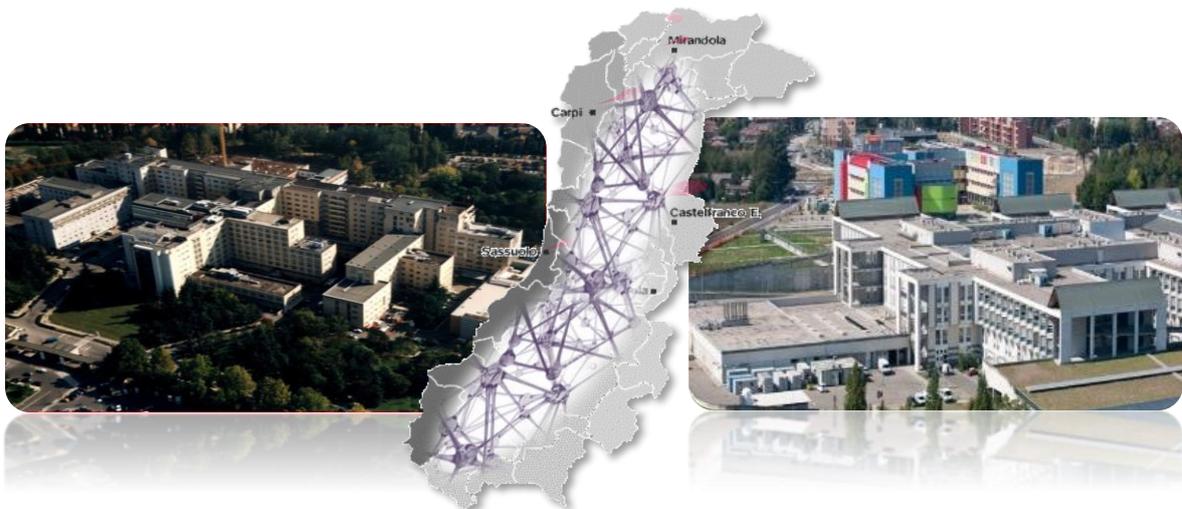


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

PIANO della PERFORMANCE "PdP" 2023-2025

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena



Sommario

1. Impegni strategici e dimensioni della performance	4
1.1. Dimensione di performance dell’utente	9
1.1.1. Area di performance dell’accesso e della domanda	9
1.1.2. Area di performance dell’integrazione	18
1.1.3. Area di performance degli esiti	22
1.2. Dimensione di performance dei processi interni	24
1.2.1. Area di performance della produzione	24
1.2.2. Area di performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	32
1.2.3. Area di performance dell’organizzazione	36
1.2.4. Area di performance dell’anticorruzione e della trasparenza	38
1.3. Dimensione di performance della ricerca, dell’innovazione e dello sviluppo	40
1.3.1. Area di performance della ricerca e della didattica e Area di performance dello sviluppo organizzativo	40
1.4. Dimensione di performance della sostenibilità	47
1.4.1. Area di performance economico-finanziaria	47
<i>I dati economici</i>	49
<i>Assistenza farmaceutica</i>	51
1.4.2. Area di performance degli investimenti	56
<i>Piano investimenti 2023/2025</i>	59
2. Misurazione e valutazione della performance	66
2.1. Il percorso di budget	67
2.1.1. La scheda di budget	67
2.2. Sistema di valutazione della performance	71
2.2.1. La valutazione della performance organizzativa: “webbudgetDante”	73
2.2.2. La valutazione della performance individuale: “WHR-TIME gru-rer”	79
2.3. Contesto di monitoraggio aziendale e regionale	83
2.4. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano	84
2.5. Definizione del Piano Operativo Aziendale e Budget (annuale)	88
2.6. Verifica periodica dei risultati	92
3. Indicatori di performance	94
3.1. Collegamento con Obiettivi di Mandato dei Direttori Generali	98
3.2. Indicatori PDP 2023-2025: sintesi della performance 2022	101
Credits	107

NOTA METODOLOGICA

Il documento è stato redatto in linea con quanto previsto dall'indice definito nella delibera 3/2016 dell'OIV Regionale, aggiornato ai sensi della nota OIV SSR del 14/5/2018, DGR 819 del 31/5/2021 e DGR 990 del 19/6/2023. La stesura è stata coordinata dal Controllo di Gestione, con il supporto del Servizio Assicurazione Qualità per i contributi di afferenza all'area sanitaria ed in collaborazione con i servizi aziendali referenti su ciascuna area di attività.

In linea con le direttive contenute nella citata DGR 990/2023 “Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR”, il PdP 2023-2025 è stato redatto secondo il nuovo indice di riferimento e trova collocazione all'interno del PIAO 2023-2025 della AOU di Modena.



1. Impegni strategici e dimensioni della performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Funzioni di Ospedale di prossimità e di area

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

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

B. Funzioni di Hub per il bacino di utenza provinciale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E' chiaro dunque che un quadro programmatico del triennio 2023-2025 non può prescindere dal ribadire gli obiettivi individuati come prioritari per assicurare l'armonizzazione delle realtà specifiche dei due stabilimenti che compongono l'Azienda, che devono perseguire la massima sinergia interna e rafforzare costantemente la collaborazione esterna con la rete dell'assistenza provinciale. Il tutto rivisto con una visione sempre attenta rispetto alla gestione di eventuali recrudescenze epidemiche, e con il bagaglio esperienziale maturato in termini di revisione flessibile delle modalità organizzative che ha permesso di far fronte ai picchi epidemici, concentrando le risorse per al contempo mantenere una garanzia di erogazione di prestazioni necessarie per dare risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento.

Con la progressiva conclusione della fase pandemica, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha costantemente promosso la rapida ripresa a pieno regime di tutte le attività assistenziali e nel triennio 2023-2025 proseguirà lo sforzo per il recupero delle liste di attesa, con particolare riferimento all'ambito chirurgico.

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

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

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

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

1.1. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE

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

1.1.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA

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

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

Accesso ai ricoveri programmati e gestione dei relativi tempi di attesa

Conclusa la fase pandemica che ha impegnato in maniera significativa i presidi aziendali per tutto il triennio 2020-2022, durante il quale sono state sempre garantite tutte le attività urgenti, non procrastinabili e trapiantologiche ma che ha anche determinato la necessità di attuare significative rimodulazioni delle attività chirurgiche programmate per riorientare le risorse verso i settori maggiormente interessati dalla pressione in termini di ricoveri di pazienti da PS (Covid+), l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha costantemente favorito la rapida ripresa delle attività chirurgiche, promuovendo il recupero delle liste di attesa anche di interventi a minor complessità, che hanno subito rinvii.

Nonostante la criticità Aziendale indotta dall'indisponibilità presso lo stabilimento Policlinico di uno dei due blocchi operatori principali, AOU ha avviato un progressivo potenziamento dell'offerta chirurgica attraverso una riorganizzazione complessiva delle attività sui due presidi aziendali (Policlinico ed Ospedale Civile), sia in termini di setting che di sede fisica, al fine di perseguire l'obiettivo, anche dettato dal livello regionale, di ripristinare la capacità produttiva totale dell'anno 2019 (standard pre-pandemico).

Per favorire il raggiungimento degli obiettivi specifici in tale ambito (principali riferimenti DGR 272/2017 e DGR 1685/22) si è lavorato e ci si prefigge di continuare con l'impegno aziendale su alcuni ambiti di intervento organizzativo, mirato al miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse di area chirurgica. Si delineano alcune azioni principali, che saranno oggetto di continua implementazione anche nel triennio futuro:

- rafforzamento della collaborazione in ambito provinciale, anche attraverso l'istituzione di una Cabina di regia provinciale sulle piattaforme chirurgiche finalizzata a favorire l'utilizzo comune dei blocchi operatori e delle aree ambulatoriali, che già da maggio 2022 ha sostenuto il processo di recupero delle

- liste di attesa per chirurgia a medio-bassa complessità in provincia. Sempre nell'ambito di questa progettualità, AOU sostiene le attività chirurgiche di AUSL che accedono alla piattaforma robotica dell'Ospedale Civile per attività di chirurgia Urologica;
- rafforzamento dell'integrazione tra i due stabilimenti dell'Azienda, che nell'anno 2022 ha visto il trasferimento della UOC Chirurgia Toracica ed il ricollocamento parte dell'attività di due Unità Operative (Ortopedia ed Otorinolaringoiatria) presso lo stabilimento di Baggiovara;
 - revisione dell'organizzazione delle attività, al fine di implementare la disponibilità di spazi, con possibilità di ampliamento dell'attività chirurgica su sei giornate settimanali, con svolgimento regolare di attività chirurgica nella giornata di sabato;
 - istituzione di un gruppo di lavoro sulla chirurgia robotica con il coinvolgimento di un gruppo di professionisti aziendali afferenti alle UO attualmente utilizzatrici della piattaforma robotica che si occuperà anche di valutare, tenendo anche conto delle condizioni dettate dall'attuale congiuntura economica aziendale, la sostenibilità delle attività già avviate e le eventuali nuove proposte di accesso alla piattaforma robotica, secondo criteri relativi a efficacia, sicurezza, costi ed impatto organizzativo in base alle più attuali indicazioni e linee guida in materia;
 - sostegno allo sviluppo di settori ad elevata complessità, come la Chirurgia dei trapianti, in ragione del significativo e progressivo aumento di attività trapiantologica che si è verificato dopo la pandemia (oltre 30%) e che ha riguardato non solo il trapianto da cadavere ma anche lo sviluppo di programmi di trapianto da donatore vivente, sia di rene che di fegato;
 - mantenimento e sviluppo delle numerose eccellenze e centri di riferimento presenti in Azienda (ad esempio Chirurgia della mano, Otorinolaringoiatria), nonché delle funzioni di HUB ricoperta da numerose UOC Chirurgiche (come ad esempio Chirurgia Pediatrica, Plastica, Vascolare, Neurochirurgia, Ch. Maxillo Facciale);
 - miglioramento dei flussi informativi verso la Regione, con istituzione un gruppo di lavoro tecnico per la gestione delle Liste d'attesa in collaborazione con Servizio Tecnologie dell'informazione e Controllo di gestione, con l'obiettivo di omogeneizzare gli interventi tecnici ed efficientare le analisi sugli scarti SIGLA, e rispondere alle richieste del livello regionale relative all'implementazione e modifica dei flussi esistenti;
 - continuo miglioramento della risposta aziendale al mantenimento dei tempi di attesa per intervento chirurgico, con revisione del percorso pre-ricovero e gestione delle liste di attesa, ai fini di migliorare il percorso del paziente chirurgico e garantire la costante e continua pulizia delle liste di attesa nonché il monitoraggio dei tempi di attesa, in risposta agli obiettivi regionali sul tema.

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

L'AOU Modena garantirà la costante collaborazione con l'Azienda UsI per la messa in campo di azioni di miglioramento volte al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso CUP (classi di priorità U, B, D, P) entro gli standard definiti dal Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 (DGR 603/2019).

In particolare, anche per il triennio 2023-2025, sarà confermato l'impegno dell'Azienda nell'attuazione delle azioni di miglioramento, condivise nelle riunioni periodiche della "Cabina di regia provinciale sulla specialistica ambulatoriale, istituita dalle Direzioni sanitarie delle Aziende provinciali:

- ✓ prosecuzione del processo di ripristino dei volumi di offerta pre-covid (compatibilmente con le risorse professionali disponibili in organico, correlate anche al raggiungimento degli obiettivi regionali in materia);
- ✓ apertura dei calendari di prenotazione delle agende con proiezione almeno semestrale, fino al tendenziale raggiungimento della proiezione annuale;
- ✓ garanzia dei percorsi dell'urgenza U e B, secondo i criteri condivisi nel Catalogo provinciale delle Urgenze della Specialistica Ambulatoriale (aggiornato periodicamente sulla base dei criteri di appropriatezza prescrittiva regionale);
- ✓ realizzazione di percorsi clinico-assistenziali appropriati ed efficienti (creazione di reti cliniche interaziendali).

In merito al tema abbattimento delle liste di attesa ambulatoriali, il principale obiettivo aziendale nel triennio 2023 -2025, in linea con le indicazioni regionali, sarà quello di concorrere, di concerto con l'Azienda AusI, al mantenimento dell'indice di performance provinciale (visite e prestazioni strumentali diagnostiche priorità D) \geq 90%, tendendo progressivamente al raggiungimento dei valori delle performance medie regionali del periodo pre-pandemico (media regionale dell'Indice di Performance: 95 – 97%).

Al fine del raggiungimento degli obiettivi annuali di programmazione regionale, proseguiranno inoltre gli incontri e le attività della Cabina di Regia provinciale sulla specialistica ambulatoriale.

Al fine di perseguire strategie miglioramento e superamento delle specifiche problematiche riguardanti le modalità di accesso e fruizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nel 2022 è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro aziendale (nota del Direttore Generale AOU MO Prot.n. 28964 del 07/10/2022), costituito da referenti della Direzione Sanitaria, Direzione Professioni Sanitarie, Servizio Attività Amministrative Ospedaliere, Ufficio Comunicazione, successivamente ampliato con referenti del Servizio Tecnologie dell'Informazione, Servizio Unico di Ingegneria Clinica e Controllo di Gestione), che ha elaborato un Piano di Miglioramento aziendale per i percorsi della specialistica ambulatoriale (Delibera del Direttore Generale n. 96

del 20/06/2023); il gruppo di lavoro nel triennio 2023-2025 proseguirà nell'attuazione e monitoraggio degli obiettivi declinati nel Piano.

In particolare, oltre al tema dell'abbattimento delle liste di attesa ambulatoriali, l'impegno dell'Azienda, anche per il triennio 2023-2025, sarà volto a proseguire il miglioramento delle proprie performance nei seguenti ambiti:

- Appropriately prescrittiva
- Implementazione presa in carico specialistica
- Corretta prescrizione e rendicontazione delle prestazioni attraverso l'utilizzo dell'impegnativa dematerializzata (DEMA)

Appropriatezza prescrittiva

In merito all'appropriatezza prescrittiva proseguirà il recepimento e la diffusione a tutti i medici prescrittori dei criteri clinici prescrittivi che la Regione, in condivisione con una rappresentanza di specialisti, sta emanando per le diverse classi di priorità, sia per le visite specialistiche che per la diagnostica (<https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/visite-ed-esami/accesso-appropriato>).

Inoltre, nell'ambito delle urgenze U e B, congiuntamente con l'Azienda Usl, proseguirà l'aggiornamento periodico e la diffusione a tutti i prescrittori provinciali dei criteri clinici formulati nell'ambito del Catalogo Provinciale delle Urgenze della Specialistica Ambulatoriale.

Continuerà ad essere implementato uno specifico Programma per il miglioramento della appropriatezza prescrittiva in medicina di laboratorio.

Presa in carico

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

Al fine di potenziare tutti gli aspetti della presa in carico sarà fondamentale proseguire il recepimento a livello locale dei PDTA definiti a livello regionale, l'estensione a livello aziendale di percorsi di Day-Service - Ambulatoriali (DSA), anche nell'ambito delle reti cliniche provinciali.

DEMA

Al fine di garantire un'adeguata rendicontazione e valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali effettuate, sarà fondamentale garantire l'utilizzo capillare dell'impegnativa dematerializzata (DEMA), correttamente compilata, per tutte le prestazioni specialistiche prescritte ed erogate dalle Strutture

dell’Azienda. Dal 2024, infatti, per il superamento del flusso ASA, la rendicontazione e il riconoscimento delle prestazioni ambulatoriali, da parte della Regione, avverrà sulla base del flusso DEMA.

Sarà fondamentale proseguire nelle azioni volte a massimizzare la chiusura delle Ricette DEMA per le prestazioni erogate (obiettivo regionale: $\geq 95\%$).

Telemedicina

Saranno ripresi e sviluppati progetti di telemedicina, con particolare riferimento alla televisita e teleconsulto, (in applicazione della DGR n. 1227 del 02/08/2021 e della DGR n. 1050 del 26/06/2023), nell’ambito della Rete interaziendale sulla Telemedicina.

In ambito di teleconsulto, di concerto con l’Azienda Usl proseguirà e sarà implementato il Progetto “Specialista ON CALL”, attraverso il coinvolgimento dei professionisti afferenti ad ulteriori branche specialistiche.

Il Progetto, che consente ai MMG di consultare gli Specialisti in tempo reale per la gestione di casi clinici specifici, si conferma essere uno strumento molto efficace di miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche, oltre che un’opportunità di crescita professionale dei MMG.

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

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

- la rilevazione dell’algoritmo NEDOCS, che sarà oggetto di revisione da parte della Regione e fornirà una fotografia sempre più fedele della situazione di affollamento dei PS;
- un supporto quotidiano e costante, in continuo miglioramento e aggiornamento, della funzione di bed management, finalizzato ad ottimizzare l’utilizzo della risorsa posto letto mediante un puntuale governo delle fasi di ricovero e di dimissione;
- percorsi di accesso diretto agli specialisti tramite urgenze U o dedicati a gruppi di patologie (fast track e punti di accesso diretto);
- modelli organizzativi che facilitano il governo della risorsa posto letto, e favoriscono un elevato turnover dei pazienti ricoverati, al fine di migliorare le fasi di output dal setting del PS;
- modelli organizzativi che favoriscono una efficace sinergia tra gli ospedali AOU, da una parte, e una costante interfaccia con gli altri ospedali della provincia e le strutture territoriali dall’altra, al fine di favorire le opportune dimissioni (migliorandone anche l’appropriatezza) dagli ospedali AOU verso il territorio o verso gli ospedali spoke del distretto di provenienza del paziente;
- percorsi di consulenze/esami post-dimissione da PS

In particolare, sono attivi presso il Policlinico i fast track ortopedico, dermatologico, otorinolaringoiatrico e chirurgico vascolare e presso l'Ospedale Civile i fast track ortopedico, chirurgico vascolare e urologico; i percorsi di fast track prevedono che, definiti a priori alcuni quadri sintomatologici, e in caso di patologia monospecialistica a basso rischio e/o bassa gravità, l'infermiere triagista possa inviare il paziente all'ambulatorio specialistico più appropriato, per presa in carico specialistica sino alla dimissione, senza che avvenga la presa in carico da parte del medico di PS generale, con evidente vantaggio in termini di efficienza e nella riduzione del tempo di attesa per il paziente, del sovraffollamento del PS e dello stress degli operatori sanitari di PS.

Come previsto dalla DGR n. 1129 del 2019 avente ad oggetto "piano di miglioramento dell'accesso in emergenza-urgenza sanitaria", per i pazienti che non riescano a fruire, nell'ambito del tempo di permanenza in PS, di consulenza specialistica, differibile e ritenuta necessaria dal medico di PS, specialmente di notte o nei giorni festivi, sono attivi percorsi di consulenze post-dimissione, che prevedono di riservare ai pazienti visitati in PS alcuni spazi nelle agende ambulatoriali specialistiche, con prenotazione direttamente effettuata dal medico di PS, che prima di dimettere il paziente, gli comunica data e luogo della visita ambulatoriale specialistica o dell'esame, prenotati e utili a completare l'inquadramento diagnostico del paziente, possibilmente entro 24-36 ore dalla dimissione da PS.

Sarà da favorire l'istituzione di aree di Admission room nei PS (o nelle immediate vicinanze), in grado di ospitare pazienti in fase di boarding, per i quali il medico di PS abbia già posto indicazione al ricovero/dimissione e per i quali si attenda il posto letto in reparto, oppure l'arrivo dei trasporti per il rientro a domicilio/struttura territoriale/altro ospedale.

Tali aree potranno essere gestite prevalentemente da personale infermieristico e funzionare in maniera flessibile, anche soltanto per alcune fasce orarie oppure nei periodi dell'anno particolarmente impegnativi da un punto di vista degli accessi e del sovraffollamento, ad esempio a causa del consueto picco epidemologico influenzale invernale.

E' entrato in funzione a pieno regime il nuovo Sistema di classificazione codici di priorità secondo 5 livelli (rosso-emergenze; arancione-urgenze indifferibili; azzurro-urgenze differibili; verde-urgenze minori; bianco-non urgenze).

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

Tramite la sperimentazione della presa in carico infermieristica, si ritiene di fornire assistenza ad alcune tipologie di pazienti ancor prima che avvenga la presa in carico medica, impiegando al meglio il tempo di attesa nelle fasi di post triage, e nei tempi tra una valutazione medica e l'altra, dopo aver presentato al paziente una adeguata informativa: sono stati avviati protocolli che prevedono la gestione infermieristica (anticipata e

preliminare alla visita medica, in fase di post triage) del dolore toracico o addominale non traumatico, la gestione precoce di altre tipologie di dolore e la gestione del paziente con perdita di coscienza transitoria.

L’infermiere esperto è in grado di richiedere, sulla base del percorso attivato, il più appropriato profilo di esami ematochimici, secondo quanto concordato in specifiche procedure preventivamente definite con i responsabili delle strutture.

Si è deciso inoltre di investire, almeno in alcune fasce orarie, nella funzione dell’infermiere Case manager, che agevola il rientro al domicilio del paziente, l’inserimento presso le strutture sanitarie territoriali, impostando ed avviando percorsi di presa in carico territoriale socio-sanitaria.

Numerose sono state e saranno le iniziative volte a facilitare la gestione dei flussi e dei picchi di accesso, con una particolare attenzione per l’umanizzazione delle cure che la corretta gestione di questi percorsi è in grado di determinare, a diretto vantaggio del paziente e degli operatori di PS.

Nei PS AOU si fornisce supporto psicologico a pazienti e caregiver, prima dell’attivazione, anche differita, di altre funzioni, e anche in caso di eventi luttuosi; è inoltre disponibile la figura del mediatore culturale per pazienti stranieri con barriera linguistica.

Il Progetto “spezza l’attesa” prevede la presenza delle associazioni di volontariato nelle sale d’attesa dei PS, al fine di fornire informazioni generali sui percorsi e supporto ai pazienti in attesa.

Nelle sale d’attesa sono presenti monitor esplicativi delle tempistiche di trattamento e affollamento dei PS.

I Pronto soccorso costituiscono anche il primo punto di accesso alle cure ospedaliere per pazienti vittime di violenza di genere, di violenza sessuale o per minori vittime di abusi o violenza: gli operatori di pronto soccorso collaborano con gli altri specialisti, sulla base dei protocolli e dei percorsi aziendali, alla corretta gestione di queste situazioni così delicate, non solo da un punto di vista clinico assistenziale.

Un’attenzione particolare è rivolta anche a garantire adeguati percorsi di cure palliative: con la rete provinciale delle Cure palliative esistono da tempo rapporti diretti e regolamentati da protocolli condivisi, finalizzati al riconoscimento in PS dei pazienti in cure palliative domiciliari e soprattutto all’impostazione, da parte del medico di PS, di percorsi palliativi domiciliari per pazienti in dimissione o alla segnalazione dei pazienti alla rete di cure palliative, anche se momentaneamente ricoverati.

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

In particolare, presso il PS dell’Ospedale civile prenderanno avvio alcuni importanti lavori strutturali, finanziati con fondi ministeriali, volti a facilitare il distanziamento dei pazienti e dei loro accompagnatori e la separazione dei percorsi sporco/pulito, anche e soprattutto nell’eventualità di nuovi eventi pandemici.

I Pronto soccorso AOU sono comunque già predisposti, da un punto di vista strutturale e di percorsi, per garantire, in caso di recrudescenze pandemiche:

- l’organizzazione di idonei ed adeguati spazi di attesa atti a consentire il distanziamento interpersonale;

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

In seguito all'esperienza della gestione della pandemia Covid, l'organizzazione funzionale degli spazi di PS è flessibile e capace di adattarsi nel giro di poche ore a nuove esigenze dettate da un contesto epidemiologico in continuo cambiamento.

Rispetto alle innovazioni organizzative, è prevista la realizzazione, di concerto con l'Ausl di Modena, nell'ambito dell'applicazione delle- Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza in Emilia Romagna - DGR Num. 1206 del 17/07/2023, di un Centro di Assistenza e Urgenza (CAU) intraospedaliero. I CAU, afferenti alla rete assistenziale delle cure primarie, pur nella loro natura sperimentale rappresentano un modello di applicazione del DM77 per gli aspetti relativi alla Continuità Assistenziale; sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso.

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	Percentuale 2022	TREND 2023-2025
UTENTE	Accesso e Domanda	Accesso e Domanda		
		Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	66.72	Mantenimento/miglioramento
		Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	86.2	Mantenimento/miglioramento
		Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	78.29	Mantenimento/miglioramento
		Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	69.76	Mantenimento/miglioramento

	% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO	94.13	Mantenimento/ miglioramento
	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	71.9	Mantenimento/ miglioramento
	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	98.74	Mantenimento/ miglioramento
	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	82.2	Mantenimento/ miglioramento
	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	80.44	Mantenimento/ miglioramento
	% abbandoni dal Pronto Soccorso	5.1	Tendenziale miglioramento
	Tasso std di accessi in PS	389.11	
	Indice di filtro del PS	24.03	Mantenimento
	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - Indicatore NSG: D09Z	-	
	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - Indicatore NSG: H01Z	120.7	Tendenziale miglioramento
	Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	88.69	Tendenziale miglioramento

		Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	54.95	Tendenziale miglioramento
		Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	58.99	Tendenziale miglioramento
		Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	-	
		% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	49.64	Tendenziale miglioramento
		Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	10.19	Tendenziale miglioramento

1.1.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE

Nell'ambito dell'integrazione, l'Azienda perseguirà nel triennio 2023-2025 la collaborazione tra le Aziende Sanitarie provinciali, lo sviluppo ed implementazione di un modello organizzativo basato su un sistema di Reti clinico-assistenziali a valenza provinciale che assicuri la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

Nella Rete saranno individuati i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Attraverso le reti provinciali si intendono perseguire anche i seguenti obiettivi:

- assicurare qualità e sicurezza delle cure
- garantire equità e tempestività di accesso alle cure per i pazienti
- assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale
- assicurare la gestione della/e patologia/e prevalente/i, garantendo che gli stessi standard di prestazioni siano erogati in tutto il territorio provinciale
- coniugare l'appropriatezza del percorso clinico-assistenziale con la sostenibilità economica

Al momento attuale sono in corso di sviluppo le seguenti reti provinciali:

- RETE ONCO-EMATOLOGICA (Prioritaria)
- SCREENING ONCOLOGICI
- RETE CURE PALLIATIVE ADULTI - (Prioritaria)
- RETE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE (CPP) (*) - (Prioritaria)
- RETE MATERNO-INFANTILE (Prioritaria)
- RETE EMERGENZA-URGENZA (Prioritaria)
- RETE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (NPI) - (Prioritaria)
- RETE RIABILITATIVA PEDIATRICA (Prioritaria)
- RETE EPATOPATIE CRONICHE (Prioritaria)
- RETE RIABILITATIVA ADULTI (Prioritaria)
- RETE TERAPIA DEL DOLORE (*)
- RETE CARDIOLOGICA E CHIRURGIA VASCOLARE (*)
- RETI TEMPO-DIPENDENTI (*)
- RETE DIABETOLOGICA (ADULTI E BAMBINI)
- RETE NEFROLOGICA
- RETE DERMATOLOGICA
- RETE REUMATOLOGICA
- A queste si affiancano i seguenti progetti organizzativi
- LABORATORI (Prioritaria)
- POLITICHE DEL FARMACO (Prioritaria)
- CARTELLA PROVINCIALE INFORMATIZZATA (Prioritaria)
- CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE
- CONTRASTO AL MALTRATTAMENTO E ABUSO SUI BAMBINI
- PIATTAFORMA PROVINCIALE TECNOLOGIE BIOMEDICHE
- CABINA DI REGIA PROVINCIALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE (Prioritaria)
- CABINA DI REGIA PROVINCIALE PIATTAFORME CHIRURGICHE (Prioritaria)
- TELEMEDICINA

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	Percentuale 2022	TREND 2023-2025
UTENTE	Integrazione	Integrazione		
		Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - Indicatore NSG: D03C	272.71	Tendenziale miglioramento
		Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Indicatore NSG: D04C	88.11	Mantenimento
		Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	26.44	Mantenimento
		Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	20.05	Mantenimento
		% di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - Indicatore NSG: D27C	4.97	Tendenziale miglioramento
		Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - Indicatore NSG: D29C	183.87	Tendenziale miglioramento
		Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D05C	21.7	Tendenziale miglioramento
		Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	177.95	Tendenziale miglioramento
		Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	1.21	Tendenziale miglioramento
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - Indicatore NSG: D22Z	85.03	Tendenziale miglioramento
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - Indicatore NSG: D30Z	43.3	Tendenziale miglioramento		

		% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni - Indicatore NSG: D32Z	23.81	Tendenziale miglioramento
		% IVG medica sul totale IVG	89.65	Tendenziale miglioramento
		% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	9.2	Mantenimento
		% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	8.37	Mantenimento
		N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: D33Z	38.02	Mantenimento

1.1.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI

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

Rimane elevata l'attenzione, pertanto, agli indicatori specifici in questo ambito, il cui andamento fornisce le basi per la strutturazione di valutazioni più ampie, coinvolgenti molteplici professionalità, volte alla verifica dei percorsi clinico-organizzativi connessi, e alle conseguenti identificazione ed implementazione di opportune ed appropriate azioni di miglioramento ove se ne ravveda la necessità.

La valutazione dei risultati degli indicatori volti a misurare la qualità dell'assistenza al parto, la rilevazione di misurazioni inerenti interventi chirurgici (quali ad es. tempi di attesa per effettuazione specifici interventi chirurgici, % di pazienti sottoposti a specifici interventi chirurgici entro un determinato intervallo temporale, etc.), il monitoraggio della mortalità successiva a trattamenti specialistici in urgenza ma anche alla presa in carico congiunta con il territorio di casistica cronica, la rilevazione di misurazioni volte al mantenimento della qualità di assistenza nella rete neurologica che permette il trattamento tempestivo degli episodi di ictus, l'osservazione degli andamenti post chirurgici nell'ambito della casistica oncologica, rappresentano aspetti e dimensioni la cui valutazioni risulta imprescindibile nell'ottica di un costante incremento del livello qualitativo dell'assistenza.

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	Percentuale 2022	TREND 2023-2025	
UTENTE	Esiti	Esiti			
		Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	7.89	Miglioramento	
		Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	46.41	Mantenimento	
		Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	9.48	Mantenimento	
		Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0.84	Mantenimento	
		Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1.76	Mantenimento	
		Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1.9	Mantenimento	
		Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	7.1	Mantenimento	
		Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2	Tendenziale Miglioramento	
		BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	9.91	Mantenimento	
		Colecistectomia laparoscopica: % interventi in	83.8	Mantenimento	

		reparti con volume di attività > 90 casi		
		Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - Indicatore NSG: H03C	5.54	Mantenimento
		Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	6.73	Mantenimento
		Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	5.61	Mantenimento
		% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - Indicatore NSG: H17C	10.84	Tendenziale Miglioramento
		% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - Indicatore NSG: H18C	17.69	Mantenimento
		Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0.47	Mantenimento
		Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1.1	Mantenimento
		Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	Mantenimento
		% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore (*) in regime ordinario	65.13	Tendenziale Miglioramento
		Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0.82	Tendenziale Miglioramento
		Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici	1.86	Mantenimento
		Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - Indicatore NSG: D01C	23.13	Mantenimento
		Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - Indicatore NSG: D02C	17.7	Mantenimento

1.2. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

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

1.2.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE

Governo del sistema “Azienda Sanitaria”

La Direzione aziendale dovrà garantire:

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

Le politiche delle cure ospedaliere

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

L’Azienda proseguirà nell’impegno per:

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

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

I principali impegni nell'ambito della produzione

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

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

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

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

In particolare, proseguirà la realizzazione e il monitoraggio dei percorsi clinico-organizzativi definiti nell'ambito delle seguenti reti interaziendali (prioritarie):

- rete materno-infantile
- rete cure palliative pediatriche
- rete neuropsichiatria infantile
- rete diabetologica pediatrica
- rete riabilitative pediatrica

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

Area oncologica e delle cure palliative:

Nel triennio 2023-2025 verrà data applicazione a quanto previsto dalla DGR n. 2316 del 27/12/2022 sulla istituzione della Rete Oncologica ed Emato-Oncologica della Regione Emilia-Romagna e alle relative linee di indirizzo, finalizzate ad assicurare la migliore qualità e appropriatezza delle cure per il paziente in un processo assistenziale efficace e sicuro che connette e integra l'ospedale e il territorio.

Sarà pertanto applicato anche a livello locale il modello del Comprehensive Cancer Care Network, il quale garantisce, la maggiore uniformità possibile in termini di accesso, gestione clinica e assistenziale, governance e monitoraggio dei risultati ai fini sia clinici, sia di ricerca. Lo scopo è quello di garantire ai cittadini cure, assistenza e servizi sempre più di alta qualità e, al tempo stesso, vicini in termini di prossimità al domicilio.

Come già esplicitato, è stata istituita, di concerto con l'Ausl di Modena, la rete provinciale onco-ematologica, che proseguirà i suoi lavori per l'elaborazione e applicazione del modello locale.

In questo contesto, la condivisione di approcci terapeutici e percorsi diagnostici è fondamentale in tale ambito, per rafforzare una presa in carico omogenea sul territorio provinciale dei pazienti affetti da patologie onco-ematologiche. Ciò verrà realizzato nell'ambito della strutturazione della rete oncologica e oncoematologica provinciale, mediante la massima condivisione tra tutte le componenti professionali nella formulazione ed implementazione di PDTA, con punti di accesso equamente distribuiti a livello territoriale, con l'obiettivo di consolidare un'adeguata presa in carico dei pazienti garantendo al contempo continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera, condivisione e gestione di programmi di follow up, che tengano in considerazione i diversi profili di rischio dei pazienti, oltre alla necessità di garantire appropriatezza all'accesso alle cure ospedaliere, evitandone il ricorso ove non necessario, e garantendo il miglior setting erogativo in funzione dell'appropriatezza clinico-organizzativa. Nell'ambito del consolidamento della rete oncologica ed oncoematologica provinciale, verranno rafforzati percorsi volti a garantire un'efficace continuità ospedale-territorio, nonché l'oncologia di prossimità, mediante strutturazione e potenziamento delle interconnessioni presenti tra strutture ospedaliere e territoriali, ricorrendo anche, ove necessario e possibile, a strumenti di telemedicina, in linea con i principi contenuti nel DM 77/2022.

L'AOU di Modena continuerà a garantire il proprio ruolo nell'ambito delle cure palliative-Hospice, ma anche delle cure simultanee precoci, promuovendo il consolidamento di percorsi condivisi volti all'individuazione precoce del bisogno di cure palliative e la conseguente presa in carico precoce del malato e della sua famiglia. Permarrà la forte integrazione con l'assistenza domiciliare per le fasi di dimissioni protette al domicilio.

Dato il ruolo fondamentale nella gestione clinica personalizzata dei malati oncologici rappresentato dalla profilazione genomica della neoplasia ed il costante incremento del numero dei biomarcatori da valutare nella pratica clinica per l'impiego delle terapie a bersaglio molecolare, l'AOU di Modena continuerà a lavorare sull'implementazione e lo sviluppo dell'ambito della diagnostica genomica e molecolare, grazie alla presenza di tecnologie e di competenze di alto livello, in linea con le evidenze scientifiche nonché le indicazioni

normative ministeriali e regionali, nell'ottica di perseguire una medicina di precisione e la personalizzazione delle cure.

In tal senso, ha rilevanza l'Istituzione della piattaforma interaziendale next generation sequencing (NGS) di riferimento per la rete oncologica ed emato- oncologica provinciale (Deliberazione del Direttore Generale N° 133 del 19/07/2023).

E' stato avviato e proseguirà il percorso di progettazione di una nuova officina UFA (Unità Farmaci Antitumorali) che sarà realizzata secondo le indicazioni contenute nella direttiva 2005/28/CE recante "principi e linee guida per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali" e nel comunicato AIFA - Ispettorato GCP- "Requisiti per gli allestimenti/ricostituzioni/ preparazioni galeniche sterili in farmacia nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali" del 06/07/2023. Tale progettualità terrà conto anche delle valutazioni relative alla costruzione della Rete onco-ematologica provinciale e delle relative piattaforme.

Area chirurgica: Nell'ottica di ottimizzare l'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse in tale area, si continueranno a perseguire dinamiche di piattaforma, così come indicato dal quadro normativo regionale di riferimento.

Considerata solida l'organizzazione provinciale in ambito di concentrazione degli interventi chirurgici oncologici e a più alta complessità presso le sedi ospedaliere hub e di riferimento per area, come già anticipato, dovrà essere rafforzata la collaborazione per consentire un'organizzazione integrata a livello provinciale che preveda l'effettuazione di chirurgia a media-bassa complessità presso i nodi periferici della rete ospedaliera. Il principio di lavoro in rete integrata inoltre potrà permettere una condivisione relativamente ad approcci e gestione di liste d'attesa, ottimizzando la presa in carico dei pazienti e il rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità. E' previsto un continuo sviluppo della piattaforma robotica con applicazione a diversi ambiti di disciplina.

Si proseguirà con il rafforzamento delle collaborazioni inter-stabilimento, in base a un percorso già tracciato, pur tenendo presente che le riorganizzazioni inducono la necessità di adeguamento delle tipologie di interventi chirurgici effettuati; infatti, non tutta l'attività sarà ricollocabile e/o trasferibile poiché i due stabilimenti hanno vocazioni, professionalità, dotazioni tecnico-strumentali diverse e modellate sulle specialità chirurgiche che vi risiedono, e sussistono fattori "limitanti" non modificabili come la dotazione di posti letto.

Sono previste progettazioni strutturali che mirano ad aumentare le potenzialità aziendali in termini di spazi di sala operatoria e relative degenze, sia presso lo stabilimento Policlinico, dove è in fase conclusiva la progettazione del nuovo blocco operatorio "NBT" con la realizzazione al II piano di nuove sale operatorie altamente tecnologiche, sia presso l'Ospedale Civile con una progettazione che prevede la predisposizione in aree al grezzo di un nuovo blocco di sale chirurgiche e di un settore di degenza.

Area laboratorio: nel triennio 2023-2025 proseguirà la progettazione provinciale relativa alla riorganizzazione della piattaforma di laboratori modenesi, che prevede il miglioramento del servizio di diagnostica di laboratorio promuovendo sia l'innovazione tecnologica che organizzativa. In particolare, il progetto prevede il trasferimento di gran parte dei campioni dal Laboratorio Centralizzato del Policlinico (AOU) presso il Laboratorio BLU (AUSL) dell'Ospedale Civile di Baggiovara. Si arriverà al mantenimento presso il Policlinico delle funzioni di laboratorio a risposta rapida e delle competenze di diagnostiche specialistiche che caratterizzano la struttura (con particolare riferimento all'Onco-ematologia, Neonatologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Medicina trasfusionale).

Inoltre, si proseguirà nelle attività correlate al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- revisione dell'offerta POCT in linea con le indicazioni presenti nella DGR 265/2023 – Dispositivi Point of Care Testing – indicazioni regionali in merito all'organizzazione, all'utilizzo e all'accesso in regime SSN;
- implementazione della presa in carico dei pazienti oncologici nei Centri Prelievo di prossimità;
- individuazione di protocolli condivisi sull'appropriatezza della richiesta di analisi di laboratorio (es. richiesta dosaggio vit. D per pz ricoverati).

Si mantiene l'impegno nel settore dedicato alla diagnostica COVID, che ha avuto un esplosivo sviluppo nel corso dell'emergenza pandemica portando ad una rapidissima evoluzione dei settori microbiologici e virologici e alla necessità di continuo aggiornamento rispetto alle nuove metodiche e affinamenti diagnostici. Inoltre si conferma l'impegno per il rafforzamento della piattaforma di genomica e biologia molecolare presente presso il Policlinico nel contesto del Dipartimento interaziendale laboratori e onco-ematologico. Lo sviluppo, sempre più importante delle tecnologie omiche e l'esponenziale aumento delle potenzialità applicative di queste tecnologie nella diagnostica oncologica e delle malattie rare, e del loro impatto nella medicina personalizzata, rende imprescindibile l'impegno per mantenere livelli elevati di potenzialità di risposta in tale ambito specialistico, grazie alla presenza di tecnologie e di competenze di alto livello.

Inoltre, si conferma l'impegno ed il contributo da parte dell'AOU per il rafforzamento di piattaforme produttive di genomica e biologia molecolare, strutturate in base alla dotazione di risorse tecnologiche e professionali presenti nelle Strutture Sanitarie, ed in linea con le indicazioni regionali, con l'obiettivo perseguire un efficientamento del sistema (ottimizzazione dell'utilizzo di risorse, accessibilità, tempistiche di erogazione) ed un contestuale raggiungimento di elevati livelli di efficacia nella diagnostica genomica e molecolare e nel perseguire trattamenti personalizzati.

In particolare, come già esplicitato, si prevede il consolidamento della strutturazione di piattaforme per l'erogazione di test NGS di riferimento per la rete oncologica ed emato-oncologica provinciale rafforzando le interconnessioni e potenzialità presenti in termini di risorse tecnologiche, professionali e competenze nel

contesto del Dipartimento Interaziendale Medicina di Laboratorio ed Anatomia Patologica. L'AOU contribuirà al consolidamento della condivisione di competenze e prassi, nonché all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse tecnologiche disponibili, agevolando un utilizzo condiviso di strumentazione complessa ad alto costo e perseguendo contestualmente la possibilità di un costante aggiornamento tecnologico oggi necessario per il mantenimento di uno standard qualitativo adeguato ai moderni percorsi assistenziali. Verrà dunque promossa, oltre alla creazione di una rete di professionisti altamente qualificati, con valorizzazione delle rispettive competenze, anche un'offerta provinciale, in termini di biologia molecolare NGS, caratterizzata un'omogeneizzazione procedurale inerente l'erogazione dei test, con particolare riferimento ad accesso ai test e flussi informativi.

Lo sviluppo, sempre più importante delle tecnologie omiche e l'esponentiale aumento delle potenzialità applicative di queste tecnologie in differenti ambiti patologici, non solo nella diagnostica oncologica e delle malattie rare, e del loro impatto nella medicina personalizzata, rende imprescindibile l'impegno per mantenere livelli elevati di potenzialità di risposta in tale ambito specialistico, grazie alla presenza di tecnologie e di competenze di alto livello.

Nell'area laboratori è previsto un progetto strutturale che vedrà la ricollocazione dei settori di Anatomia Patologica e Servizio Immuno-trasfusionale in una nuova palazzina, prevista da progetti previsti dal PNRR.

Come rappresentato in premessa, lo sviluppo delle linee strategiche aziendali dovrà tenere conto della realizzazione di importanti progetti strutturali che possono incidere sulle linee di produzione.

In particolare, si evidenzia l'intervento di Demolizione corpi A ed L e la realizzazione di nuovo edificio (Fonte di finanziamento: Intervento PNC – Fondi complementari al PNRR).

L'intervento prevede la demolizione di due corpi di fabbrica del Monoblocco storico (Corpo A e Corpo L), nel quadro del programma di riassetto del Policlinico di Modena derivante dalle necessità di miglioramento sismico di alcuni corpi e demolizione di altri i cui esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica hanno dato esito non soddisfacente.

Al fine di consentire le demolizioni, si renderà necessario il trasferimento in altra sede di tutte le attività sanitarie collocate all'interno delle aree dei due fabbricati. È stato istituito dalla Direzione Aziendale un gruppo di lavoro multidisciplinare (coinvolgendo anche un rappresentante di UNIMORE) con l'obiettivo di garantire il completamento dei trasferimenti in tempo utile per l'avvio dei lavori.

In generale sono già state definite le collocazioni definitive di tutti i servizi ed il personale coinvolti, compresi quelli universitari, tranne che per l'area di Odontoiatria, per la quale è tuttora in corso, una ricerca di mercato per verificare la presenza di spazi adatti nel territorio del Comune di Modena. A seguito di tale ricerca si potrà programmare anche questo ultimo trasferimento.

L'intervento PNC prevede inoltre la realizzazione di un nuovo edificio su tre piani, in cui al piano terra collocare parte degli spazi del Centro Trasfusionale, attualmente posti nel Corpo L, oltre a spazi di servizio, al piano primo le altre attività del Centro Trasfusionale e al secondo piano altre aree di laboratorio.

Occorrerà considerare anche quanto previsto dal Piano Direttore per l'attuazione degli interventi di miglioramento sismico del Policlinico di Modena.

A seguito della necessità di programmazione degli interventi di miglioramento sismico da eseguire sui Corpi C, D, E, G e H del Monoblocco storico, si è resa necessaria la creazione di un documento unitario al fine di potere integrare la pianificazione degli interventi sia per quanto attiene gli aspetti tecnici che per quelli sanitari ed infine per le necessità di reperimento delle fonti di finanziamento.

Tale documento, stilato in accordo con la Regione (sia per il settore della Sanità che per il Servizio Geologico Sismico e dei Suoli) e con la struttura del Commissario Delegato che gestisce i fondi erogati a seguito degli eventi sismici del 2012, consentirà di gestire l'attuazione dell'intero progetto in tempi definiti, qualora sia garantito il flusso dei necessari finanziamenti.

Sempre correlati al PNRR (AREA ICT Intervento 1.1.1. Digitalizzazione DEA di I e II Livello), incideranno positivamente sulle attività assistenziali gli interventi di ambito ICT, che di seguito si elencano sinteticamente:

- Aggiornamento infrastruttura tecnologica ospedali
- Cybersecurity
- Servizi di supporto all'introduzione della Cartella Clinica elettronica CCE
- SW Sistema Cartella Clinica Elettronica (SCCE), Registro operatorio (RO) , ADT
- Software specialistici a supporto attività di diagnosi e cura
- Stazioni di lavoro (PC, stampanti, ...)
- Sistemi di interoperabilità interaziendale e regionale

Gli interventi sopra indicati si prefiggono un miglioramento del livello di informatizzazione dei due ospedali dell'azienda. In particolare, l'acquisizione di nuovi sistemi integrati o evoluzioni applicative per

- Ambito Ambulatoriale (Cartella clinica elettronica ambulatoriale)
- Ambito di ricovero (Sistema ADT, Cartella Clinica Elettronica di ricovero)
- Ambito chirurgico (Registro Operatorio e gestione percorsi chirurgici)
- Ambiti percorsi specialistici (con Cartelle Cliniche specialistiche dedicate)

consentirà:

- l'adeguato supporto strumentale a quanto previsto dalla Delibera n. 272 del 2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna" e a quanto previsto dal

PRGLA (Piano Regionale Gestione liste di attesa" (DGR 603/2019), con un più efficace monitoraggio nella gestione delle liste di attesa degli interventi eseguiti in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario e day hospital;

- più efficienti modalità di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali contestualmente all'emissione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura che ha preso in carico il paziente (Sistema di Order Entry);
- il superamento dei sistemi di gestione ADT-SDO oggi in uso, diversi tra loro e difficilmente integrabili;
- l'integrazione dei sistemi di refertazione strumentale in uso ai sistemi dorsale e all'MPI aziendale;
- l'erogazione di un miglior servizio ai pazienti in termini di qualità nella gestione delle prestazioni e di riduzione del rischio clinico;
- il superamento dei due differenti sistemi di gestione delle sale operatorie oggi in uso, diversi nei due stabilimenti, mediante un sistema unico che garantisca una più elevata sicurezza del percorso del paziente all'interno del blocco operatorio con un monitoraggio di tutte le fasi del processo di cura;
- la raccolta, l'elaborazione e analisi dei dati relativi alle attività pianificate ed erogate utili alla programmazione e rendicontazione delle stesse.

DIMENSIONE	AREA	Indicatore	Percentuale 2022	TREND 2023-2025
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione- Stessa provincia	80,28	Mantenimento/ miglioramento
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione- Stessa regione	9,5	Mantenimento/ miglioramento
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione- Fuori regione	10,22	Mantenimento/ miglioramento
		Indice di case mix degenza ordinaria	1,06	Mantenimento/ miglioramento
		Indice comparativo di performance	1,04	Mantenimento/ miglioramento
		Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - Indicatore NSG: H08Za	-0.08	Mantenimento/ miglioramento
		Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - Indicatore NSG: H08Zb	13.67	Mantenimento/ miglioramento

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

Fermo restando il mantenimento delle attività in essere in tema di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure, in ottemperanza alle indicazioni del livello regionale in tema di sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, nel corso del triennio 2023-2025 verrà posta particolare attenzione a:

- ✓ Ricostituzione e consolidamento delle reti dei facilitatori per la gestione del rischio in generale e per specifiche tematiche/ambiti meritevoli di particolare presidio (cadute, lesioni da pressione, contenzione, ecc.,)
- ✓ Strutturazione e diffusione di reportistica specifica sui dati ricavati dalle principali fonti informative di interesse per la gestione del rischio
- ✓ Sensibilizzazione del personale e incremento della cultura della sicurezza mediante adozione di iniziative di formazione sia sui temi generali della gestione del rischio che su ambiti/tematiche di specifico interesse
- ✓ Implementazione delle attività finalizzate ad un approccio proattivo alla gestione del rischio sia mediante attivazione di specifiche analisi di processo preliminari alle principali modifiche organizzative e/o sui principali processi assistenziali che anche mediante sistematica applicazione di altri strumenti (ad es. progetto Vi.Si.T.A.RE)
- ✓ Miglioramento della sicurezza in chirurgia mediante:
 - Miglioramento della qualità del flusso dati regionali relativi alla SSCL mediante introduzione di sistemi informatici di acquisizione dei dati per evitare errori/ritardi/mancanze di trascrizione informatica del dato dal cartaceo e mediante verifiche documentali dirette per rilevazione delle principali cause di non conformità e conseguente attivazione delle necessarie azioni di miglioramento
 - Applicazione del progetto regionale OssERvare per verifica delle concrete modalità di applicazione della SSCL in sala operatoria e conseguente definizione di un piano di miglioramento
 - Verifica del grado di implementazione delle linee di indirizzo regionali in tema di corretta gestione delle vie aeree, sviluppo di strumenti che ne facilitino la sistematica applicazione, formazione e addestramento del personale coinvolto mediante adesione alle specifiche FAD regionali sul tema
- ✓ Adesione alle campagne internazionali, nazionali e regionali mirate alla diffusione a livello della popolazione delle principali iniziative adottate a livello aziendale per la sicurezza dei pazienti e degli operatori al fine di implementare la compliance dei pazienti e dei caregiver a tali pratiche

- ✓ Miglioramento quali-quantitativo delle segnalazioni spontanee degli operatori di near miss ed eventi avversi mediante progressiva implementazione a livello aziendale dell'utilizzo della piattaforma regionale SegnalER
- ✓ Miglioramento dell'integrazione fra gestione del rischio e gestione dei sinistri mediante valutazioni congiunte dei casi di contenzioso di possibile interesse per la gestione del rischio e organizzazione di incontri di illustrazione/analisi degli stessi con gli operatori delle UU.OO./Servizi coinvolti per individuazione e successiva applicazione delle concrete azioni di miglioramento mirate ad evitare il ri-accadimento

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

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

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

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

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

Per quanto attiene lo sviluppo del Sistema Qualità aziendale - nell'ottica del mantenimento dei requisiti relativi al programma di Accreditamento Regionale - verrà dato seguito all'attività di supporto rivolta alle varie

articolazioni aziendali coinvolte, con particolare riferimento alle iniziative di miglioramento suggerite al termine della verifica regionale svolta nel novembre 2018 e segnalate nel verbale emesso.

Verrà dato seguito al supporto rivolto ai professionisti per la definizione dei percorsi diagnostico terapeutici o altre modalità che si renderanno necessarie così come la definizione di relative procedure ed istruzioni di lavoro.

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

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	Percentuale 2022	TREND 2023-2025
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	Produzione-Ospedale		
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - Indicatore NSG: H04Z	0.15	Mantenimento
		Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H06Z	1.72	Mantenimento/miglioramento
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	16.47	Mantenimento
		Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H07Z	4.51	Mantenimento/miglioramento
		Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	9.64	Mantenimento/miglioramento
		Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4.09	Mantenimento/miglioramento
		% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	2.95	Mantenimento/miglioramento
		% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	21.91	Mantenimento
		% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	752.74	Mantenimento
		Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	849.78	Mantenimento

		Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	718.58	Mantenimento
		Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	73.5	Mantenimento
		Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D13C	0.13	Mantenimento

1.2.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE

A dicembre 2018 si è definitivamente conclusa la fase di sperimentazione della integrazione gestionale tra il Policlinico di Modena e l'Ospedale Civile di Baggiovara; ha quindi ufficialmente preso inizio la gestione unica che, per quanto riguarda l'area sanitaria, ha comportato l'integrazione clinica e il ripensamento dell'organizzazione interna attraverso modelli innovativi che perseguissero il miglioramento della qualità e dei percorsi assistenziali, anche attraverso l'innovazione tecnologica e l'aggiornamento dei sistemi informatici a supporto dell'attività clinico-assistenziale.

In questo quadro di riferimento, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena con il supporto tecnico del Servizio Tecnologie dell'Informazione ha ritenuto necessario dotarsi di un Sistema di Cartella Clinica Elettronica (SCCE) unico a supporto delle attività assistenziali nei reparti di cura ed in particolare nei due stabilimenti ospedalieri Aziendali, Policlinico e Ospedale Civile di Baggiovara, che disponevano di sistemi diversi tra loro e difficilmente integrabili.

L'adozione di un unico strumento permetterà di gestire in modo più efficace e sicuro i percorsi di cura del paziente, seguendo principi di continuità ed omogeneità dei percorsi, nel pieno rispetto della nuova normativa in ambito di protezione dei dati personali (GDPR).

In particolare, il SCCE renderà disponibili ai professionisti strumenti di ultima generazione, in grado di facilitare, supportare e gestire i contributi di tutte le figure professionali che partecipano al percorso di cura del paziente.

L'iter di progetto ha visto l'approvazione, con la deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 230 del 20 novembre 2019, della richiesta di finanziamento dell'intervento APC 21 "Introduzione di cartella clinica elettronica con sistema di prescrizione informatizzata" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, approvazione necessaria per dare avvio alla fase istruttoria. Il primo step di tale fase è stata la Delibera n. 187 del 28 novembre 2019 del Direttore Generale, di approvazione del piano di fornitura delle tecnologie informatiche abbinante all'intervento APC 21. A seguire vi è stata l'approvazione in linea tecnica del Gruppo Regionale di Valutazione e l'inserimento dell'intervento APC 21 nella proposta di accordo di programma inviato al Ministero della Salute. L'avvento della pandemia da Covid 19 ha allungato i tempi, tanto che l'intervento APC 21 è stato definitivamente finanziato, dopo diverse fasi di ulteriori verifiche volute dal nucleo di valutazione del ministero della salute, con l'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'art. 20 della Legge 67/1988 – V fase – I Stralcio sottoscritto dalla regione Emilia-Romagna con il Ministero della salute, di concerto col Ministero dell'Economia e delle Finanze, il 21 luglio 2021.

L'avvento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed in particolare la sua articolazione sulla Missione 6 - Component 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario (M6C2) ha dato ulteriore impulso al tema dell'aggiornamento tecnologico e digitale.

Con le delibere DGR n.219 del 21/02/2022 e DGR n 2380 del 27/12/2022, che hanno sancito il finanziamento degli interventi di cui all'Investimento 1.1 (di M6C2) relativi all'Ammodernamento del parco tecnologico e

digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello e garndi apparecchiature, intervento 1.1.1), l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena ha intrapreso un percorso di innovazione ancora più ampio, che vedrà il completamento del Progetto di implementazione del sistema di cartelle clinica elettronica (SCCE) ed il suo ampliamento con l'acquisizione di nuovi sistemi integrati o Evoluzioni applicative per

- Ambito Ambulatoriale (Sistema di Order Entry)
- Ambito di ricovero (Sistema ADT)
- Ambito chirurgico (Registro Operatorio e gestione percorsi chirurgici)
- Ambiti percorsi specialistici (con Cartelle specialistiche dedicate)
- Ambito Business Analytics e reportistica avanzata

Oltre che con progetti specifici per:

- Aggiornamento infrastruttura tecnologica ospedali
- Cybersecurity
- Servizi di supporto all'introduzione della CCE
- Acquisizione nuove Stazioni di lavoro (PC, stampanti, ...)

Il prossimo triennio vedrà pertanto impegnata l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena nella realizzazione dei progetti sopra citati e finanziati con le risorse APC21 (art.20) e PNRR, volti a disegnare e concretizzare un percorso di digitalizzazione che abiliti un'efficace interconnessione tra livello di governo e di processo, adeguando e valorizzando i sistemi e le applicazioni esistenti, semplificando le interazioni fra paziente, professionisti, servizi ed Amministrazione.

L'obiettivo sarà quello di completare ed armonizzare i livelli di digitalizzazione dei percorsi clinici in ambito ospedaliero, raggiungere una concreta interoperabilità tra i sistemi ed i dati degli Enti del SSR e degli altri attori della sanità regionale ed adeguare i sistemi attualmente in essere in termini di sicurezza (intesa sia come cybersecurity, corretto trattamento del dato e sicurezza funzionale).

Ulteriori dettagli sui progetti a finanziamento PNRR sono presenti nella sezione 'Investimenti' di questa relazione.

1.2.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La programmazione sulla 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, è effettuata secondo quanto disposto nella sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza adottata con delibera aziendale n. 28/2023.

Il collegamento tra programmazione della Performance e la programmazione inerente ai rischi corruttivi e la trasparenza viene attuato attraverso la previsione di specifici obiettivi nelle schede di budget, in sinergia con 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, ovvero di buona amministrazione, valorizzando e facilitando il rapporto con i cittadini - si realizza attraverso:

1. le indicazioni contenute nella sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza del Piano Integrato di Attività e nel Codice di Comportamento dei dipendenti;
2. la individuazione di obiettivi specifici in tema di prevenzione della corruzione riportati nelle singole schede di budget;
3. la valutazione del rispetto delle suddette indicazioni ed obiettivi da parte del RPTC aziendale.

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

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

- o livello di completezza e aggiornamento delle informazioni e dei dati riguardanti la trasparenza e l'anticorruzione;
- o rispetto delle tempistiche di comunicazione delle informazioni e dei dati suddetti;
- o rispetto da parte dei dirigenti responsabili e di tutti i dipendenti delle norme contenute nei documenti di contrasto alla corruzione;
- o 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 sono trasmesse al Direttore Amministrativo dell'Azienda, per eventuali riscontri e validazioni.

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

- o impegni definiti nella programmazione inerente ai rischi corruttivi e alla trasparenza e Performance;
- o misure di prevenzione della corruzione/trasparenza ed obiettivi di budget.

L'attestazione di congruenza è poi recepita nel Master Budget aziendale.

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

In quest’ottica, l’adozione di un documento puntuale ed il più possibile esaustivo, di sostegno all’attività di controllo interno e di valutazione della performance, assolve alla duplice funzione di strumento concreto per presidiare la riduzione del rischio di corruzione e, al contempo, di supporto per il miglioramento gestionale.

Sono stati pertanto declinati nelle schede budget di performance, obiettivi specifici riferiti a:

- o diffusione e vigilanza del Codice di Comportamento
- o adempimenti legati alla trasparenza
- o incidenza dell’attività libero professionale rispetto all’attività istituzionale e conseguenti eventuali misure correttive
- o prenotazione informatizzata dell’attività libero professionale (95%)

Attraverso la realizzazione dei già menzionati obiettivi/misure, si valorizza quanto prescritto dall’ANAC a tutte le amministrazioni pubbliche, ovvero la necessità di assicurare l’integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all’integrità e in generale alla prevenzione della corruzione, rafforzando la sinergia tra performance e misure di prevenzione della corruzione secondo una logica di integrazione.

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	Percentuale 2022	TREND 2023-2025
PROCESSI INTERNI	anticorruzione-trasparenza	anticorruzione-trasparenza		
		% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	-	-
		% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	59.14	Mantenimento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sviluppo delle Professionalità

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

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

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

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

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

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

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

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

I percorsi attivati e da implementare:

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

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

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

Area Ricerca e Innovazione: Ricerca

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

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

Le finalità che il Servizio 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 in linea con quanto previsto da Legge Regionale n. 29 del 2004, che identifica la ricerca quale una delle funzioni istituzionali, al pari della funzione assistenziale e delle attività di formazione, e secondo DGR Emilia-Romagna n. 910/2019;
- ✓ Sostenere e promuovere la formazione e la cultura sulla ricerca;
- ✓ Garantire un supporto attivo agli sperimentatori per la corretta sottomissione e conduzione degli studi clinici, nel rispetto del Regolamento Europeo 536/2014 nonché della normativa vigente, oltre che del regolamento aziendale delle sperimentazioni cliniche; Consolidare interfacce con le altre Aziende sanitarie, con la Regione Emilia-Romagna, 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 inerenti fattibilità, metodologici, nonché 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 in linea con indicazioni regionali e nazionali, alimentando opportune piattaforme (es. SIRER.)

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

Supporto nella stesura del piano scientifico ed economico del progetto di ricerca nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni contenute negli specifici bandi di ricerca

- Predisposizione dei protocolli d'intesa con altri Enti del SSN, ai fini della definizione degli aspetti economici legati alla gestione dei finanziamenti dei progetti vincitori;
- Monitoraggio clinico-amministrativo-contabile dei progetti finanziati;

- Gestione come referente Aziendale dell'Osservatorio Nazionale per le Sperimentazioni Cliniche (OsSC) di AIFA;
- Gestione del Registro delle Indagini Cliniche pre e post marketing DEL Ministero della Salute.

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

L'Area Ricerca ha già concentrato parte delle sue attività sul consolidamento dei sistemi informativi esistenti, al fine di valorizzare il patrimonio informativo presente. Verrà attribuita priorità ai seguenti aspetti:

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

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

Area Ricerca e innovazione: Innovazione

Il Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione svolge una funzione di supporto, di raccordo e di monitoraggio dei processi di innovazione previsti, secondo indicazioni regionali ed aziendali, anche attraverso un accompagnamento culturale al cambiamento.

L'innovazione, infatti, multidisciplinare e multiprofessionale. Nel rispetto dei regolamenti aziendali vigenti e delle normative nazionali e regionali, il Servizio Formazione Ricerca e Innovazione favorirà un tempestivo accesso alle innovazioni promuovendo la partecipazione ad attività di ricerca volte a fornire risposte a bisogni di salute che non hanno ancora trovato soluzioni efficaci, efficienti e sicure, quali ad es. sperimentazioni/indagini cliniche su nuovi test o percorsi diagnostici o nuovi trattamenti terapeutici, così come programmi di ricerca clinica su interventi/tecnologie già disponibili ma per i quali permangono ambiti di incertezza che rendono difficile il pieno trasferimento nella pratica clinica o per i quali è necessario individuare le modalità più efficaci di erogazione/applicazione.

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

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

1.4. DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ

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

1.4.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA

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

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

La Direzione aziendale è impegnata a:

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

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

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	Percentuale 2022	TREND 2023-2025
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	Sostenibilità economico-finanziaria		
		Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-3.94	Mantenimento
		Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	87.33	Tendenziale Miglioramento

		% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	87.9	Mantenimento
		Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	190.24	Mantenimento
		Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	23.29	Mantenimento
		Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	3.04	Tendenziale Miglioramento
		Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	20.65	Tendenziale Miglioramento
		Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	51.58	Mantenimento
		% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	44.07	Mantenimento

I DATI ECONOMICI

Si riepiloga la rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale del triennio 2020-2022.

CONTO ECONOMICO	2022	2021	2020
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
Contributi in conto esercizio	117.860.068,00	111.317.149,00	129.485.263,00
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-254.339,00	-2.811.203,00	-5.634.969,00
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.390.884,00	12.716.140,00	1.214.356,00
Proventi e ricavi di esercizio	341.373.050,00	323.841.038,00	324.519.341,00
Rimborsi	28.309.941,00	25.443.872,00	10.284.321,00
Compartecipazione alla spesa sanitaria	4.751.956,00	4.298.716,00	3.095.815,00
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	19.404.729,00	17.232.904,00	15.286.820,00
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00
Altri ricavi e proventi	2.665.509,00	2.652.994,00	1.751.398,00
TOTALE A)	516.501.797,00	494.691.611,00	480.002.345,00
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
Acquisto beni di consumo	116.098.452,00	116.221.485,00	126.079.792,00
Acquisto di servizi sanitari	41.395.885,00	46.365.388,00	42.294.825,00
Acquisto di servizi non sanitari	67.057.475,00	53.275.242,00	54.475.822,00
Manutenzione e riparazione	17.778.493,00	16.919.699,00	17.982.247,00
Godimento beni di terzi	9.030.787,00	8.603.066,00	6.548.894,00
Costo del personale dipendente	213.891.724,00	206.336.638,00	195.046.069,00
Ammortamenti e svalutazioni	24.708.527,00	23.121.058,00	21.546.239,00
Variazione delle rimanenze di beni di consumo	3.463.401,00	1.423.009,47	-12.213.032,00
Accantonamenti	7.478.833,00	7.026.174,00	7.430.233,00

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

Oneri diversi di gestione	9.230.666,00	9.707.345,00	9.323.664,00
TOTALE COSTI DI PRODUZIONE	510.134.242,00	490.039.765,00	468.514.752,00
Proventi e oneri finanziari	334.458,00	317.822,00	258.975,00
Rivalutazioni e svalutazioni	0,00	0,00	0,00
Proventi e oneri straordinari	-4.496.156,00	-10.621.246,00	-2.951.905,00
Imposte e tasse	15.373.985,00	14.945.127,00	14.079.193,00
RISULTATO DI ESERCIZIO	-4.844.733,00	10.144,00	101.330,00

ASSISTENZA FARMACEUTICA

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

Le acquisizioni riguardano i prodotti farmaceutici e i dispositivi medici, il cui utilizzo è subordinato alla promozione e consolidamento dell'appropriatezza prescrittiva, alle raccomandazioni e alle linee guida da attuare tramite percorsi di standardizzazione, responsabilizzazione, monitoraggi e audit ad hoc.

In tale contesto, si adottano indicatori ed obiettivi anche sulla spesa indotta, ovvero prescritta dai professionisti dell'Azienda, ma la cui spesa ricade sul bilancio dell'azienda territoriale, assumendo, pertanto, una visione provinciale.

Gli obiettivi in tema di assistenza farmaceutica, per il triennio 2023-2025, si focalizzeranno sulla promozione dell'uso sicuro ed appropriato dei beni sanitari e sulla corretta allocazione delle risorse così come è stato fatto nel triennio precedente. Saranno riproposti obiettivi, già presenti nel documento relativo al triennio 2021-2023 che saranno integrati da nuovi previsti dalla Regione. Le azioni specifiche di governo dell'assistenza farmaceutica sulle quali attenzionare i prescrittori e gli ambiti di intervento saranno come sempre declinate avendo a riferimento i contenuti delle indicazioni regionali e verrà posta particolare attenzione alle scelte in termini di rapporto costo-efficacia e costo-opportunità con particolare riferimento a:

1. Razionalizzazione della spesa farmaceutica AO-U e AUSL per acquisto ospedaliero di farmaci, nel rispetto dei limiti di finanziamento previsti dalla RER e considerando anche budget specifici concordati per farmaci ad alto costo e innovativi erogati direttamente a carico AUSL.
2. Utilizzo dei farmaci che all'interno dello stesso gruppo presentino il miglior rapporto costo-opportunità.
3. Aumento della prescrizione di medicinali biosimilari in linea con gli obiettivi regionali e secondo quanto riportato nel documento prodotto sul tema dalla CRF (Commissione Regionale Farmaco, GREFO..).
4. Puntuale compilazione e gestione dei Registri di Monitoraggio AIFA e completamento, nei tempi stabiliti da AIFA, delle operazioni necessarie per potere ottenere i rimborsi dei farmaci, ove previsto.
5. Favorire il buon uso della risorsa farmaco in ambito territoriale tramite l'aumento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, l'adesione alle raccomandazioni relative ai gruppi di Farmaci per i quali sono stati fissati specifici obiettivi RER, con particolare riferimento a PPI, Omega-3, Antibiotici e Fluorichinoloni, Vitamina D, Farmaci antidiabetici, Farmaci intravitreali).
6. Azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico tramite l'utilizzo della prescrizione informatizzata in ambito di degenza, dimissione e da visita ambulatoriale.
7. Razionalizzazione e contenimento della spesa per Dispositivi Medici in relazione alla riorganizzazione delle attività assistenziali individuata dalla Direzione Aziendale. Rispetto dei percorsi di Area Vasta ed aziendali inerenti alla fornitura di Dispositivi Medici

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

- ✓ oncologici ed ematologici
- ✓ biologici
- ✓ HIV
- ✓ Farmaci per DMLE
- ✓ Farmaci per il diabete
- ✓ Farmaci a forte impatto sulla prescrizione territoriale e ad alto grado di inappropriatazza (PPI, Vit. D, Omega-3, Antibiotici ecc..)
- ✓ Farmaci per la sclerosi Multipla
- ✓ Farmaci cardiovascolari di rilevante impatto clinico ed economico
- ✓ Farmaci per malattie rare
- ✓ Ricognizione, Riconciliazione ed eventuale deprescrizione con particolare riferimento a quanto prescritto in fase di dimissione ospedaliera o da visita ambulatoriale.

A tale scopo sono stati individuati gruppi tematici multidisciplinari che vedono la partecipazione di specialisti ospedalieri delle 3 Aziende Sanitarie provinciali, MMG, farmacisti, metodologi, Direzioni sanitarie ecc.. i quali, nell'ambito del progetto "Politica del Farmaco", dovranno individuare strumenti e strategie per la verifica dell'uso appropriato dei farmaci, definire documenti di indirizzo e promuovere una formazione capillare ed estesa sia in ambito ospedaliero che territoriale. La priorità è implementare la sicurezza delle cure per i pazienti trattati nonché l'uso razionale delle risorse economiche del Sistema Sanitario Regionale e dell'Azienda.

9. Verrà effettuato il monitoraggio periodico dei consumi di farmaci e DM con analisi degli scostamenti significativi rispetto alle previsioni di utilizzo e al finanziamento regionale; tale reportistica e rendicontazione verrà presentata e fornita ai Direttori di Dipartimento, per la discussione all'interno dei periodici incontri di Dipartimento programmati.
10. Dall'analisi dei consumi quali e quantitativa si procederà alla verifica dell'adesione alle gare regionali e AVEN.
11. In considerazione dei meccanismi di rimborso dei farmaci da parte delle Aziende Sanitarie di residenza dei pazienti, verranno seguiti i percorsi per la corretta implementazione del Flusso FED.

Spesa farmaci ad acquisto ospedaliero 1° semestre 2023

Il finanziamento regionale per farmaci ad acquisto ospedaliero per l'anno 2023 è di **46.448.413€**.

Il dato che comprende anche gli emoderivati, esclude i farmaci Innovativi oncologici e non oncologici coperti da fondi Aifa, l'ossigeno e i vaccini.

La spesa ospedaliera per farmaci e emoderivati (*esclusi innovativi, ossigeno e vaccini*) per il periodo gennaio-giugno 2023 è stata di 22.539.007€.

Sulla base del dato a 6 mesi, la spesa/anno 2023 e il confronto rispetto all'obiettivo è il seguente:

AOU	OBIETTIVO RER 2023 <i>esclusi innovativi, vaccini e ossigeno</i>	previsione acquisto ospedaliero sulla base del quadrimestre 2023 <i>esclusi innovativi, vaccini e ossigeno</i>	Differenza vs obiettivo RER
MODENA			
22.539.007€	46.674.320 €	45.078.014 €	-1.596.306€

In calo alcuni farmaci per malattia rara, immunoglobuline EV e farmaci (antitumorali, reumatologici, dermatologici) per i quali viene prescritta la forma orale (a carico della ASL) rispetto alla forma EV in ad acquisto da parte di AOU. Anche i farmaci utilizzati per il trattamento della Sclerosi Multipla sono in leggera flessione rispetto alle previsioni.

Nell'ambito di questa spesa, quella sostenuta per farmaci utilizzati per il trattamento di pazienti affetti da Covid-19 è stata di 304.401€ la forte riduzione rispetto ai due anni precedenti.

Farmaci INNOVATIVI

Il finanziamento complessivo per Innovativi per il 2023 è di 3.425.000 € ed è comprensivo sia degli innovativi oncologici che non oncologici in quanto la RER non differenzia più i due dati di spesa.

La spesa ospedaliera per farmaci innovativi (oncologici e non oncologici) per il periodo gennaio-giugno 2023 è stata di 1.187.867€ e la proiezione per l'anno 2023 è di circa 2.550.377€ che è al di sotto del fondo assegnato.

La previsione e l'assegnazione sono state concordate con la Regione e il motivo di questa assegnazione, all'apparenza superiore all'atteso è che durante l'anno in corso entreranno, in questo capitolo di spesa alcune molecole che impatteranno in modo importante per cui si conferma l'assegnazione.

Spesa Dispositivi Medici 1° semestre 2023

Il finanziamento regionale per l'anno 2023 per Dispositivi Medici e Diagnostici/Reagenti è di **72.164.111€**.

La spesa per dispositivi medici/IVD per il primo semestre 2023 è stata di **35.104.449€**; la proiezione/anno risulta essere di circa 70.208.898€, **al di sotto di -1.995.213€** rispetto all'obiettivo che la Regione ha assegnato all'Azienda.

Analizzando il dettaglio di questa spesa si evince che in massima parte è dovuta a dispositivi utilizzati a supporto dell'incremento delle attività chirurgiche con particolare riferimento all'area di ortopedia, di cardiologia, dei trapianti, in ambito oculistico e di chirurgia generale.

Il Dipartimento Farmaceutico ha garantito la fornitura puntuale delle terapie farmacologiche ai pazienti nei Punti di Distribuzione diretta, attivando modalità semplificate per l'invio informatico della prescrizione, la preparazione di pacchetti terapia, la consegna programmata degli stessi in punti dedicati. Di fatto, all'attività impostata nella modalità di "accesso libero" è stata affiancata una attività basata sulla programmazione e prenotazione delle terapie in remoto da parte del paziente.

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

Si continuano e si consolidano le azioni di:

- informazione e sensibilizzazione rivolte agli Specialisti prescrittori in merito all'utilizzo dei farmaci biosimilari e/o dei farmaci col miglior rapporto costo opportunità. Questi interventi hanno permesso, per gli anni scorsi, il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla RER per Modena (in termini di % di utilizzo) relativamente ai biosimilari in ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico, ai biosimilari in ambito onco-ematologico), agli altri biologici (enoxaparina, epoietina, follitropina, ormone somatotropo, insulina glargine, ecc...) e ai generici rispetto al prodotto originator (brand). Anche per il 2023 l'obiettivo è il raggiungimento e il rispetto dei target definiti dalla RER per le categorie di farmaci elencate.
- coordinamento della Commissione Farmaco di area vasta, per il tempestivo recepimento e applicazione nelle singole realtà delle decisioni della Commissione Farmaco Regionale e delle raccomandazioni dei gruppi di lavoro tecnici attivati, compreso il GREFO per l'ambito oncoematologico.
- Coordinamento del Nucleo Operativo Provinciale per il monitoraggio e valutazione delle richieste per terapie personalizzate, off label e/o per casistiche particolari.
- costante monitoraggio dell'impiego dei farmaci ad alto costo da parte del Dipartimento farmaceutico, con elaborazione periodica dei dati di consumo e spesa, in collaborazione con il Controllo di Gestione e rendicontazione degli stessi alla Direzione e in tutti gli incontri di Budget (compresi i budget delle UU.OO. AOU);
- azioni e procedure per garantire l'invio delle richieste di rimborso per i farmaci oncologici (in relazione agli accordi negoziali AIFA) e collaborazione costante con il Bilancio per il calcolo degli stessi e per ottenere il relativo rimborso dall'Azienda USL di Reggio Emilia.
- valutazione, controllo e produzione centralizzata delle terapie oncologiche endovena con attivazione; del drug day per alcune molecole ad alto costo che permette il recupero completo delle quantità residue con risparmi significativi.
- Formazione su temi inerenti la farmacovigilanza e la dispositivivigilanza e supporto agli operatori sanitari nella valutazione delle ADR da farmaci e degli incidenti/reclami/avvisi di sicurezza per i dispositivi medici

- controllo del rispetto dei percorsi per gli inserimenti di nuovi farmaci (Commissione Regionale Farmaco) e dispositivi medici (Commissione dispositivi Area Vasta Emilia Nord) e supporto agli operatori sanitari nella stesura delle richieste.

1.4.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI

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

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

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

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

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

1. Rispetto Piano Investimenti

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

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

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

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

2. Età Grandi Apparecchiature

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Investimenti in tecnologie informatiche

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

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

Fonte: PIANO NAZIONALE per la RIPRESA e RESILIENZA

Pilastro: TRASFORMAZIONE DIGITALE (20% del piano)

OBIETTIVI MANDATO XI legislatura:

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

PIANO INVESTIMENTI 2023/2025

Il piano investimenti 2023/2025 è caratterizzato da interventi iniziati nel triennio precedente e che si concluderanno nel triennio 2023/2025 quale il nuovo edificio del Dipartimento Materno Infantile, interventi che iniziano e finiscono nel triennio di riferimento, quali quelli finanziati dal PNRR/PNC, ed interventi che si concluderanno nel triennio successivo, come il completamento del rinforzo sismico del Policlinico.

Di seguito, si presenta una tabella riassuntiva degli investimenti del triennio di riferimento, che rappresentano gli importi degli investimenti per ciascun anno anche di interventi iniziati nel triennio precedente o che finiranno nel triennio successivo:

TIPOLOGIA FINANZIAMENTO DA FONTI VARIE ANNI 2023/2025	Ripartizione investimenti per ambito tecnologico				TOTALE
	LAVORI	TECNOLOGIE BIOMEDICHE	TECNOLOGIE ICT	ARREDI, AUTOMEZZI BENI ECONOMICI	
Conto Capitale no PNRR/PNC 2023	7.285.000 €	4.847.000 €	1.394.294 €	200.000 €	13.726.294 €
Conto Capitale no PNRR/PNC 2024	20.714.526 €	1.000.000 €		200.000 €	21.914.526 €
Conto Capitale no PNRR/PNC 2025	11.605.868 €			200.000 €	11.805.868 €
PNRR/PNC 2023	18.800.000 €	7.547.595 €	9.101.661 €		35.449.256 €
PNRR/PNC 2024					0 €
PNRR/PNC 2025					0 €
TOTALE	58.405.395 €	13.394.595 €	10.495.955 €	600.000 €	82.895.944 €

A seguito delle complesse dinamiche di bilancio, gli investimenti sono effettuati principalmente con fonti esterne di finanziamento (UE, Stato, Regione, Donazioni, ecc.) e solo per una quota residua con mutuo aziendale.

Nella Tabella è stata differenziata la quota di finanziamento PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e PNC (Piano Nazionale Complementare) dalle altre fonti di finanziamento in quanto costituisce un unicum sia per l'eccezionalità degli importi, sia per i vincoli sulle modalità di utilizzo concordate con la UE, che stanno rendendo impegnativo, e a volte difficoltoso, la realizzazione dei singoli interventi, a fronte di milestone molto stringenti.

Nell'ambito delle tecnologie informatiche il PNRR ha messo a disposizione numerosi finanziamenti non strettamente in conto capitale, ma utilizzabili per beni e servizi. Pertanto questi interventi non sono riportati nella tabella precedente, ma sono indicati nella sezione dedicata agli interventi PNRR di ambito ICT

Lavori e Opere

Le attività previste nei trienni 2023-2025:

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

Scheda 1 e Scheda 2 - Piano Investimenti 2023-25, interventi in corso di realizzazione (scheda 1) e interventi finanziati in corso di progettazione (scheda 2); il quadro economico riportato nella tabella sottostante rappresenta l'investimento complessivo, che ha quote nel triennio oggetto di presentazione:

Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
Scheda 1	Interventi per adeguamento normativa antincendio corpi di fabbrica vari del policlinico e corpi di fabbrica del poliambulatorio (DM 19/3/2015) - Intervento P.I.2 -	1.835.000 €	Lavori iniziati ma sospesi causa emergenza COVID19. Vista la dismissione del Poliambulatorio la cifra dedicata (300k€) viene utilizzata per ulteriori interventi sul Policlinico. Si proporrà entro il 2023 al GTR un aggiornamento del progetto (modifica non sostanziale); nel 2023 verrà svolta la progettazione, la realizzazione dei lavori è prevista nel 2024.
Scheda 1	Policlinico di Modena - Poliambulatorio - Rimozione materiali contenenti amianto	2.338.874 €	Intervento di rimozione e smaltimento amianto, propedeutico alla ristrutturazione del fabbricato Finanziamento: Bando regionale Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020. Inizio lavori programmato per luglio 2023.
Scheda 1	Policlinico di Modena. Realizzazione del nuovo fabbricato Materno-Infantile	28.372.406 €	Il completamento dell'opera è previsto nel 2025
Scheda 2	Policlinico - Intervento riparazioni danni sisma con rafforzamento locale di edificio adibito a Circolo USL - 100	350.000 €	PREVISTO ABBATTIMENTO E RICOSTRUZIONE, NON MIGLIORAMENTO SISMICO SU ESISTENTE
Scheda 2	Edificio del Policlinico di Modena - Corpi CDEGH - Miglioramento sismico 60% (Intervento n. 12026 Piano OO.PP.)	14.035.863 €	Intervento Piano OO.PP. N. 12026 (Solo interventi strutturali); in corso (al 27/6/2023) interlocuzione con RER per richiesta

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
			aggiornamento costi causa aumenti per la parte strutturale e ulteriori finanziamento per i completamenti edili ed impiantistici.
Scheda 1	Policlinico - Intervento provvisorio di messa in sicurezza del policlinico mediante realizzazione di blocco ascensori a servizio del corpo D e E Addendum a intervento n.11 scheda 2 bis	850.000 €	L'intervento si completerà entro la fine del 2023
Scheda 1	Riassetto interno area P.S. Ospedale Baggiovara	1.030.000 €	DGR869 17-7-2020 - riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 - riassetto interno del Pronto Soccorso Lavori: realizzazione ed ultimazione entro il primo bimestre 2024.
Scheda 1	15 ppil Terapia Semintensiva Policlinico di Modena	572.000 €	DGR869 17-7-2020 - riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 - conversione terapia sub intensiva in TI Lavori: realizzazione ed ultimazione entro il 2023.
Scheda 2	Interventi di miglioramento sismico presso il Policlinico di Modena	7.500.000 €	DGR 630 DEL 26 APRILE 2023

A questi interventi si aggiunge un importante intervento a finanziamento PNC:

Interventi a finanziamento PNRR/PNC 2023/2025			
Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
Scheda 1	Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC) - Policlinico di Modena: Nuova Costruzione e Demolizione corpo "A" e corpo "L".	10.800.000€ + 8.000.000€ (procedimento di assegnazione finanziamento aggiuntivo in corso a giugno 2023)	<ul style="list-style-type: none"> Progetto demolizione corpi A ed L e costruzione nuova palazzina laboratori approvato con delibera n. 57 del 6.4.2023. Entro ottobre 2023: aggiudicazione appalto

Interventi a finanziamento PNRR/PNC 2023/2025			
Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
			integrato (PE+Lavori) dell'intero intervento. <ul style="list-style-type: none"> • Dicembre 2023: inizio lavori demolizione A e nuova costruzione. • Marzo 2025: fine lavori nuovo edificio trasfusionale • Settembre 2025: attivazione nuovo edificio trasfusionale e inizio lavori demolizione corpo L • Giugno 2026: completamento demolizione L

Tecnologie Biomediche

Il piano investimenti 2023/2025 è caratterizzato da tre importanti finanziamenti, che vedranno il completamento delle aggiudicazioni nel corso dell'anno e il completamento delle installazioni nel corso del 2024. Inoltre, rimane da completare l'acquisto della Cartella Clinica Elettronica destinata alla Terapia Intensiva COVID, a seguito di ricorsi intervenuti a seguito dell'aggiudicazione della fornitura, che da due anni bloccano il processo di installazione, mancando a giugno 2023 ancora il parere di secondo grado del Consiglio di Stato.

I tre interventi che fanno riferimento a fondi nazionale e regionali non PNRR sono i seguenti:

Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
Scheda 1	Acquisto Cartella clinica elettronica per Terapia Intensiva Covid	500.000 €	Gara aggiudicata nel 2021. Ricorso al TAR respinto, Ricorso al consiglio di stato in corso
Scheda 1	Accordo di Programma APC 22	4.347.000€	La quota indicata costituisce la quota di finanziamento tolti gli investimenti effettuati nel 2022.
Scheda 1	"Rinnovo Tecnologie Biomediche" Accordo di programma VI° fase I° Stralcio APE 12	1.000.000€	n. 2 Colonne videochirurgia n. 3 Colonne endoscopia Baggiovara con strumenti n. 1 Centrale di monitoraggio (SO ginecologia e Ostetricia - Policlinico) n. 2 Tavoli Operatori per Ostetricia-Ginecologia 4 Elettrobisturi (Sale Operatorie)

Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note

A questi interventi si aggiunge un importante intervento a finanziamento PNRR,

Interventi a finanziamento PNRR/PNC 2023/2025			
Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
Scheda 1	Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie - Acquisizione e sostituzione apparecchiature diagnostiche e terapeutiche di alta e media tecnologia.	7.547.595,56 €	Per OP e OC sono previsti gli acquisti di : 3 TAC 3 Angiografi emodinamica 11 RX ossea 3 Tavoli Telecomandati 2 Mammografi 2 2 Ecografi 1 Acceleratore lineare Le installazioni si completeranno nel corso del 2024

Tecnologie Informatiche

Il piano investimenti 2023/2025 è caratterizzato dall'importante contributo finanziario dato dal PNRR per la digitalizzazione dei due ospedali aziendali, entrambi DEA di II° livello, che porterà tra il 2023 e il 2025 ad un forte mutamento del livello di informatizzazione dell'area clinica.

Il finanziamento PNRR è stato armonizzato con un altro finanziamento nazionale, APC 21 inserito nell'accordo di programma ex art. 20 L.68/88, V° fase 1 stralcio, strettamente dedicato all'introduzione di una nuova cartella clinica elettronica in alcune unità operative aziendali, in modo che tale introduzione possa riguardare le circa 40 UU.OO. di medicina e chirurgia dei due ospedali.

Sempre dal PNRR, derivano altri due importanti finanziamenti, il primo relativo all'aggiornamento degli applicativi aziendali per rendere conforme la produzione di documentazione sanitaria ai nuovi standard definiti per il fascicolo sanitario elettronico 2.0 e il secondo per trasferire su Cloud pubblico parte degli applicativi SW ed i relativi DB di dati attualmente installati o sui server/dischi aziendali o in modalità housing sui server/dischi della società in house regionale Lepida S.c.p.A.

Infine, nel triennio 2023/2025 proseguiranno gli investimenti con finanziamenti regionali destinati allo sviluppo degli applicativi condivisi con le altre aziende sanitarie regionali quali GAAC, per la gestione amministrativo-contabile, GRU per la gestione del personale e SegnalER, per la gestione degli eventi avversi.

Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
Scheda 1	APC 21 - Introduzione di cartella clinica elettronica con sistema di prescrizione informatizzata	1.000.000€	Gara di fornitura aggiudicata il 5 luglio 2023
Scheda 1	Progetto GAAC	9.651.56€	Importo riferito al solo anno 2023, legato al DGR annuale di mandato (1237/2023)
Scheda 1	Progetto GRU	63.275,78€	Importo riferito al solo anno 2023, legato al DGR annuale di mandato (1237/2023)
Scheda 1	Progetto SegnalER	16.080,23€	Importo riferito al solo anno 2023, legato al DGR annuale di mandato (1237/2023)
Scheda 1	Adeguamento FSE e PNGLA, 1° e 2° tranche	305.286,19€	Finanziamento specifico risalente al 2021, da armonizzare con finanziamento PNRR, utilizzabile per beni e per servizi.

Gli interventi di ambito ICT, a finanziamento PNRR, approvati a giugno 2023, sono 3, ma è possibile che nel corso del 2023 altri interventi possano essere finanziati

Interventi a finanziamento PNRR/PNC 2023/2025			
Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
Scheda 1	Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1. Digitalizzazione DEA I e II livello. Acquisizione sistemi HW e SW per il miglioramento del livello di digitalizzazione dei due DEA aziendali di II livello secondo scala EMRAM	9.101.661,38€	L'intervento è articolato in 6 sotto interventi, tutti realizzati mediante adesione a gare Consip (AQ o convenzioni) 1. Aggiornamento infrastruttura tecnologica ospedali (WiFi, Switch, ...) 2. Installazione SW Cybersecurity 3. SW Cartella Clinica Elettronica, Registro operatorio, ADT con relativi servizi di supporto 4. Software specialistici a supporto attività di diagnosi e cura 5. Stazioni di lavoro (PC, stampanti, ...) 6. Sistemi di interoperabilità interaziendale e regionale

Interventi a finanziamento PNRR/PNC 2023/2025			
Stato di realizzazione	Titolo Intervento	Quadro Economico complessivo (€)	Note
			A luglio 2023 risultano aggiudicate forniture per il 78% del finanziamento. Il 16% del finanziamento non dispone di AQ o convenzioni utilizzabili a luglio 2023. Il sub-intervento 6 (6% del finanziamento) è ancora oggetto di sviluppo a livello regionale.
Scheda 1	Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA M1C1 Sub-Intervento multimisura 1.1 e 1.2, Missione 1, componente 1 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud" - ASL/AO	1.140.005€	La migrazione dovrà concludersi entro 30/08/2025. Non si tratta di finanziamento in conto capitale, ma è utilizzabile sia per beni che per servizi
Scheda 1	Intervento 1.3.1 della Missione 6, Componente 2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE 2.0)	671.196,50	Approvazione intervento e Individuati RUP aziendali con Delibera n. 61 del 18 aprile 2023 (Approvazione progetto e finanziamento avvenuto con DGR 491 del 3 aprile 2023). Non si tratta di finanziamento in conto capitale, ma è utilizzabile sia per beni che per servizi

Arredi

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

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

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

2. Misurazione e valutazione della performance

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

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

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

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

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

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

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

2.1. 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.

2.1.1. LA SCHEDE DI BUDGET

Ogni scheda di budget presenta obiettivi riconducibili a sei macroaree:

- la valorizzazione della degenza (Ordinaria e Day Hospital);
- la valorizzazione della specialistica ambulatoriale (indagata per flusso ASA per pazienti esterni al netto della libera professione);
- l'incidenza del consumo di beni sanitari (valutata in termini di scostamento in valore assoluto rispetto al tetto contabilizzato nel bilancio economico preventivo o rispetto alla spesa storica, laddove il target non sia stato esplicitamente formulato);
- obiettivi progettuali attinenti alla sfera della qualità assistenziale, del governo clinico, del rischio clinico o di natura organizzativo-assistenziale.
- Flussi informativi riguardanti gli obiettivi utili a comprendere il funzionamento dei servizi e delle prestazioni all'interno dell'azienda.

- Obiettivi regionali contenenti le linee di indirizzo regionali (che esplicitano i criteri di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie, i vincoli derivanti dalla normativa nazionale e regionale, gli obiettivi definiti nell’ambito della programmazione sanitaria);

In linea generale la definizione degli indicatori all’interno di ciascuna area e i criteri di definizione dei target avvengono in sede di Comitato di Budget da cui emergono le proposte di scheda che vengono negoziate in fase di concertazione. I target vengono definiti analizzando i valori storici di riferimento e simulando le variabili organizzative cliniche e logistiche dell’anno di riferimento (rimodulazione dell’attività di sala operatoria, dotazione di posti letto, ricovero temporaneo nella destinazione d’uso dei reparti). Il Riesame della Direzione rappresenta il momento formale di monitoraggio dei target definiti in fase di negoziazione, attraverso uno studio a consuntivo almeno semestrale dei dati di attività e consumi. In base a specifiche condizioni che incidono sul raggiungimento del target inizialmente ipotizzato, è possibile procedere a ritrarlo rendendolo più realisticamente raggiungibile a fine anno.

OBIETTIVO	INDICATORE	DESCRIZIONE
QUALITA' ECONOMICA RICAVI		
ATTIVITA' DI DEGENZA OSPEDALIERA (DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL)	VALORE DIMESSI TOTALE	Ricavi complessivi per degenza ordinaria e day hospital, alle tariffe vigenti, per qualsiasi provenienza (intra ed extra Regione Emilia-Romagna)
ATTIVITA' AMBULATORIALE	VALORE AMBULATORIALE TOTALE	Ricavi complessivi per attività ambulatoriale effettuata agli esterni per i reparti, mentre complessiva per radiologia e laboratori, per qualsiasi provenienza (intra ed extra Regione Emilia-Romagna), alle tariffe previste dal nomenclatore vigente
QUALITA' COSTI		
COSTI	SPESA VALORE ASSOLUTO PER ACQUISTO DI BENI SANITARI	Totale dei costi sostenuti della unità operative per l’acquisto di beni sanitari
Area progettuale	Indicatori specifici derivati dal PNE e set di indicatori della Regione Emilia-Romagna (InsidER, Pdp); di seguito l’esemplificazione di tale obiettivo:	

Obiettivi di sviluppo

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

Obiettivi di miglioramento

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

Obiettivi di sostenibilità

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

Definizione di PDTA e di Team professionali

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



Le schede di Budget



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



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.



I Macrotemi aziendali



Produzione



Consumi



Appropriatezza



Percorsi e reti



Progetti



Rischio infettivo



Performance

2.2. SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

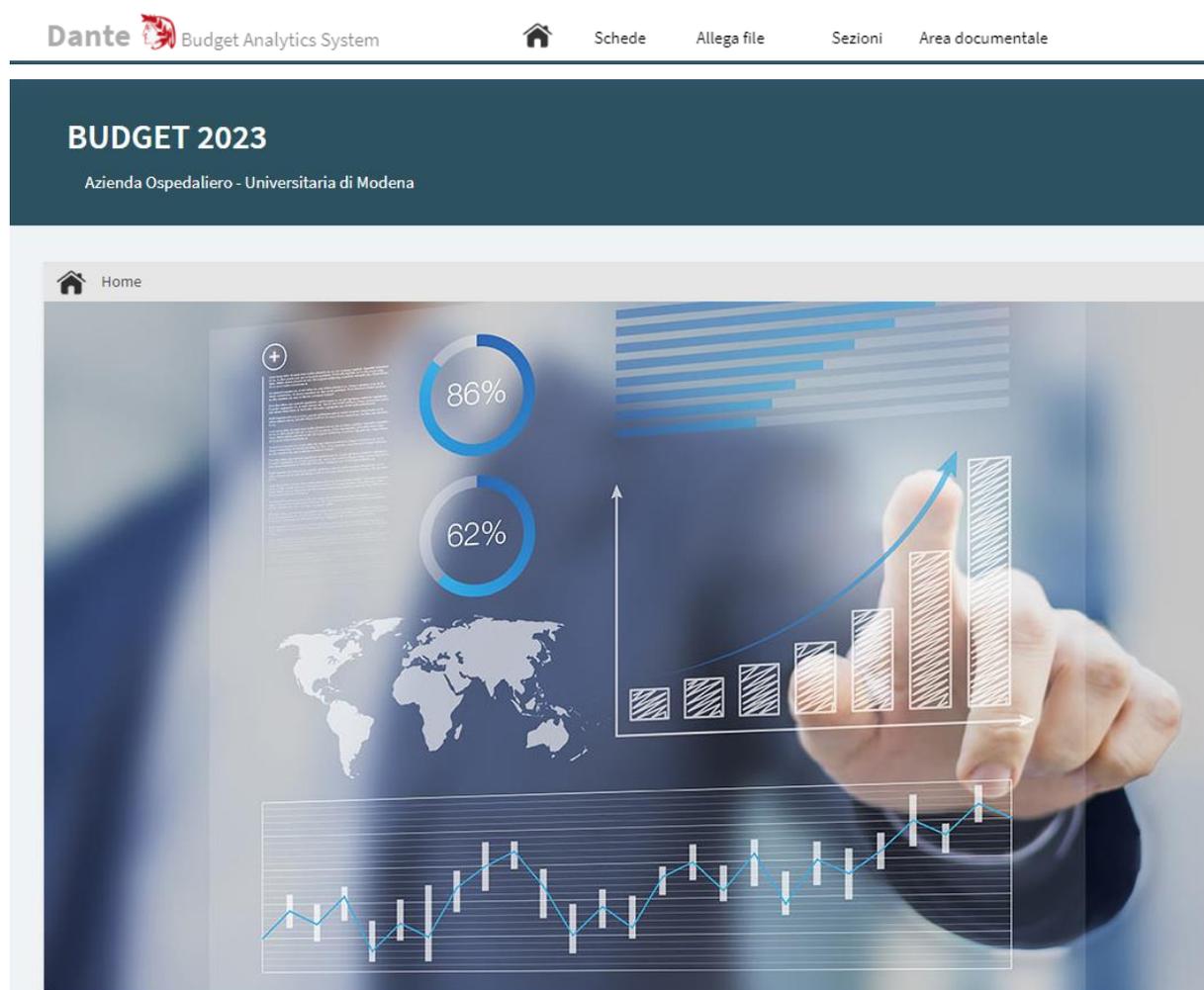
I livelli di riferimento adottati in procedura, ed allineati al sistema di valutazione delle competenze, sono quelli indicato dai documenti regionali di accreditamento (DGR1943/2017, DGR 327/2004):

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

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

Il percorso interno all'AOU di Modena si basa sul processo di pianificazione e rendicontazione sia d'equipe che individuale. Per la valutazione d'equipe si conferma l'utilizzo dello strumento WebBudget Dante, per quella individuale invece da quest'anno è stato adottato il sistema di valutazione individuale regionale WHR-Time Gru-Rer.

2.2.1. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: "WEBBUDGETDANTE"



In continuità con gli anni passati, l'intero processo di budget è gestito interamente dall'applicativo WebBudget Dante sviluppato interamente dal Controllo di Gestione e che rappresenta l'evoluzione di WebBudget (protagonista invece del processo di budget dal 2015 al 2021). Durante il percorso di budget il Controllo di Gestione supporta la definizione degli obiettivi (indicatori e target) con strumenti di simulazione per definire i target, anche sulla base delle circostanze di contesto oltre che delle linee di indirizzo. In linea generale, il percorso di budget prevede:

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

L'evoluzione dell'applicativo rispetto alla versione presentata nel precedente Piano delle Performance (2021-2023), attiene al focus sull'intero ciclo della performance. WebBudget si configura, ad oggi, come applicativo

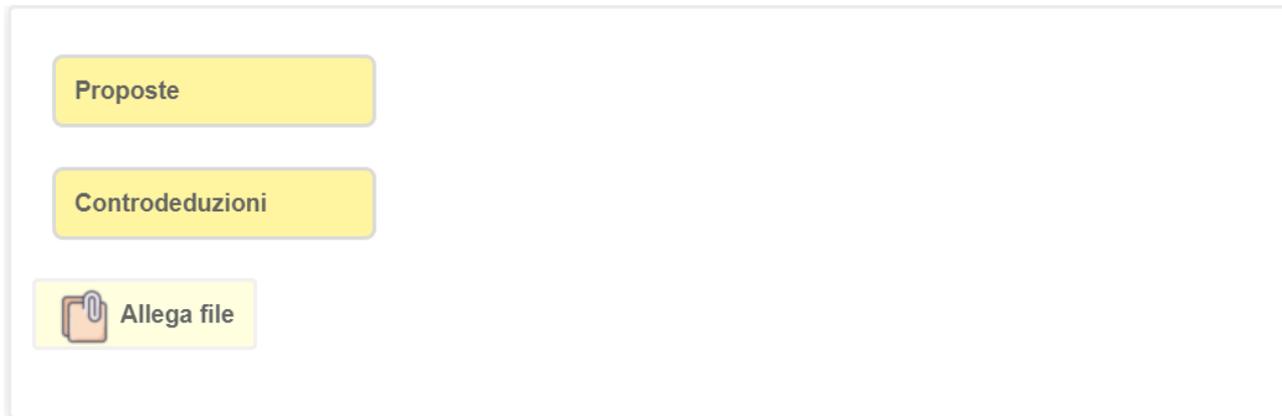
capace di fornire supporto direzionale tanto in fase di definizione delle linee strategiche quanto alla valutazione a consuntivo degli esiti, passando per il monitoraggio intermedio della performance.

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

Le aree attualmente presenti in WebBudget Dante sono 15:



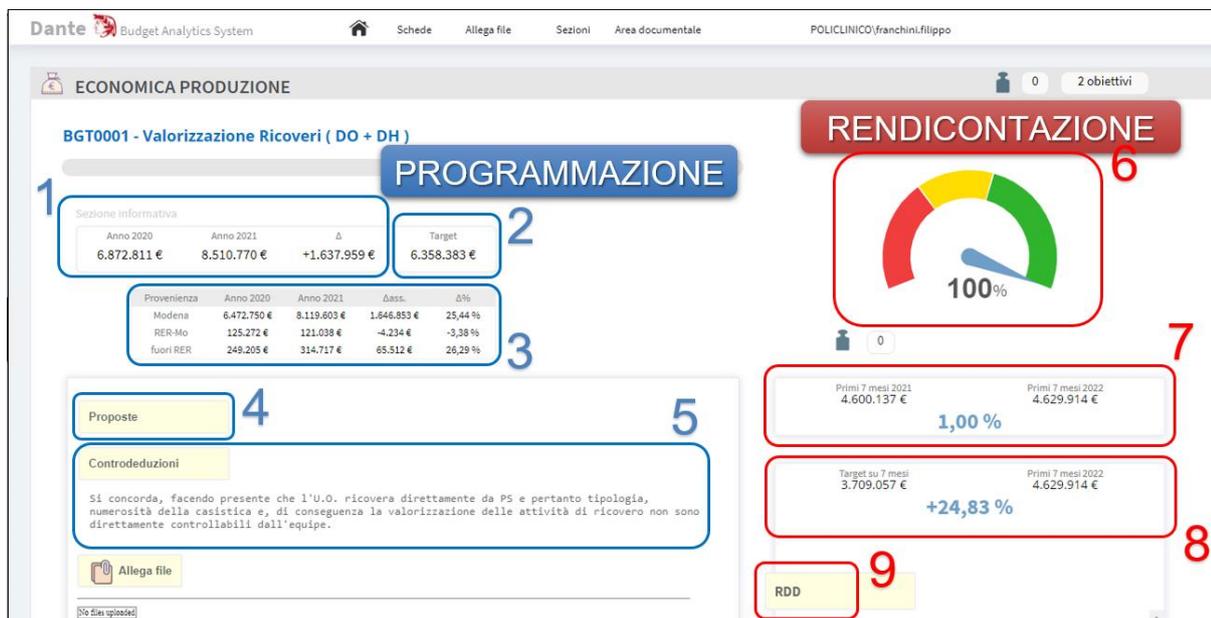
Durante la fase di definizione degli obiettivi di budget non appena la scheda viene messa a disposizione su WebBudget Dante è prevista un'attiva partecipazione al processo da parte dei professionisti titolari di scheda budget.



La partecipazione si esplicita nella possibilità di compilazione del campo controdeduzioni, deputato ad accogliere le considerazioni 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. Ai professionisti è data anche la possibilità di allegare file a supporto delle controdeduzioni, con firma digitale dell'autore dell'inserimento.

Il campo proposte invece è riservato alla Direzione, dove ha la facoltà di inserire ulteriori commenti a supporto dell'obiettivo.

È possibile ipotizzare che la scheda di budget sia divisa in due macro-sezioni: una di programmazione e una di rendicontazione.



La parte di programmazione prevede che per ogni obiettivo venga esplicitato il trend storico del biennio passato (sezione informativa), lo scostamento tra i due anni e il target fissato.

La parte di rendicontazione invece consente di monitorare l'andamento relativo al raggiungimento del target in corso d'anno. Evidenziando lo scostamento tra il consuntivo dell'anno in corso con quello dell'anno prima e con il target.

Si sottolinea la dinamicità dello strumento che consente un'interazione diretta e continua tra i vari interlocutori del budget, anche attraverso la funzione di “RDD” dedicate all'inserimento di ulteriori informazioni a supporto degli obiettivi.

Il monitoraggio del Budget

Il responsabile di struttura può visionare la scheda budget in qualunque momento e monitorare con facilità l'andamento della sua Unità Operativa, attraverso la rendicontazione degli obiettivi che avviene con cadenza variabile (es. mensile per produzione e costi).

Infatti, a corredo di ogni obiettivo vengono esplicitati la tempistica di rendicontazione e i referenti del monitoraggio.

BGT027 - Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida



La scheda può essere composta da obiettivi che hanno una rendicontazione automatizzata i cui dati vengono estratti dai sistemi informativi aziendali e sono collegati al sistema di reportistica mensile (che contiene analisi di approfondimento sugli indici di efficienza e di redditività divisi per Struttura) e certificati dal Servizio Controllo di Gestione.

BGT002 - Valorizzazione Ricoveri (DO + DH)

Mensile CdG

Sezione informativa

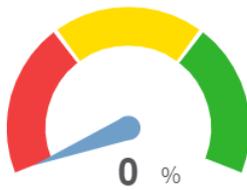
Anno 2021	Anno 2022	Δ	Target
7.928.994 €	6.804.552 €	-1.124.442 €	6.804.552 €

Provenienza	Anno 2021	Anno 2022	Δass.	Δ%
Modena	7.049.924 €	6.072.165 €	-977.760 €	-13,87 %
RER-Mo	315.365 €	289.355 €	-26.011 €	-8,25 %
fuori RER	490.142 €	376.041 €	-114.101 €	-23,28 %

Proposte

Controdeduzioni

Allega file



Primi 3 mesi 2022: 1.890.814 €

Primi 3 mesi 2023: 1.590.556 €

-16,00 %

Target su 3 mesi: 1.701.138 €

Primi 3 mesi 2023: 1.590.556 €

-6,50 %

Bonus : 0

Ultima modifica : POLI/CLINICO/benuzzi.mirko - 16/01/2023 12:28

(+) Aggiungi RDD

E da obiettivi i cui dati non sono rilevabili dai flussi informativi ufficiali aziendali e pertanto ogni referente è chiamato a monitorarne l'andamento (sulla base delle tempistiche indicate) attraverso la colorazione del semaforo a supporto dell'obiettivo che rende immediata la percezione della valutazione del risultato infra-annuale.

BGT027 - Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Trimestrale CdG

Target : 2,5%

Proposte

Vedi allegato per target specifici sulle singole UOP

Controdeduzioni

Tenuta cartelle.pdf

Previsione Target_Tenute_Cartelle_Cliniche.pdf

Allega file



La revisione di budget

La fase della revisione di budget rappresenta il momento formale di analisi della scheda budget e di monitoraggio delle eventuali criticità emerse nel monitoraggio del budget operativo e del budget trasversale.

A tal fine sono organizzati incontri con il direttore di dipartimento e con i direttori delle singole Unità Operative a cui partecipano anche il Servizio Qualità e il Controllo di Gestione, dove vengono presentati i dati a consuntivo dell'attività, dei costi, le eventuali riformulazioni dei target e le ipotesi di raggiungimento di risultato.

Considerata l'importanza degli RDD, per il budget 2023 è stato inserito un apposito obiettivo di monitoraggio: "Svolgimento tre Riesami della Direzione (RDD) all'anno di cui almeno 1 riguardante la valutazione delle performance cliniche e/o organizzative".

Per concedere un più ampio margine di recupero alle Unità Operative, la Direzione ha anticipato da quest'anno lo svolgimento della Revisione di Budget nel mese di luglio anziché settembre. Questo consentirà alle UOP di avere un orizzonte temporale più lungo (5 mesi invece che 3 mesi) per attuare azioni correttive idonee al raggiungimento dei target prefissati.

La rendicontazione di fine anno

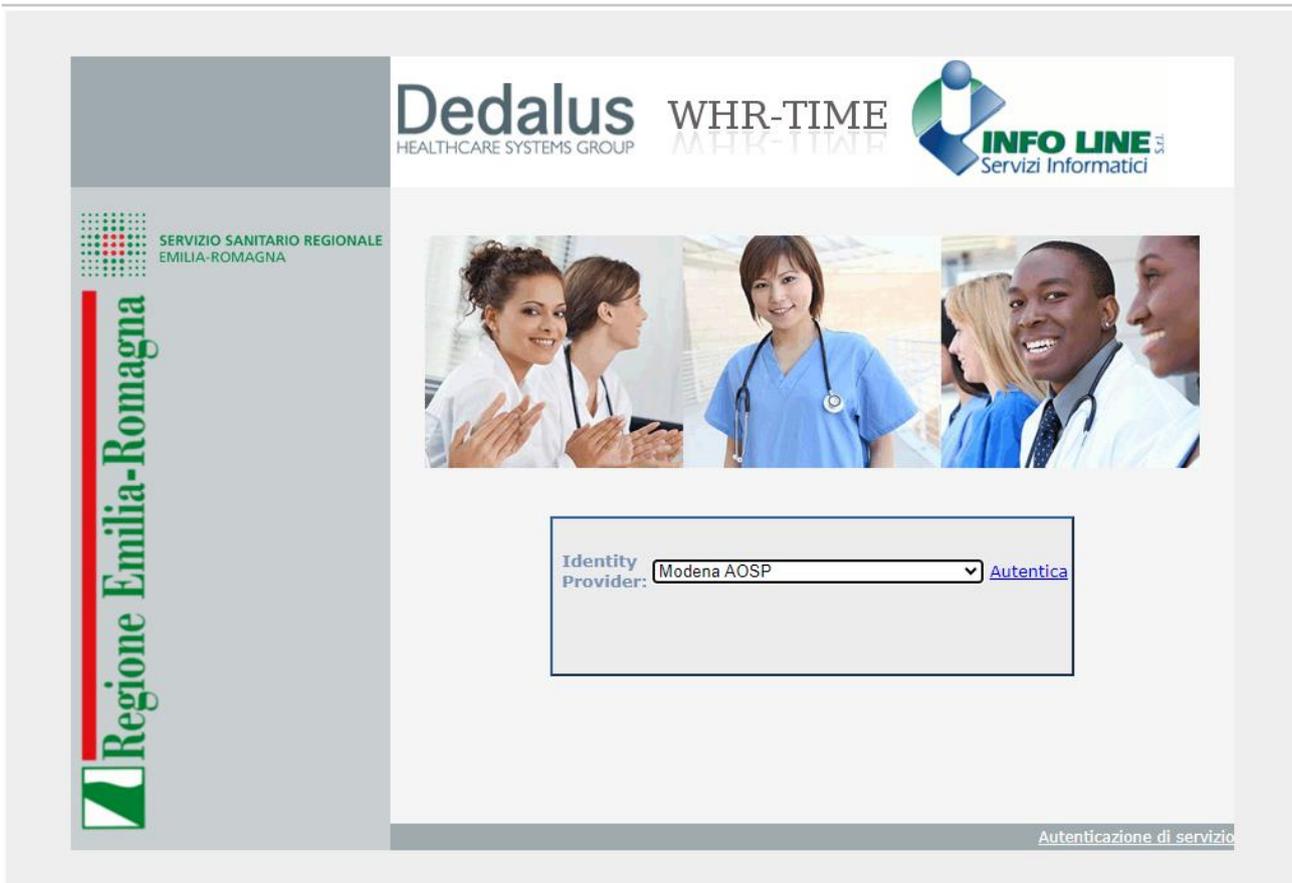
Entro il mese di marzo dell'anno successivo a quello cui il budget si riferisce, gli obiettivi vengono valutati a consuntivo da ogni rispettivo referente ed il CDG elabora una prima proposta di punteggio finale della scheda (data dalla media ponderata del numero di obiettivi in relazione al peso delle aree).

 ECONOMICA PRODUZIONE	 20	2 obiettivi
 ECONOMICA COSTI	 20	4 obiettivi
 GOVERNO CLINICO - QUALITÀ/ACCREDITAMENTO	 20	4 obiettivi
 EFFICIENZA	 20	2 obiettivi
 FLUSSI INFORMATIVI	 20	5 obiettivi

Insieme alla Direzione vengono valutate le eventuali criticità affrontate dalle UOP che hanno nel corso dell'anno di cui verrà tenuto conto in fase di chiusura del processo di budget. La percentuale finale raggiunta dalla UOP rappresenta la misura in funzione della quale la Struttura avrà accesso al fondo di incentivazione per la retribuzione annua di risultato d'equipe che viene erogata nel mese di giugno.

2.2.2. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE: "WHR-TIME GRU-RER"

A partire dal 2023, con riferimento alla performance 2022, l'AOU di Modena ha gestito il processo di valutazione individuale attraverso il software regionale WHR-Time Gru-Rer.



Considerato che il 2023 si configura come anno di passaggio dall'applicativo interno "Pierino" (presentato nel Piano delle Performance 2021-2023 e protagonista della valutazione individuale fino al 2022) al nuovo software regionale, l'AOU di Modena ha organizzato due eventi formativi per la presentazione del nuovo programma, indirizzati al Comparto (il 24 maggio 2023) e alla Dirigenza (il 06 giugno 2023), mettendo a disposizione nella Intranet aziendale un link di collegamento alla Valutazione Individuale con la documentazione condivisa durante gli incontri.

VALUTAZIONE INDIVIDUALE 2022 - PORTALE WHR-TIME-GRU-RER

LA NUOVA SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE SUL PORTALE REGIONALE, ANNO 2022

La Direzione Aziendale ha organizzato due incontri informativi inerenti "La Valutazione della Performance Individuale Annuale nella AOU di Modena - 2022":

- Mercoledì **24 maggio** 2023, alle ore 12:30 in modalità webinar sulla piattaforma Zoom, con focus sull'Area del **Comparto**
- Martedì **6 giugno** 2023, alle ore 09:30 in modalità webinar sulla piattaforma Zoom, con focus sull'Area della **Dirigenza**

Questo la scaletta degli incontri:

- Introduzione (Dott. Broccoli / dr.ssa Garzia)
- Il percorso di valutazione e la compilazione online della scheda (Dott. Franchini / dr.ssa Zacheo)
- Il Dizionario Aziendale delle Competenze (DAC) (Dott.ssa Bergonzoni)
- Il sistema della retribuzione di risultato in AOU (Dott.ssa Ferrari)

Si riporta di seguito la documentazione condivisa durante gli incontri, a supporto del processo.

-  [Guida Pratica alla Valutazione Individuale \(3.19 MB\)](#)
-  [Dizionario competenze \(743.31 KB\)](#)
-  [Sistema Retribuzione Risultato \(507.77 KB\)](#)

Di seguito si illustrano le principali novità introdotte da quest'anno nella gestione del processo di valutazione individuale, che assicurano continuità con quanto stabilito nel Piano Aziendale di Avvicinamento alla Delibera 5/2017 OIV SSR, delibera AOU Modena n. 3 del 14/1/2019 in cui l'azienda definisce gli step fondamentali per raggiungere gli obiettivi richiesti dalla Regione Emilia-Romagna:

1. Per il 2023 il percorso di Valutazione Individuale Annuale della Performance è stato gestito mediante un'unica scheda di valutazione che racchiude sia la parte annuale di risultato che quella annuale delle competenze (a differenza degli anni passati in cui Pierino gestiva due schede separate). Rimane tuttavia confermato che la valutazione delle competenze, a differenza di quella di risultato, non dà origine a corrispettivi economici poichè mira allo sviluppo professionale dei dipendenti in un'ottica di medio-lungo periodo.
2. Ogni item della scheda deve essere obbligatoriamente compilato, in un range variabile da:
 - per il Comparto → valutazione individuale di risultato: "In Linea con le aspettative" o "Non in linea con le aspettative"

CONTRIBUTO INDIVIDUALE (O PERFORMANCE INDIVIDUALE)

Impegno e allineamento

Flessibilità
 Valutazione * 

Rispetto dei valori aziendali
 Valutazione * 

Relazioni con gli utenti interni ed esterni
 Valutazione * 

- per la Dirigenza → la valutazione individuale di risultato può oscillare da “Inadeguata” ad “Eccellente”

CONTRIBUTO INDIVIDUALE (O PERFORMANCE INDIVIDUALE)

Impegno e allineamento

partecipazione a progetti aziendali, dipartimentali, interaziendali, extraaziendali...

Valutazione

rispetto dei codi
 Valutazione

impegno assicurato al raggiungimento dei risultati della Struttura
 Valutazione

- sia per la Dirigenza che per il Comparto → la valutazione delle competenze può variare da “Iniziale” a “Benchmark”, con la possibilità di indicare alcuni item come “Non valutabile”.

COMPETENZE TECNICO-SPECIALISTICHE PROFESSIONALI

Competenze tecnico-specialistiche professionali possedute ed espresse

Mantiene aggiornate le proprie competenze in funzione di cambiamenti che possono riguardare lo specifico professionale, la normativa, l'organizzazione, il ruolo, etc...

Valutazione * 

Applica metodologie e
 Valutazione * 

Agisce con autonomia e responsabilità nel proprio settore professionale

3. Nella scheda di valutazione personale su WHR l’utente ha modo di vedere sinteticamente, in un’unica schermata, la percentuale della performance organizzativa (alimentata automaticamente dalla scheda budget), la performance individuale di risultato e l’autovalutazione. Questo consente una visione d’insieme sull’entità della corresponsione della quota incentivante, che per il comparto si compone da un 10% dalla valutazione individuale e il restante 90% dalla performance organizzativa; mentre per la Dirigenza il 20% è la fetta della performance individuale e il restante 80% è quella relativa alla performance organizzativa.

Info	Sessione	Fase	Punt. fase	+	Stato	Punteggio totale	Azioni
	Valutazione risultati anno 2022 - COMPARTO	Autovalutazione			In Corso	10	
	Valutazione risultati anno 2022 - COMPARTO	Valutazione del responsabile	10	+	In Corso	10	
	Valutazione risultati anno 2022 - COMPARTO	Performance Organizzativa e Obiettivi Individuali	0	+	In Corso	10	

Numero righe: 3

Si conferma anche per il triennio **2023-2025** che l’impegno per la **valutazione individuale di risultato** si focalizzerà:

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

Mentre per la **valutazione individuale competenze**:

- revisione della percentuale correlata alla scala di giudizio della scheda (100% attribuito al livello 3 “ottimo” e non al 4 “benchmark”).
- Riflessione sulle pesature delle aree che compongono la scheda, differenziate per ruolo, in linea con delibera 5 OIV.

2.3. CONTESTO DI MONITORAGGIO AZIENDALE E REGIONALE

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

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

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

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

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

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

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

TEMPO	FASE	AZIONE	SOGGETTI COINVOLTI
Nov/Dic anno t-1	Definizione linee di indirizzo	- Valutazione dell'andamento aziendale e degli indici di performance nell'anno t; - Predisposizione delle linee di indirizzo per l'anno t+1	- Direttore Generale con il supporto dei Direttori Sanitario ed Amministrativo e dell'Ufficio di Direzione
Gen/Feb anno t	Conferimento di operatività agli indirizzi	- Incontri con Comitato Budget e UO Controllo di Gestione; - Mandato per la prima stesura delle Schede di Budget	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione
Gen/Feb Anno t	Verifica di sintesi del Budget di Azienda	- Consolidamento del Master Budget aziendale; - Verifica di compatibilità con il Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - UO Bilancio
Mar/Apr Anno t	Negoziazione Budget	- Presentazione e discussione delle linee di indirizzo, articolate nelle Schede di Budget; - Negoziazione esterna e interna con CdR, nel rispetto dei vincoli previsti nel Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Aree Professionali-funzionali
Mag/giu anno t	Formalizzazione del documento di Budget	- Sottoscrizione delle Schede di Budget finali; - Approvazione del documento di Budget	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - OAS - OIV - UO Controllo di Gestione
Cadenza variabile: mensile, trimestrale, quadrimestrale, semestrale ed annuale.	Monitoraggio degli obiettivi, verifica dell'andamento gestionale ed analisi degli scostamenti	- Elaborazione ed analisi della periodica reportistica; - Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Aree Professionali-funzionali

Lug Anno t	Revisione di budget	Stato di avanzamento obiettivi con analisi della performance sul semestre (RDD di dipartimento)	- Direzione Aziendale - OAS - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)
Feb/Mag anno t+1	Verifica consuntiva dell'andamento gestionale	- Analisi finale degli scostamenti	
Marz/Apr anno t+1	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi	- Verifica dei risultati; - Raccolta delle osservazioni dei soggetti valutati; - Valutazione finale	- Direzione Aziendale - UO Controllo di Gestione - OIV - OAS - UO Personale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)

La tabella sopra indicata è contenuta nell'aggiornamento del Regolamento di Budget dell'AOU di Modena, avvenuto nel corso del 2023, ed è in fase di deliberazione.

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>

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

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

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

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

	Proposta di budget di programma	centrali (Controllo 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	

2.6. VERIFICA PERIODICA DEI RISULTATI

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

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

Durante il Riesame della Direzione viene svolta una valutazione documentata.

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

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

Preliminarmente a ciascun Riesame della Direzione a carattere dipartimentale le UO del dipartimento svolgono una propria verifica documentata e considerata l'importanza degli RDD, per il budget 2023 è stato inserito un apposito obiettivo di monitoraggio: “Svolgimento tre Riesami della Direzione (RDD) all'anno di cui almeno 1 riguardante la valutazione delle performance cliniche e/o organizzative”.

Inoltre, altra importante novità introdotta nel processo di Budget 2023, consiste nell'anticipazione dello svolgimento del processo di Revisione di Budget, che si terranno a luglio anziché settembre. L'obiettivo è concedere un più ampio margine di recupero alle Unità Operative, poiché le UOP hanno a disposizione un orizzonte temporale più lungo (5 mesi invece che 3 mesi) per attuare azioni correttive idonee al raggiungimento dei target prefissati. *Vedi capitolo “2.2.1. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: “WEBBUDGETDANTE””, punto relativo alla Revisione di Budget.*

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.

3. Indicatori di performance

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

La distribuzione degli indicatori selezionati per il PdP 2023-2025 si caratterizza per un deciso orientamento alla Dimensione dell'utente, 58 indicatori, e alle pertinenti Aree dell'accesso, degli esiti, dell'integrazione; a seguire, in ordine di numerosità, sono stati individuati 42 indicatori utili alla valutazione dei risultati attinenti alla dimensione dei processi interni, concentrati in particolare sui volumi di produzione, 24 (e tra questi specifico rilievo a quelli riferiti alla Prevenzione) e su appropriatezza/qualità/sicurezza delle cure. Rispetto alle ultime linee guida emanate dall'OIV-SSR nel 2018, anche le dimensioni dell'innovazione e sviluppo (11 indicatori) e della sostenibilità (11 indicatori) sono state arricchite di indicatori comuni tra le aziende, utili a meglio rappresentare i risultati dell'intero SSR e delle Aziende anche in questi ambiti di grande importanza.

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

Gli indicatori sono articolati in 4 dimensioni di valutazione:

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

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

SEZIONE	SOTTOSEZIONE	DESCRIZIONE	Fonte	RIFERIMENTO NORMATIVO
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	MAPS	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	MAPS	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	MAPS	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi (P) (NSG)	ASA	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (P) (NSG)	ASA	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo	ASA	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% ricette dematerializzare sul totale ricette rosse e dematerializzate (specialistica ambulatoriale)	ARMP	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	PS	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi	PS	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Indice di filtro del PS	PS	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tasso std di accessi in PS	PS	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% di abbandoni da PS	PS	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	118	Indicatore NSG CORE (D092)
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti	SDO	Indicatore NSG CORE (H012)
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	SDO	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg	SDO	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	SDO	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	SISM	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	ADI	
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% pazienti 65enni presi in carico ADI (PNRR)	ADI	
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	SDO	Indicatore NSG CORE (D03C)
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	SDO	Indicatore NSG CORE (D04C)
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso dimissioni protette (dimessi con età >=65 anni)	SDO	
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	SDO	
UTENTE	INTEGRAZIONE	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	SDO	Indicatore NSG CORE (D27C)
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti	SDO	Indicatore NSG NO CORE (D29C)
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	PS	Indicatore NSG NO CORE (D05C)
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	ADI	
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	ADI	
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	ADI	Indicatore NSG CORE (D22Z)
UTENTE	INTEGRAZIONE	N° ricoveri Hospice con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in è <= 7 gg	HOSPICE	Indicatore NSG NO CORE (D32Z)
UTENTE	INTEGRAZIONE	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore	HOSPICE, ADI, REM	Indicatore NSG CORE (D30Z)
UTENTE	INTEGRAZIONE	% IVG medica sul totale IVG	IVG	
UTENTE	INTEGRAZIONE	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	IVG	
UTENTE	INTEGRAZIONE	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	SIRCO	
UTENTE	INTEGRAZIONE	Numero di anziani con età >=75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1,R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	FAR	
UTENTE	ESITI	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	SDO	Indicatore CORE NSG (H05Z)
UTENTE	ESITI	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni dall'intervento	SDO	
UTENTE	ESITI	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni dall'intervento	SDO	
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per IMA	SDO	
UTENTE	ESITI	% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	SDO	
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	SDO	
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	SDO	
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	SDO	Indicatore NSG NO CORE (H23C)
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	SDO	
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	SDO	Indicatore NSG NO CORE (H24C)
UTENTE	ESITI	% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con attività superiore a 90 casi annui	SDO	
UTENTE	ESITI	% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con attività superiore a 135 casi annui	SDO	Indicatore NSG CORE (H02Z)
UTENTE	ESITI	% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	SDO	Indicatore NSG CORE (H03C)
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	SDO	
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	SDO	
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	SDO	
UTENTE	ESITI	% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	SDO	
UTENTE	ESITI	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	SDO	

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

SEZIONE	SOTTOSEZIONE	DESCRIZIONE	FONTE	RIFERIMENTO NORMATIVO
UTENTE	ESITI	% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	SDO	
UTENTE	ESITI	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	SDO	Indicatore NSG CORE (H13C)
UTENTE	ESITI	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	SDO	Indicatore NSG CORE (H17C)
UTENTE	ESITI	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	SDO	Indicatore NSG CORE (H18C)
UTENTE	ESITI	Tasso di amputazioni maggiori o minori in pazienti diabetici	SDO	PNE
UTENTE	ESITI	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA) (NSG)	SDO	Indicatore NO core NSG (D01C)
UTENTE	ESITI	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico (NSG)	SDO	Indicatore NO core NSG (D02C)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini		Indicatore CORE NSG (P02C)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani		Indicatore NO Core NSG (P06C)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi nei bambini		Indicatore NO Core NSG (P04C)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini		Indicatore CORE NSG (P01C)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% aziende con dipendenti ispezionate		Ex GRIGLIA LEA
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% cantieri ispezionati		Ex GRIGLIA LEA
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)		
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)		
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)		
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino		Indicatore CORE NSG (P10Z)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale		Indicatore CORE NSG (P12Z)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	SISM	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	NPIA	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	CEDAP	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% di donne gravide nullipare che frequentano il corso di preparazione alla nascita	CEDAP	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% di donne straniere gravide nullipare che frequentano il corso di preparazione alla nascita	CEDAP	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	SICO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	GRAD	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	SIDER	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa provincia	SDO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa Regione	SDO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Fuori regione	SDO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di case mix degenza ordinaria	SDO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice Comparativo di Performance (ICP)	SDO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	SISTRA	Indicatore NO core NSG (H082a)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	SISTRA	Indicatore NO core NSG (H082b)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	SDO	Indicatore CORE NSG (H04Z)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Tasso di ricoveri diurno di tipo medico - diagnostico in rapporto alla popolazione residente	SDO	Indicatore NO CORE NSG (H06Z)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente	SDO	Indicatore NO CORE NSG (H07Z)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	SDO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	SDO	Indicatore NO core NSG (H155)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	ASA	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	ASA	

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

SEZIONE	SOTTOSEZIONE	DESCRIZIONE	FONTE	RIFERIMENTO NORMATIVO
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti	ASA	Indicatore NO CORE NSG (D13C)
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	FAR-PS	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	FAR-SDO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	FARMACEUTICA	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	FARMACEUTICA	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori	GRU (da attivare a partire dal 2022)	POLA
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	GRU (da attivare a partire dal 2022)	POLA
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali	GRU (da attivare a partire dal 2022)	POLA
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lettere di dimissione Ospedaliere Indicizzate	FSE-SDO	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% verbali PS indicizzati	FSE-PS	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% cittadini residenti con certificato vaccinale indicizzato	FSE-AV-RT	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% documenti indicizzati	FSE	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% documenti consultati dai cittadini su FSE	FSE	
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza		
ORGANIZZAZIONE E PROCESSI INTERNI	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali		
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	Numero medio di pubblicazioni per ricercatore		
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	Impact Factor normalizzato		
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. trial clinici approvati dal CE	SIRER	
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. studi osservazionali approvati dal CE	SIRER	
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	SIRER	
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	SIRER	
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	Rispetto del Piano Investimenti		
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni		
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	Investimenti in tecnologie informatiche		
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)		
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	% risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)		
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti		
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	AFT - FED	
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	AFT - FED	
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Tasso di copertura flusso DIME sul conto economico	AFT - FED	
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico	
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico	
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della prodzione (Ricavi con mobilità)	conto economico	
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	conto economico	

3.1. COLLEGAMENTO CON OBIETTIVI DI MANDATO DEI DIRETTORI GENERALI

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

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

Obiettivi strategici e di mandato assegnati ai Direttori Generali (cfr. allegati alle delibere di nomina)	Note	Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'UTENTE			Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI					Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO		Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ		
		Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda	Sottosezione di programmazione dell'integrazione	Sottosezione di programmazione degli esiti	Sottosezione di programmazione della struttura d'offerta e della produzione	Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Sottosezione di programmazione dell'organizzazione	Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale	Sottosezione di programmazione dei rischi connessi e della trasparenza	Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica	Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo	Sottosezione di programmazione economico-finanziaria	Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR	Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica
PNRR (cfr. CIS sottoscritto in data 31/5/2022 e successivi atti delega degli interventi alle singole aziende)			INDIRETTO		INDIRETTO								PRINCIPALE	INDIRETTO
POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L. 34/2020)							PRINCIPALE				INDIRETTO			
Premessa: unificazione aziende a livello provle / integrazione a livello metropolitano							PRINCIPALE							
1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE														
1.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera														
1.1 Integrazione Metropolitana e riordino dell'assistenza ospedaliera	solo AOU BO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO							
Riordino dell'assistenza ospedaliera		INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO							
Risvolto dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle condizioni di sicurezza		INDIRETTO			PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO							
Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva					PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO							
Riduzione dei tempi di attesa		PRINCIPALE		INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO							
Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza		PRINCIPALE		INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO							
Assistenza oncologica		INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO							
Ridefinizione dell'assistenza in ambito ortopedico	solo IOR	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO							
Rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna	solo AUSL BO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO							
Sicurezza delle cure							PRINCIPALE							
Il nuovo ospedale	solo AUSL PC e RO				INDIRETTO		INDIRETTO							PRINCIPALE
Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al Fascicolo Sanitario Elettronico		INDIRETTO					PRINCIPALE							
Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale	anticipato qui per AOU PR e MO	INDIRETTO	INDIRETTO			INDIRETTO	PRINCIPALE							
1.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	solo titolo (tranne AUSL MO)	INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO		INDIRETTO							
Completamento del programma di realizzazione delle case della salute e degli OSCO incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019			PRINCIPALE		INDIRETTO									
Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale		PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO								
1.2 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero programmato e di emergenza/urgenza	solo AOU BO	PRINCIPALE	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO	INDIRETTO								
Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO									
Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO									
Sviluppo delle cure domiciliari		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO									
Sviluppo della rete di cure palliative		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO									
Sviluppo della medicina di iniziativa		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO									
Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale		INDIRETTO	INDIRETTO			INDIRETTO	PRINCIPALE							
Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche		INDIRETTO	PRINCIPALE		INDIRETTO		INDIRETTO							
Percorsi di assistenza protesica		PRINCIPALE	INDIRETTO								INDIRETTO			
Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territorio-ospedale		INDIRETTO	PRINCIPALE			INDIRETTO								
Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disegualanze.		PRINCIPALE	INDIRETTO				INDIRETTO							
1.3 Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute			INDIRETTO		PRINCIPALE		INDIRETTO							
1.4 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, territoriale e farmaceutico	solo titolo													
Assistenza perinatale		INDIRETTO	INDIRETTO			PRINCIPALE								
Appropriatezza farmaceutica		INDIRETTO				PRINCIPALE								

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

Obiettivi strategici e di mandato assegnati ai Direttori Generali (cfr. allegati alle delibere di nomina)	Note	Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'UTENTE			Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI					Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO		Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ		
		Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda	Sottosezione di programmazione dell'integrazione	Sottosezione di programmazione degli esiti	Sottosezione di programmazione della struttura d'offerta e della produzione	Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Sottosezione di programmazione dell'organizzazione	Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale	Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza	Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica	Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo	Sottosezione di programmazione economico-finanziaria	Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR	Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica
1.5 Assistenza farmaceutica	solo titolo													
Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi		INDIRETTO	PRINCIPALE											
1.6 Integrazione sociosanitaria	solo titolo													
Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti			PRINCIPALE											
Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungosostegno			PRINCIPALE		INDIRETTO									
Governo della rete dei servizi socio-sanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali per la Vita Indipendente e all'attuazione del programma regionale sul 'Dopo di noi' per l'assistenza alle persone con grave disabilità			PRINCIPALE											
1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico						PRINCIPALE								
1.5 Attività di ricerca	solo ADU e IDR									PRINCIPALE				
1.8 Azioni a supporto dell'equità		PRINCIPALE	INDIRETTO											
1.9 Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità	solo AUSL e IDR					PRINCIPALE								
1.6 Attività di prevenzione e promozione della salute, di tutela della salute dei lavoratori della sanità	solo ADU					PRINCIPALE								
1.10 Progetto "Romagna salute"	solo AUSL RD									PRINCIPALE				
2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI	solo titolo													
2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario											PRINCIPALE			
2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione della spesa											PRINCIPALE			
2.2 Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale							PRINCIPALE				INDIRETTO			
2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	solo AUSL MD e ADU BD						PRINCIPALE				INDIRETTO			
2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	solo titolo (tranne AUSL MD e ADU BD)	INDIRETTO	INDIRETTO					PRINCIPALE						
Sviluppo progetti ICT in piena coerenza al "Piano per l'Innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2020-2022"		INDIRETTO	INDIRETTO					PRINCIPALE						
Sviluppo dei progetti ICT: rete FSE; integrazione socio-sanitaria		INDIRETTO	INDIRETTO					PRINCIPALE						
Innovazione dei sistemi per l'accesso		INDIRETTO	INDIRETTO					PRINCIPALE						
2.4 Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e tecnologico												PRINCIPALE	INDIRETTO	
2.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio ediliziotecnologico e governo degli investimenti												PRINCIPALE	INDIRETTO	
2.5 Governo delle risorse umane							INDIRETTO	PRINCIPALE				INDIRETTO		
2.6 Attività di ricerca	per AUSL IRCCS									PRINCIPALE				
2.6 Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi										PRINCIPALE				
2.6 Adempimenti nei flussi informativi										PRINCIPALE				
Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze										PRINCIPALE				
Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale che costituiscono adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA										PRINCIPALE				
Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati verso le banche dati attivate a livello regionale										PRINCIPALE				
2.7 Valorizzazione del capitale umano											PRINCIPALE			
2.8 Valorizzazione dei servizi della ricerca scientifica	solo IDR									PRINCIPALE				
2.8 Azioni per lo sviluppo sostenibile												INDIRETTO	PRINCIPALE	
2.9 Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e implementare la funzione aziendale di audit								INDIRETTO		PRINCIPALE				

3.2. INDICATORI PDP 2023-2025: SINTESI DELLA PERFORMANCE 2022

Nelle pagine seguenti, la sintesi della performance 2022 relativa agli indicatori PdP 2023-2025 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, così come consultabile dalla piattaforma InSiDER. Nella tabella seguente viene proposto un confronto tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e il livello regionale con riferimento agli indicatori individuate dal Piano delle Performance 2023-2025.

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	EMILIA-ROMAGNA	AOSPU MODENA
UTENTE	Accesso e Domanda	Accesso e Domanda		
		Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	84.31	66.72
		Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	92.45	86.2
		Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	88.71	78.29
		Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	76.77	69.76
		% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO	89.75	94.13
		Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	79	71.9
		% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	98.23	98.74
		% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	73.94	82.2
		% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	85.93	80.44
		% abbandoni dal Pronto Soccorso	6.11	5.1
		Tasso std di accessi in PS	349.02	389.11
		Indice di filtro del PS	19.49	24.03
		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - Indicatore NSG: D09Z	15	-

	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - Indicatore NSG: H01Z	119.4	120.7
	Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	80.35	88.69
	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	85	54.95
	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	68.55	58.99
	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	-	-
	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	46.79	49.64
	Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	10.81	10.19
	Integrazione		
Integrazione	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - Indicatore NSG: D03C	275.86	272.71
	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Indicatore NSG: D04C	94.33	88.11
	Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	29.4	26.44
	Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	21.64	20.05
	% di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - Indicatore NSG: D27C	6.43	4.97
	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - Indicatore NSG: D29C	135.47	183.87
	Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D05C	22.23	21.7
	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	184.02	177.95
	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	10.82	1.21
	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - Indicatore NSG: D22Z	100	85.03
	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - Indicatore NSG: D30Z	56.6	43.3

	% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni - Indicatore NSG: D32Z	26.82	23.81
	% IVG medica sul totale IVG	80.01	89.65
	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	13.36	9.2
	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	8.07	8.37
	N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: D33Z	40.8	38.02
Esiti	Esiti		
	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	7.62	7.89
	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	49.73	46.41
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	11.86	9.48
	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1.73	0.84
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1.92	1.76
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1.25	1.9
	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	10.02	7.1
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2.26	2
	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	10.53	9.91
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	81.94	83.8
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - Indicatore NSG: H03C	4.17	5.54
	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	4.4	6.73
	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4.12	5.61
	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - Indicatore NSG: H17C	15.12	10.84
	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - Indicatore NSG: H18C	16.48	17.69
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0.86	0.47
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1.38	1.1	
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	2	

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

		% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore (*) in regime ordinario	64.7	65.13	
		Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0.92	0.82	
		Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici	3.14	1.86	
		Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - Indicatore NSG: D01C	18.07	23.13	
		Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - Indicatore NSG: D02C	17.36	17.7	
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	Produzione-Ospedale			
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	77.85	80.28	
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	9.31	9.5	
		Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	12.85	10.22	
		Indice di case mix degenza ordinaria	-	1.06	
		Indice comparativo di performance	-	1.04	
		Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - Indicatore NSG: H08Za	-1.51	-0.08	
	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - Indicatore NSG: H08Zb	0.96	13.67		
	Produzione-Territorio	Produzione-Territorio			
		Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	-	-	
		Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	-	-	
		Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	8.37	8.3	
		% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	58.18	62.32	
		% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	59.18	61.83	
		% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	25.49	24.35	
		% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	8.39	9.96	
	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0.36	0.27		
	Produzione-Prevenzione	Produzione-Prevenzione			
		Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - Indicatore NSG: P02C	97.01	98.19	

	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - Indicatore NSG: P06C	61.97	62.99
	Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini - Indicatore NSG: P04C	93.22	95.88
	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - Indicatore NSG: P01C	97.26	98.53
	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	8.29	7.71
	% cantieri ispezionati	14.44	13.61
	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	71.33	76.09
	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	65.27	70.91
	% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	53.16	54.1
	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG	96.67	96.48
	Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG	100	100
Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico		
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - Indicatore NSG: H04Z	0.16	0.15
	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H06Z	2.28	1.72
	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H07Z	26.53	16.47
	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	7	9.64
	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3.75	4.09
	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	14.55	15.86

PIANO DELLA PERFORMANCE "PDP" 2023-2025

		% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	4.41	2.95
		% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	23.72	21.91
		Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	639.37	752.74
		Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	825.92	849.78
		Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	721.98	718.58
		Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D13C	75.03	73.5
	Organizzazione	Organizzazione		
	Anticorruzione-Trasparenza	Anticorruzione-Trasparenza		
		% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	-	-
		% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	63.3	59.14
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	Sostenibilità economico-finanziaria		
		Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	-3.94
		Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	93.16	87.33
		% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	88.92	87.9
		Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	185.5	190.24
		Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	17.51	23.29
		Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	30.88	3.04
		Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	12.12	20.65
		Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	38.25	51.58
		% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	17.76	44.07

Credits

Direttore Generale

C. Vagnini

Direttore Amministrativo

L. Broccoli

Direttore Sanitario

O. Nicatro

HANNO COLLABORATO

Direzione Sanitaria

A. Callegaro, E. Casali, F. Fagioli, F. Fregni,
A. Lombardi, A. Poggi, F. Torcasio

Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione

E. Muzzioli, A. Bergonzoni

Trasparenza e Prevenzione Corruzione

M. Cagarelli

Servizio Tecnologia dell'Informazione

M. Lugli

Servizio Bilancio e Finanze

M. Gualmini

Servizio di Ingegneria Clinica

M. Garagnani, S. Cecoli

Direzione Assistenza Farmaceutica

M. Bacchelli

Servizio Unico Attività Tecniche

P. Romio, D. Solignani

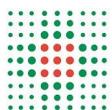
COORDINAMENTO

Controllo di Gestione

F. Franchini, V. Zacheo

Servizio Assicurazione Qualità

B. Trevisani



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