitazioni esercitata dal CdG in base all’account di log-in a WebBudget) alla visione e compilazione delle schede di valutazione annuale individuali;
- Le schede online ripropongono esattamente i medesimi indicatori, criteri e metodologia di conteggio negoziati con le OO.SS. sul formato cartaceo;

- Ogni dirigente medico afferente all’equipe (con lo stesso criterio di gestione delle abilitazioni) è abilitato alla consultazione solo della propria scheda;
- Il valutato riceve una notifica via mail sull’avvenuta compilazione, da parte del suo valutatore, della propria scheda. La consulta via web e può approvarla o respingerla;
- Sia la compilazione della scheda da parte del valutatore che l’approvazione (o respinta) da parte del valutato avvengono con meccanismo di autenticazione assimilabile alla firma digitale del documento;
- Una volta approvata, la scheda riepiloga in un file .pdf l’esito della valutazione ed il log informatico relativo alla doppia firma di accettazione.



Il test condotto nel 2018 ha portato a oltre 70 schede compilate in test secondo la nuova modalità online, con un tasso molto elevato di soddisfazione percepita. Il modulo online ovviamente non sostituisce il colloquio fisico fra valutatore e valutato, ma semplifica enormemente (per tempistica e fluidità) l’apparato burocratico ed il processo di invio della documentazione cartacea fra i diversi attori coinvolti nel processo.

Considerato anche l’avvio imminente del percorso di gestione della valutazione all’interno del nuovo applicativo regionale G.R.U., il modulo integrato in WebBudget può costituire uno strumento di omogeneizzazione e semplicità di gestione dall’elevata efficacia.

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

Scheda di valutazione individuale (Anno 2017)

(CF: [REDACTED])
Qualifica: DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA GENERALE

Stato: **APPROVATA**
Chiusa dal valutatore ([REDACTED]) in data: 02/05/2018 11:23:42
Approvata dal valutato in data: 04/05/2018 12:47:35

Punteggio finale: **20,00 (133,33%)**
Fascia di attribuzione: **A**
Accede a: **120%** del fondo

CDG WebBudget 2.0

Tutti gli strumenti elaborati dal Controllo di Gestione sono disponibili sulla intranet aziendale.

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

5.2. CONTESTO DI MONITORAGGIO AZIENDALE E REGIONALE

Al fine di garantire il controllo delle performance amministrative e secondo quanto previsto dal D.L. 150/2009, sono stati istituiti Organismi indipendenti di valutazione della performance (Oiv; <http://www.regione.emilia-romagna.it/trasparenza/personale/oiv>). L'Organismo indipendente di valutazione (Oiv) della Regione Emilia-Romagna, unico per la Giunta e l'Assemblea legislativa, è stato nominato, previo parere favorevole rilasciato dall'Anac con delibera n.7 del 15 gennaio 2014, con delibera della Giunta regionale n.132 del 10 febbraio 2014, acquisita l'intesa dell'Ufficio di presidenza dell'Assemblea legislativa. L'Oiv svolge i suoi compiti anche in riferimento alle agenzie e istituti che operano con personale regionale. E' in corso di definizione un regolamento che specificherà le modalità per lo svolgimento di tali funzioni anche in riferimento a ER.GO e ai Consorzi fitosanitari provinciali. La nomina decorre dal 17 febbraio 2014 e ha la durata di un anno. Il Policlinico

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

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

5.3. OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE

Il raggiungimento degli obiettivi aziendali è possibile tramite il coinvolgimento delle singole professionalità, la cui valutazione è parte del ciclo della performance.

Gli obiettivi assegnati ai Dipartimenti, in sede di negoziazione di budget, sono diffusi ai singoli professionisti. La disarticolazione da macro obiettivo ad individuale, sul singolo professionista, permette è garanzia di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L’attività di diffusione avviene tramite il Direttore di struttura che, a sua volta, assegna gli obiettivi ai dirigenti e al personale del comparto titolare di posizione organizzativa.

Data la rilevanza strategica dei contenuti dell’albero della performance, è evidente che una parte degli obiettivi in esso contenuti richiedano azioni e attività che coinvolgono prevalentemente la Direzione Aziendale. Vi sono obiettivi che per loro natura possono essere declinati ai vari livelli dell’organizzazione e assegnati anche ai singoli professionisti, come nel caso degli obiettivi di produzione e di innovazione organizzativa e tecnica. Ciascun professionista è valutato in base al contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi della propria unità operativa, al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali ed in relazione alle competenze organizzative espresse che segue lo schema degli obiettivi a seguito riportato:

- Orientare i comportamenti dei collaboratori responsabilizzandoli al raggiungimento degli obiettivi assegnati ed al miglioramento dei propri comportamenti organizzativi
- Generare informazioni strutturate annuali a supporto delle valutazioni pluriennali
- Formulare piani di miglioramento e sviluppo individuali mirati
- Qualificare la politica premiante

6. Misurazione e valutazione della performance

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

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

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

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

(Fonte documento PAC, REGOLAMENTO DI BUDGET)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3. VERIFICA PERIODICA DEI RISULTATI

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

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

Durante il Riesame della Direzione viene svolta una valutazione documentata.

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

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

Preliminarmente a ciascun Riesame della Direzione a carattere dipartimentale le UO del dipartimento svolgono una propria verifica documentata.

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

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

7. Indicatori di Risultato

Dal 16 maggio 2016, la Regione Emilia-Romagna ha messo a disposizione online il Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (InsidER), ai fini di ottemperare a quanto richiesto dall’art. 1 comma 522 della Legge di Stabilità 2016: “pubblicazione da parte degli Enti del SSN, entro il 30 giugno di ogni anno, delle performance ottenute e misurate attivando un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio Regionale e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti”.

Sono stati selezionati 83 indicatori di risultato, articolati secondo le Dimensioni e le Aree della performance che sono state individuate dall’OIV-SSR.

Gli indicatori, che derivano dalla griglia LEA, dal PNE, dal progetto “Bersaglio”, e da quanto utilizzato dalla Programmazione Regionale per la valutazione degli obiettivi annuali, sono articolati in 6 dimensioni di valutazione:

1. Salute della popolazione
2. Prevenzione e Sanità Pubblica
3. Assistenza Territoriale
4. Assistenza Ospedaliera
5. Integrazione Ospedale territorio
6. Economico finanziaria e di efficienza operativa

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI (FLUSSO PS)
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISTEMA 118)
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE VERDE E VISITATI ENTRO 1 ORA (FLUSSO PS)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TEMPO DI ATTESA MEDIO TRA PRENOTAZIONE E PRIMA VISITA SPECIALISTICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ADULTI (FLUSSO SISM)
PERCENTUALE DI ASSISTITI CON TEMPO MASSIMO DI ATTESA FRA SEGNALAZIONE E RICOVERO IN HOSPICE <= 3 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. VISITE PROSPETTATE IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 30 GG (FLUSSO MAPS2)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. ESAMI DIAGNOSTICI PROSPETTATI IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 60 GG (FLUSSO MAPS2)
TASSO DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
AREA DELL'INTEGRAZIONE
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO (PER 100.000 AB.) IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE DEL DIABETE (A BREVE E LUNGO TERMINE), BPCO E SCOMPENSO CARDIACO X 100.000 RESIDENTI, >= 18 ANNI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANZIANI >= 65 ANNI TRATTATI IN ADI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ADI)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE IN TSO X 100.000 RESIDENTI MAGGIORENNI (FLUSSO SDO)
ASSISTITI DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE AL DOMICILIO E/O IN HOSPICE, DECEDUTI (FLUSSO REM, FLUSSO ADI E FLUSSO HOSPICE)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN HOSPICE CON PERIODO DI RICOVERO >= 30 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TASSO DI UTILIZZO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE >= 75 ANNI (FLUSSO ADI)
AREA DEGLI ESITI
PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PRIMARI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI PAZIENTI (ETÀ 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI BYPASS AORTO CORONARICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI VALVOLOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER IMA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE PERCUTANEA ENTRO 2 GIORNI DALL'ACCESSO PER PAZIENTI CON IMA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER RIPARAZIONE ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER ICTUS ISCHEMICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER TUMORE CEREBRALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER BPCO RIACUTIZZATA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 90 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 150 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI REINTERVENTI ENTRO 120 GIORNI DA INTERVENTO CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL POLMONE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DELLO STOMACO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI NATURALI (FLUSSO CEDAP)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI CESAREI (FLUSSO CEDAP)
TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA TIBIA/PERONE (FLUSSO SDO)

Sono distinti in due categorie:

1. Indicatori di sintesi – rappresentano raggruppamenti misurabili di indicatori di dettaglio e il loro valore è espresso in modo normalizzato su una scala di misurazione della performance da 0 a 5 e viene calcolato a partire dagli indicatori di dettaglio;
2. Indicatori di dettaglio – possono essere identificati come:
 - a. Indicatori di Valutazione: misurano le performance sulla base di 5 intervalli di valori definiti e, una volta normalizzati, concorrono al calcolo dell'indicatore di sintesi;
 - b. Indicatori di Osservazione: non hanno intervalli di valutazione delle performance definiti e non concorrono al calcolo dell'indicatore di sintesi.

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE
PERCENTUALE DI RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI DI ETÀ ≥ 65 ANNI (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA X 100.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI MEDICI (FLUSSO SDO)
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA
VOLUME DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO
NUMERO ASSISTITI PRESSO I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISM)
TASSO STD DI PREVALENZA X 100 RESIDENTI NEI SERVIZI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (FLUSSO SINPIAER)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: DIAGNOSTICA (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: VISITE (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LABORATORIO (FLUSSO ASA)
AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE
PERCENTUALE DI FUMATORI CONSIGLIATI DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI SMETTERE DI FUMARE (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI PERSONE INTERVISTATE CONSIGLIATE DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI FARE ATTIVITÀ FISICA (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI DONNE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO RISPETTO ALLE DONNE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
PERCENTUALE DI PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING COLORETTALE RISPETTO ALLE PERSONE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
COBERTURA VACCINALE ANTINFUENZALE NEGLI ANZIANI - GRIGLIA LEA
GRADO DI COBERTURA VACCINAZIONE ESAVALENTE A 24 MESI - GRIGLIA LEA
PERCENTUALE DI AZIENDE CON DIPENDENTI ISPEZIONATE (NUM: SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DI RILEVAZIONE DEI DATI DI ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI PREV. E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO. DEN: FLUSSI INFORMATIVI INAL REGIONI, LA CUI BANCA DATI È AGGIORNATA A DUE ANNI PRECEDENTI L'ANNO DI RIFERIMENTO)
ATTIVITÀ ISPETTIVA VETERINARIA
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI X 1.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY O RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN DAY-SURGERY PER I DRG LEA CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI SEPSI X 1.000 PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CHIRURGICO IN ELEZIONE, CON DEGENZA ≥ 4 GIORNI (FLUSSO SDO)
CASI DI TROMBOSI VENOSA PROFONDA O EMBOLIA POLMONARE X 1.000 DIMESSI CON DRG CHIRURGICO (FLUSSO SDO)
NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RISONANZA MAGNETICA X 100 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ASA)
TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI ACCESSI DI TIPO MEDICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA (ALLEG. B PATTO PER LA SALUTE 2010-2012) E RICOVERI ATTRIBUITI A DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE
TEMPESTIVITÀ NELL'INVIO DEI DATI RISPETTO AL PERIODO DI COMPETENZA (FLUSSI SDO, ASA, FED, DIME, PS, ADI, HOSPICE, SIRCO, CONTENZIOSO LEGALE)
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
PERCENTUALE SINTETICA DI ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (DELIBERA ANNUALE ANAC PER L'ATTESTAZIONE DELL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE)
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI INTERCENT-ER
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI AREA VASTA
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO
AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO
PERCENTUALE DI ADESIONE ALL'INDAGINE DI CLIMA INTERNO (INDAGINE DI CLIMA INTERNO - NETWORK REGIONI PROGETTO "BERSAGLIO")
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA
SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA PER PUNTO DRG (FLUSSO AFO E FLUSSO SDO)
INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI
COSTO PRO CAPITE TOTALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA DISTRETTUALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)
TASSO DI COBERTURA FLUSSO DIME SUL CONTO ECONOMICO (FLUSSO DIME E FLUSSO PIANO DEI CONTI)
PERCENTUALE DI CONSUMO DI MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO E PRESENTI NELLA LISTE DI TRASPARENZA (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)

Legenda:

- Pessimo
- Scarso
- Medio
- Buono
- Ottimo
- Non aggiustato
- Osservazione
- Dato non disp.

Nelle pagine seguenti, la sintesi della performance 2017 relativa agli indicatori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, così come consultabile dalla piattaforma SIVER.

Nella prima tabella (qui sopra), viene proposto uno sguardo d'insieme sullo spaccato regionale, mettendo a confronto tutte le Aziende USL e quelle Ospedaliere dell'Emilia-Romagna.

Nelle pagine che seguono, trovano evidenza gli indicatori del Policlinico, dapprima analizzati per Area di Valutazione con codice colore esplicativo (secondo la legenda riportata qui a fianco), per poi venire riepilogati in forma tabellare a livello di massimo dettaglio, in chiusura di capitolo.

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	EMILIA-ROMAGNA	AOSPU MODENA
UTENTE	Accesso e Domanda	Accesso e Domanda		
		% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	64.41	55.37
		% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	67.87	72.9
		% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	60.96	58.88
	Integrazione	Integrazione		
	% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	18.03	22.6	

Esiti			
Esiti	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	9.06	8.65
	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	43.18	49.89
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	12.68	7.04
	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1.57	-
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1.96	0
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1.53	1.36
	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	10.66	10.31
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1.6	1.42
	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	9.99	10.02
	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	80.73	78.05
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	82.06	77.34

Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	81.55	98.9
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	6.11	5.95
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0.78	0.89
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	4.74	6.43
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4.35	3.99
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18.01	19.77
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0.9	1.09
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0.98	1.44
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	72.8	76.5
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	3

PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	Produzione-Ospedale		
		% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3.53	3.39
		Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti C	-0.34	-0.04
		Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti M	-0.52	-0.62
		Degenza media pre-operatoria	0.73	0.71
		Volume di accessi in PS	1.891.003	153.785
		Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	359.943	24.496
		Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	256.848	18.971
		Volume di ricoveri in DH per DRG medici	38.898	2.445
		Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	84.951	6.470
	Produzione-Territorio	Produzione-Territorio		
		Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	6.839.955	282.070
		Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	6.519.422	350.753
		Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	46.157.827	1.223.980

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico		
	Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	3.91	9.37
	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	1.9	2.79
	% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o RO 0-1 giorno	43.54	55.94
	% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49.65	52.58
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappr. e ric. attribuiti a DRG non a rischio di inappr. in RO - GRIGLIA LEA	0.21	0.2
Anticorruzione-Trasparenza	Anticorruzione-Trasparenza		
	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	98.75	93.52
	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	45.75	33.02
	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	37.96	47.65
SOSTENIBILITA'	Economico-Finanziaria		
	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	97.48	102.31
	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	143.39	245.6
	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	-6.33

Di seguito trovano invece esplicitazione gli indicatori contenuti nella nuova stesura del Piano della Performance 2018-2020.

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% abbandoni dal Pronto Soccorso	4,85	4,52	4,98
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	72,9	77,84	67,87
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	58,88	64,09	60,96
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	66,25	54,73	77,18
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	67,74	83,54	81,04
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	63,03	63,73	70,61

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	36,69	40,37	31,48

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,65	10,67	9,06
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	49,89	42,68	43,18
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	7,04	4,09	12,68
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	0	-	1,96
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,36	-	1,53

Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	10,31	6,25	10,66
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,42	0	1,6
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	10,02	8	9,99
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	78,05	85,96	80,73
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	77,34	65,68	82,06
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	98,9	99,06	81,55
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	5,95	7,82	6,11
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,89	0,56	0,78

Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	6,43	4,17	4,74
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,99	3,6	4,35
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,77	19,97	18,01
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,09	0,96	0,9
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,44	1,42	0,98
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	76,5	68,94	72,8
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	3	3	2

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,39	4,33	3,53
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,04	0,05	-0,34
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,62	-0,5	-0,52
Degenza media pre-operatoria	0,71	0,49	0,73
Volume di accessi in PS	153.785	107.666	1.891.003
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	24.496	14.547	359.943
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	18.971	12.017	256.848
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.445	4.043	38.898
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	6.470	5.194	84.951

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	282.070	173.413	6.839.955
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	350.753	243.867	6.519.422
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.223.980	1.199.305	46.157.827
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	316.966	131.710	5.964.392

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	36,38	42,84	29,57

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	8,93	2,68	5,89
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3,42	2,51	3,18
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	55,94	80,32	43,54
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	52,58	53,75	49,65
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,2	0,25	0,21

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	93,52	80	98,75
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	81,06	76,29	85,59

SOSTENIBILITA'**Economico-Finanziaria**

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	102,31	89,49	97,48
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-6,33	17,82	-

Documento a cura di

Direttore Generale

Dott. I. Trenti

Direttore Amministrativo

Avv. L. Broccoli

Direttore Sanitario

Dott. L. Sircana

HANNO COLLABORATO

Direzione Sanitaria

Dott.sse E. Longhitano, L. Pederzini,
S. Scanavini, M. Santangelo, F. Fregni

Servizio Assicurazione Qualità

Dott.ssa B. Trevisani

Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione

Dott.ssa P. Vandelli

Servizio Segreteria Generale

Dott.ssa C. Vandelli

Servizio Unico Amministrazione del Personale

Dott. A. Sapone

Trasparenza e Prevenzione Corruzione

Dott.ssa M. Cagarelli

Servizio Tecnologia dell'Informazione

Ing. M. Lugli

Servizio Bilancio e Finanze

Dott.ssa M. Gualmini

Servizio di Ingegneria Clinica

Ing. M. Garagnani, Ing. L. Traldi

Direzione Assistenza Farmaceutica

Dott.sse N. Viani, M. Bacchelli

Servizio Unico Attività Tecniche

Ing. G. Bellettato, Ing. A. Bertacchi



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

COORDINAMENTO

Controllo di Gestione

Dott. F. Franchini