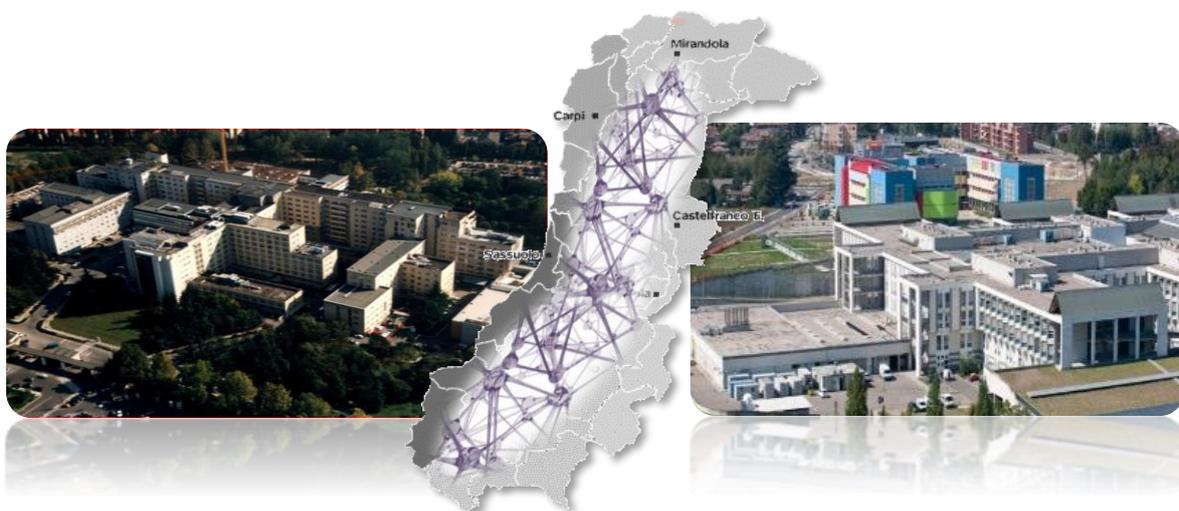


PIANO delle AZIONI 2023

LINEE GUIDA al BUDGET 2023



Approvato in Collegio di Direzione del 14/3/2023

Aggiornato post revisione budget – luglio 2023

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Sommario

Premessa	3
1. Il contesto di riferimento	5
2. Il percorso di Budget	7
2.1. La scheda di budget	9
2.2. WebBudget “Dante”: Il ciclo della performance	14
3. Obiettivi di attività	16
3.1. Le politiche delle cure ospedaliere.....	17
3.2. Specialistica ambulatoriale e gestione tempi di attesa	27
3.3. Appropriatezza prescrittiva	28
3.4. Accesso in emergenza-urgenza e gestione dei percorsi di Pronto Soccorso	29
3.5 Appropriatezza	31
3.6 Efficienza di utilizzo dei posti letto	34
3.7 Tempi di attesa	35
3.8 Libera professione	35
4. Gestione delle Risorse	37
5. Governo Clinico	42
5.1 Modelli organizzativi e aree di sviluppo	43
5.2 Rischio infettivo	45
5.3. Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.....	45
6. Qualità e accreditamento	48
6.1 Requisiti generali regionali di Accreditamento da DGR 1943/2017.....	48
6.2 Lo sviluppo del Sistema Qualità e umanizzazione delle cure/parere utenti.....	48
6.3 Gli obiettivi annuali in tema di Qualità ed Accreditamento.....	48
6.4 Monitoraggio degli indicatori di performance clinica	49
6.5 Gestione del rischio infettivo.....	49
7. Prevenzione Corruzione e Trasparenza	51
8. Formazione e ricerca	53
8.1. Sviluppo delle Professionalità	55
8.2. Area Ricerca e Innovazione: Ricerca	56
8.3. Area Ricerca e innovazione: Innovazione	57
9. Tabella di sintesi degli obiettivi 2023	59



Premessa

Il Piano delle Azioni è il documento programmatico con cui l'azienda identifica le linee strategiche annuali e costituisce il riferimento in base al quale verranno identificati, proposti e negoziati gli obiettivi di budget ed i correlati indicatori di monitoraggio con riferimento alle singole strutture organizzative aziendali. Uno strumento interno a supporto della strategia di programmazione per obiettivi e progetti, finalizzato a veicolare la matrice delle responsabilità in capo alle singole strutture aziendali partendo dalle linee guida aziendali e quelle regionali, laddove già esplicitate.

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

L'impostazione ripercorre la struttura, le metodologie e gli strumenti già propri del periodo pre-pandemico, integrati con le azioni specifiche, sia in termini di programmazione che di monitoraggio operativo, indotte dalla gestione dell'emergenza pandemica da Covid-19 che ha caratterizzato lo scenario 2020-2022.

Il budget 2023 si configura come strumento sviluppo ed implementazione dell'assetto passato, con particolare enfasi su due direttrici: lo standard regionale e l'attenzione alla performance clinica. Le schede di budget ricalcano infatti in maniera marcata una struttura di matrice regionale, ispirandosi a quanto già sperimentato in termini di pianificazione triennale con il Piano della Performance, strutturando gli indicatori e gli obiettivi nelle dimensioni ed aree della performance che sono proprie della pianificazione di lungo periodo. Al contempo, le schede prevedono la presenza di indicatori di esito e performance clinica capaci di esprimere la capacità di governo dell'attività e delle scelte strategiche da parte dei singoli centri di responsabilità aziendali.

Il presente Piano delle Azioni viene elaborato dal Comitato di Budget, presieduto dal Direttore Sanitario e sottoposto ad approvazione in sede di Collegio di Direzione. Il suo scopo è comunicare a tutta l'organizzazione le linee guida, le misure, le azioni e gli obiettivi caratterizzanti la programmazione aziendale 2023, in termini di programmi di attività e di risorse necessarie. Specifiche che assumeranno una propria connotazione all'interno delle singole schede di budget delle unità operative aziendali.

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

Il piano della performance si integra con il percorso di budget influenzandone le linee strategiche e gli obiettivi specifici anche di valenza personale/professionale.

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

Si propone di seguito una fotografia dei macrotemi aziendali sui quali si è deciso di declinare obiettivi di carattere strategico con riferimento alla duplice valenza aziendale e provinciale. Tali ambiti di attività sono stati individuati in linea con le specifiche regionali e con le evidenze scaturite dagli incontri di revisione di budget condotti con le unità operative nel corso dell'anno 2021.

1. Il contesto di riferimento

Il 2023 si configura come un anno caratterizzato dall'elevato grado di complessità organizzativa e gestionale per il panorama della Sanità nazionale e regionale. Il rispetto degli obiettivi di programmazione sanitaria, nell'ottica del governo di tempi d'attesa ed efficientamento del ripristino dell'attività assistenziale fanno il paio con la stringente necessità di perseguire un difficile equilibrio di natura economico-finanziaria.

L'emergenza pandemica da Covid-19 ha rivoluzionato il mondo nel corso del 2020 e del 2021. Pianificazione strategica, progettualità e attività ordinaria delle aziende sanitarie, in Emilia-Romagna come in tutto il resto d'Italia e del Mondo, hanno subito forti rimodulazioni alla luce delle attività in urgenza per far fronte alla crisi sanitaria.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena si è riorganizzata internamente con tempestività per cercare di rispondere in maniera efficiente al repentino mutamento delle condizioni organizzative, logistiche e gestionali imposte dall'esplosione del Covid.

In due anni di costante impegno in prima linea, l'Azienda ha saputo far fronte al tremendo impatto dell'emergenza sanitaria, con estremo sforzo, sfiorando più volte l'apnea, ma riuscendo sempre a gestire con successo i picchi delle quattro ondate, strutturando un governo flessibile dell'emergenza. Una strategia condivisa quotidianamente fra i diversi livelli aziendali e che ha trovato nell'analisi sistematica e tempestive dei dati un prezioso strumento di supporto delle decisioni e del governo clinico, tanto sotto il profilo predittivo quanto dal punto di vista delle logiche di miglioramento correlate all'analisi retrospettiva.

La pianificazione per obiettivi di budget annuali, in continuità con quanto recepito nel processo di budget per l'anno 2022 (*Master Budget prot. AOU n. 27837/22 del 30/5/2022 e aggiornato dopo la Revisione di settembre con nota prot. AOU n. 37240/22 del 23/12/2022*), assume un ruolo fondamentale all'interno dei meccanismi di programmazione strategica dell'Azienda, volti ad assicurare i più efficaci livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria, coniugati con un'efficiente gestione delle risorse a disposizione.

A tal proposito, si conferma centrale il legame con le linee strategiche del documento programmatico a valenza triennale, Piano della Performance 2023-2025. Il PdP vigente (*prot. AOU Modena n. 23203/23 del 31/7/2023, delibera nell'ambito del PLAO AOU Modena n. 146 del 31/07/2023*), individua gli obiettivi strategici in capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, formulati sulla base del Programma di Mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna, uniformato alle Linee di Programmazione Sanitaria regionali individuati nella DGR 1237/2023.

Le principali novità introdotte nel percorso di budget per l'anno 2023 derivano essenzialmente da:

- Delibera RER n. **990 del 19/06/2023** - LINEE GUIDA per la PREDISPOSIZIONE del PIANO INTEGRATO di ATTIVITA' e ORGANIZZAZIONE (PIAO) nelle AZIENDE e negli ENTI del SSR
- Delibera RER n. **1237 del 17/07/2023** - LINEE di PROGRAMMAZIONE e FINANZIAMENTO delle AZIENDE del SERVIZIO SANITARIO REGIONALE 2023, in particolare recependo il Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12/03/2019), Obiettivi 'core' dell'Area di Assistenza Ospedaliera:

Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12/03/2019) - Obiettivi 'core' dell'Area di Assistenza Ospedaliera

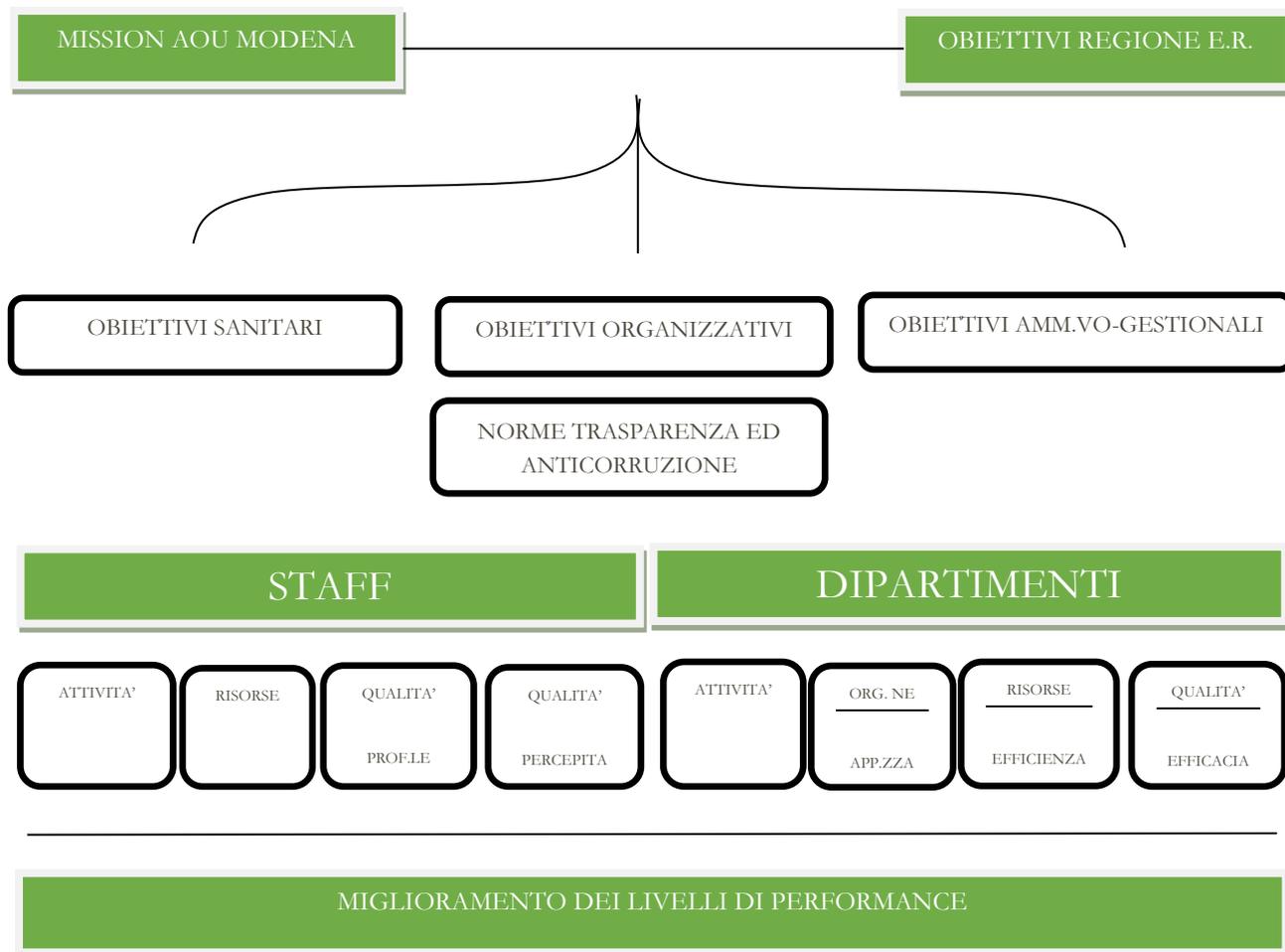
Indicatori	Target
37. H02Z – Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (con 10% tolleranza)	100%
38. H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤ 2,22
39. H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	< 0,15
40. H05Z – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90%
41. H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%
42. H17C– % parti cesarei primari in strutture con <1.000 parti	≤ 20% punteggio sufficienza ≤ 15% punteggio massimo
43. H18C – % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti	≤ 25% punteggio sufficienza ≤ 20% punteggio massimo
44. D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (<i>Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE</i>) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	≤ 14,39
45. D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (<i>Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE</i>) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	≤ 13,95
46. H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤ 13,60
47. H08Za - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	compreso tra -3% e +3%
48. H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	≤ 5%

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

2. Il percorso di Budget

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

Di seguito è riportata tale rappresentazione grafica dell'Albero della Performance dell'Azienda:



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:

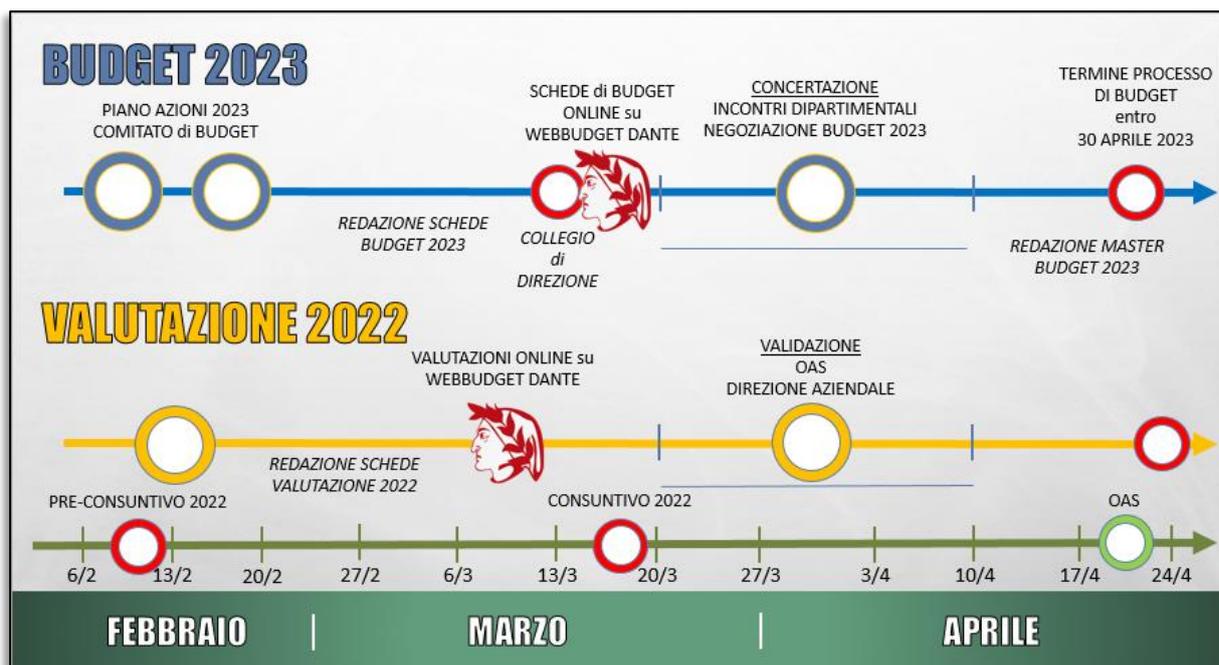
1. È globale, ovvero interessa l'Azienda nella sua visione olistica. Il processo di budget richiede il coordinamento e l'integrazione degli obiettivi perseguiti dai singoli centri di responsabilità in un'ottica unitaria della gestione aziendale;
2. Definisce obiettivi, espressi in termini di risultati 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. Il percorso di budget prevede:

- Condivisione delle linee guida al Collegio di Direzione (14 marzo)
- Comunicazione delle schede di budget e relativi obiettivi (entro 22 marzo)
- Concertazione (dal 22 marzo al 30 giugno)
- Consolidamento/approvazione schede (entro 31 luglio)

Articolazione organizzativa degli incontri di concertazione:



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

Si conferma per il 2023 l'importante fase della Revisione di Budget, con la novità dell'anticipo degli RDD di UOP/Dipartimento nel mese di luglio. Si tratta di un momento formale di incontro con i professionisti aziendali per verificare lo stato di avanzamento dei dati di attività, consumo e performance rispetto ai target stabiliti ad inizio anno in sede di negoziazione di budget.

2.1. La scheda di budget

Gli obiettivi riportati all'interno della scheda budget si suddividono in obiettivi di natura economica e progettuali. Ciascuna area assume una pesatura personalizzabile nella valutazione della performance di equipe, misurata a fine anno. Nella scheda budget della singola struttura, vengono monitorati in tempo reale gli andamenti degli obiettivi quantificabili economicamente. Vengono riportati il valore osservato, quello atteso e la serie storica di confronto.

ECONOMICA PRODUZIONE

- Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)
- Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

ECONOMICA COSTI (Totale Beni Sanitari)

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

EFFICIENZA

- Gestione pazienti con patologia chirurgica non procrastinabile [Classi A]
- Modalità di presa in carico a distanza

FLUSSI INFORMATIVI

- Incidenza dell'attività libero professionale rispetto all'attività istituzionale e conseguenti eventuali misure correttive
- Prenotazione informatizzata dell'attività libero professionale (95%)
- Adempimenti legati alla trasparenza

AREA COVID-19

- Avvio del Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera
- Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza nel corso della pandemia Covid-19
- Formazione degli operatori sanitari (nel corso della pandemia COVID-19)
- Garantire Completezza e tempestività dei flussi informativi relativi all'Emergenza da Covid-19

Obiettivi di sviluppo

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

Obiettivi di miglioramento

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

Obiettivi di sostenibilità

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

Definizione di PDTA e di Team professionali

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



Le schede di Budget



Strumento attraverso cui vengono esplicitati elementi che contribuiscono allo sviluppo del bilancio preventivo:

- Livello di produzione atteso
- Obiettivi di innovazione e qualità
- Consumi di farmaci e dispositivi medici
- Prestazioni intermedie negoziate
- Obiettivi di ricerca, all'interno di un contesto di investimenti.

MACROTEMI AZIENDALI
sui quali si è deciso di declinare obiettivi di carattere strategico con riferimento alla duplice valenza aziendale e provinciale



Tali ambiti di attività sono stati individuati in linea con le specifiche regionali e con le evidenze scaturite dagli incontri di revisione di budget condotti con le Unità Operative nel corso dell'anno 2016.

OBIETTIVI AZIENDALI SPECIFICI



Troveranno declinazione nelle **singole schede di budget dei servizi**.



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

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

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

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

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

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

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

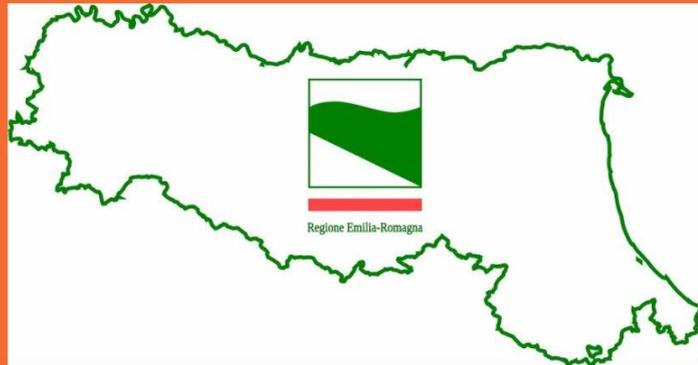
ORIENTAMENTO DELLA PRODUZIONE

"Indicatori di governo della performance clinica su aree specifiche direttamente influenzabili dalla programmazione dei professionisti, con diretta ricaduta sulla valorizzazione economica della struttura"



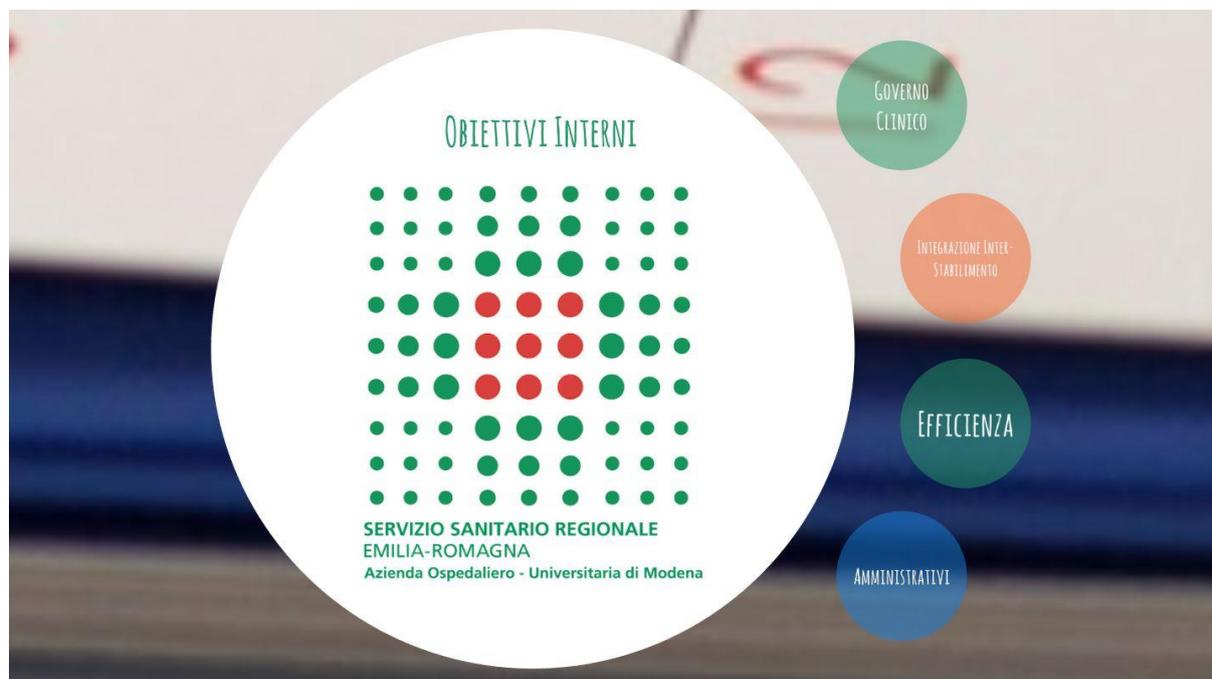
OBIETTIVI REGIONALI

 Monitoraggio anno in corso	 SIVER	 Bersaglio MES
 Piano Performance Aziendale 2016-2018	 TDA PRP 272/2017	 Spesa farmaceutica
 DM 70/2015	 PNE	 SIGLA



OBIETTIVI COMMITTENZA

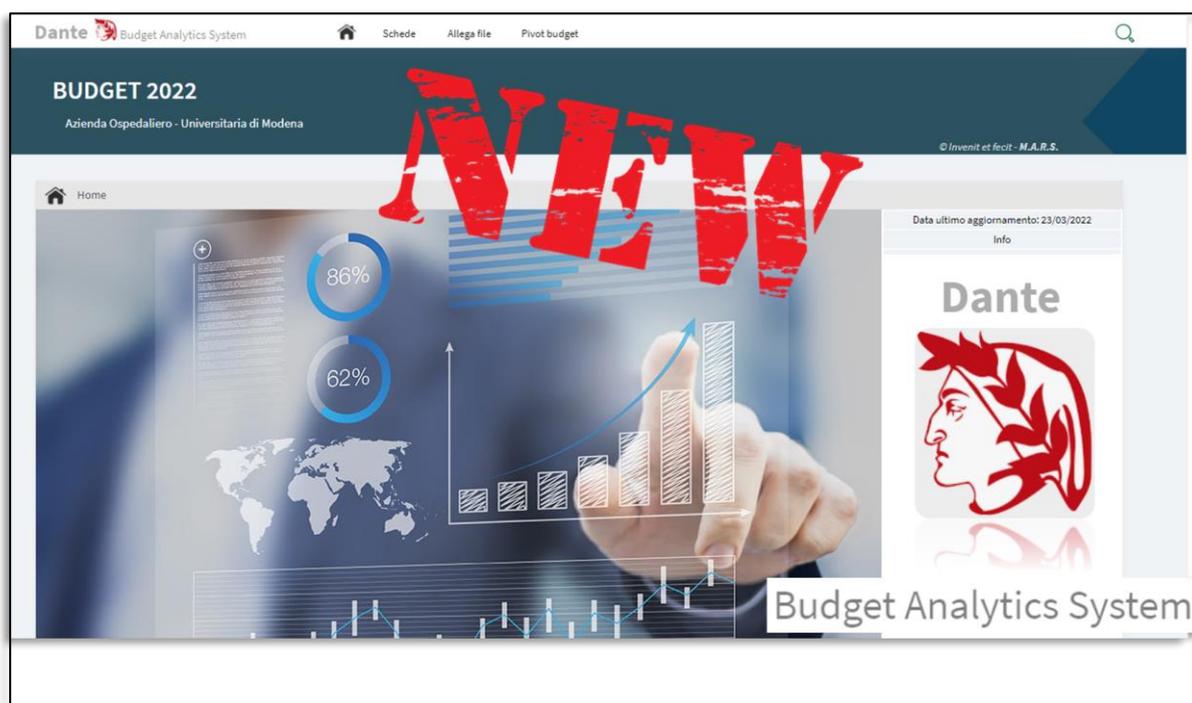
- Obiettivi Qualificanti
- Obiettivi di Rete
- Progetti concordati con Azienda USL



2.2. WebBudget “Dante”: Il ciclo della performance

L'intero processo di budget verrà gestito anche nel 2023 interamente mediante l'applicativo WebBudget, sviluppato interamente dal Controllo di Gestione, che mette a disposizione online l'intera documentazione.

Ancora una volta, la scelta strategica è stata di realizzare internamente lo sviluppo della nuova versione del software. L'esperienza maturata dal gruppo del Controllo di Gestione, per competenze tecniche e gestione del processo, ha portato all'implementazione del nuovo sistema, che si è concretizzata nel mese di marzo 2022. E' nato così “Dante”, il nuovo Sistema Analitico per la gestione del processo di Budget.



L'intervento sull'applicativo, pur ponendosi in continuità con WebBudget, ha interessato tanto l'aspetto stilistico (layout e comparto grafico per maggior semplicità di fruizione per l'utenza) quanto gli aspetti contenutistici e di processo che ne hanno migliorato l'utilizzo.

A livello tecnico e strutturale, il consolidamento di maggior impatto ai fini della stabilità di sistema è stato rappresentato dall'integrazione completa con il sistema proprietario M.A.R.S., con cui il Controllo di Gestione governa l'interno percorso di reporting aziendale. La gestione del database sottostante alla struttura delle schede di budget ed i meccanismi di alimentazione delle base dati sono stati resi molto più fluidi ed automatici. Particolare attenzione è stata posta alla facilità di accesso ai dati, sia in fase di caricamento, quanto in fase di export degli stessi, per un'esperienza di consultazione non solamente effettuabile via web, ma anche in formati statici (.xlsx) per rielaborazione specifica dell'utente.



Dante
Budget Analytics System

Software realizzato dal CDG con tecnologie Microsoft.NET e SQL Server, completamente reingegnerizzato per integrarlo con il sistema di reportistica M.A.R.S.®.

DANTE® si compone dei seguenti moduli:

- Software di configurazione ad uso del cdg scritto in C# su windows form e modello di deployment click-once:
 - Gestione diritti utente
 - Gestione obiettivi ed indicatori
 - Gestione delle schede
 - Gestione della configurazione di tutti gli aspetti del nuovo software utilizzando la tecnologia “Discovery” proprietaria del Controllo di Gestione
- Applicativo web di presentazione e navigazione delle schede:
 - Gestione export in formato .pdf
 - Gestione “Proposte e Controdeduzioni”
 - Gestione “Riesame Della Direzione” (RDD)
 - Gestione Pianificazione progetti/obiettivi

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

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

3. Obiettivi di attività

Il contesto normativo ed organizzativo dell'anno 2023 vede un quadro complessivo di necessaria attenzione economica, per rientrare nei piani di monitoraggio della spesa complessiva aziendale che siano coerenti con l'impostazione dei bilanci preventivi a livello locale e regionale.

Lo sviluppo di nuovi filoni di attività deve pertanto confrontarsi ed armonizzarsi con una valutazione complessiva dell'impiego di risorse, ed essere focalizzato negli ambiti strategici che il percorso di confronto fra Direzione e unità e servizi ha portato ad individuare.

Nel corso dei mesi passati infatti sono state proposte diverse progettualità, all'interno delle schede di budget come settori di possibile sviluppo mirato delle competenze professionali, e parallelamente in specifici incontri fra le componenti aziendali e la direzione strategica, occasione di scambio di proposte di linee di crescita e miglioramento dell'offerta assistenziale.

L'evento pandemico ha fortemente condizionato il focus dell'organizzazione a partire dai primi mesi dell'anno 2020. Gli sforzi programmatici ed organizzativi sono stati mirati quindi a perseguire 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 con una visione sempre attenta alla gestione delle recrudescenze epidemiche che si sono verificate e alla massimizzazione di quel bagaglio esperienziale maturato in termini di revisione flessibile delle modalità organizzative, che ha permesso di far fronte ai picchi epidemici, concentrando le risorse per mantenere al contempo una garanzia di erogazione di prestazioni necessarie per dare risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento.

L'Azienda nel corso delle ondate epidemiche ha assicurato una rapida e profonda riorganizzazione delle prestazioni e dei servizi offerti allo scopo di fornire alla popolazione la risposta più rapida ed efficace possibile. Il focus principale è stato garantire un'assistenza adeguata a fronteggiare in sicurezza l'emergenza covid, non perdendo mai di vista la necessità di garantire una risposta anche ai bisogni assistenziali di diagnosi, cura e, più in generale, di presa in carico, della popolazione del territorio modenese, naturalmente privilegiando quelle categorie di pazienti con necessità assistenziali indifferibili (neoplastici, con patologie acute e subacute, ecc.). Ciò ha permesso, nonostante il perdurare a fasi alterne della necessità di attuare revisioni organizzative nelle aree di degenza e nella gestione dell'attività chirurgica e dell'offerta ambulatoriale, di mantenere un alto livello produttivo, assolvendo così, anche se non completamente, agli obiettivi derivanti dalla mission aziendale

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

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.

3.1. 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 oncoematologica, 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 Antiblastici) 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'esponenziale 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. E' 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.

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.).

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.

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.

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 triplantologiche 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.

3.2. Specialistica ambulatoriale e gestione tempi di attesa

L'AOU Modena garantirà la costante collaborazione con l'Azienda Usl 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 Ausl, 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:

- Appropriatezza prescrittiva

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

3.3. Appropriately prescriptive

In merito all'appropriately prescriptive 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 appropriately prescriptive 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 DEMMA.

Sarà fondamentale proseguire nelle azioni volte a massimizzare la chiusura delle Ricette DEMMA 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.

3.4. 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 turn-over 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 epidemiologico 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.

3.5 Appropriatelyzza

Il nuovo PAC 2022 ha confermato le linee guida in materia introdotte in Regione nell'ultimo triennio. A fronte della valutazione sui LEA 2017 (*DPCM 12-01-2017*) si sono avviate infatti azioni specifiche volte a ridurre la potenziale inappropriatezza in regime di ricovero ordinario nelle strutture della regione Emilia-Romagna.

Si è deciso di definire le priorità di intervento raggruppando i 108 DRG previsti in 3 gruppi: alta, media e bassa priorità di intervento. I DRG sono stati classificati in relazione al livello di criticità (griglia LEA) ed ai volumi.

Per la definizione del livello di criticità di ognuno dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, sono calcolati per Regione:

- Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe d'età (per 1.000 ab): calcolato complessivamente per ricoveri ordinari e diurni per Regione di residenza.
- Percentuale di ricoveri ordinari: calcolato sul totale dei ricoveri dei soggetti residenti dimessi entro Regione. La percentuale di ricoveri ordinari per ciascun DRG a rischio inappropriatezza è stata calcolata considerando i ricoveri in DO > di 1 giorno.

Dal 2017, la Regione Emilia-Romagna ha avviato un programma specifico di monitoraggio della casistica potenzialmente inappropriata, anche con riferimento a categorie specifiche di DRG, considerati critici.

L'obiettivo è quello di Ridurre la quota di DRG in regime ordinario con trasferimento della casistica al regime diurno, nonché ridurre la quota di ospedalizzazione delle condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale.

Il Piano Annuale dei Controlli (PAC) valido per l'anno 2022 prevede il mantenimento delle tipologie di controllo presenti nel PAC 2020 in quanto, come emerso da una analisi dell'attività di controllo sanitario svolta sul territorio regionale negli ultimi anni, risultano essere ancora significative nella loro capacità di discernere possibili inapproprietezze organizzative o di codifica. Al precedente elenco delle tipologie di controllo sono state aggiunte due nuove classi, per la necessità di verificare la corretta applicazione dei nuovi codici richiesti dal DM 28/10/2020 nelle SDO dei pazienti con malattia Covid-19 e dell'opportunità di verificare i requisiti di appropriatezza e la correttezza di percorso nei pazienti ricoverati nelle discipline di area riabilitativa (intesa siglata tra le parti nella conferenza Stato-Regioni del 3 agosto 2021 – applicazione del DL n° 78 del 19/06/2015).

Nel PAC 2022 vengono ribaditi i criteri che definiscono l'inappropriatezza organizzativa delle singole giornate di degenza nei **ricoveri ordinari brevi**, secondo uno schema già presente nei precedenti PAC (*vedi Box 1 nella pagina seguente*), e vengono introdotti nuovi criteri riguardanti i requisiti di appropriatezza per l'erogazione in regime di ricovero **diurno** di prestazioni generalmente fornite in **regime ambulatoriale** (*vedi Box 2 nella pagina seguente*).

L'AOU di Modena recepisce pertanto nel percorso di budget 2023, anche in linea con la definizione degli obiettivi "core" da Nuovo Sistema di Garanzia (NGS – DM 12/3/2019) contenuti nelle Linee di Programmazione e Finanziamento della Regione Emilia-Romagna per l'anno 2023 (DGR n. 1237/2023) uno specifico indicatore finalizzato al perseguimento di tale obiettivo.

L'indicatore, costruito sulla base dei criteri regionali ufficiali di monitoraggio, verrà elaborato con cadenza trimestrale, al fine di sorvegliare il trend aziendale rispetto alla casistica critica individuata.

AREA REGIONALE

H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario

Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12/03/2019) - Obiettivi 'core' dell'Area di Assistenza Ospedaliera

Indicatori	Target
39. H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	< 0,15

BOX 1 – ELEMENTI DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DEI RICOVERI

Fenomeno	Oggetto di analisi	Rischio potenziale	Possibile effetto del controllo
Degenza preoperatoria diversa da zero, in caso di ricovero programmato per intervento in elezione.	Giornate di degenza preoperatorie: - senza evidenza di procedure di rilievo - e/o non motivate da specifiche condizioni del paziente. Non rilevano le indagini preoperatorie.	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza.	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate preoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa.
Degenza postoperatoria.	Giornate di degenza successive ad intervento chirurgico semplice (classificabile, in linea di massima, come AHRQ 3) senza evidenza in cartella clinica di: - esecuzione di procedure di rilievo, e/o - condizioni cliniche che abbisognino di monitoraggio clinico, medico o infermieristico	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza.	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate postoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa.
Durata della degenza in LPA (Lungodegenza Post-Acuzie).	Durata complessiva dell'episodio di cura che può caratterizzarsi per: - ricovero di breve durata in un reparto per acuti concluso con trasferimento del paziente in LPA e - ricovero breve in LPA (in linea di massima inferiore a 10 giorni) concluso con dimissione al domicilio del paziente	Utilizzo improprio del setting in LPA determinante un aumento artificioso sia della tariffa che del tasso di ospedalizzazione.	Rivalutazione delle singole giornate di degenza trascorse in LPA; quelle che, in relazione al processo assistenziale certificato in cartella, si configurano come dimissione precoce dal reparto per acuti, non entreranno nel conteggio dei giorni di ricovero in LPA.

BOX 2. CONDIZIONI CHE GIUSTIFICANO IL SETTING DI RICOVERO DIURNO PER PRESTAZIONI GENERALMENTE EROGABILI IN REGIME AMBULATORIALE

Paziente con deterioramento cognitivo significativo e documentato (es. Invalidità civile del 100%, assegno di accompagnamento, valutazione multidimensionale geriatrica di base, referto geriatrico ...)

Paziente non collaborante, mancante di assistenza familiare o sociale, necessitante di assistenza dedicata (minori o grandi anziani non autosufficienti)

Anestesia spinale o generale

Necessità di monitoraggio del paziente superiore alle 3 ore.

La prestazione richiede multidisciplinarietà-multiprofessionalità da parte degli operatori.

Tempo chirurgico effettivo in sala operatoria >40 minuti

Grading chirurgico adeguato (a mero titolo di esempio):

- Lesione cutanea capo/collo/orbita francamente benigna > 2 cm
- Lesione cutanea sospetta capo/collo/orbita > 1 cm (presenza es. istologico)
- Lesione cutanea altre sedi francamente benigna > 5 cm
- Lesione cutanea sospetta di altre sedi > 2 cm (presenza es. istologico)
- Asportazione di lesioni cutanee multiple > 3
- Safenectomia

NOTA: gli elementi determinanti l'appropriatezza del regime erogativo devono essere rilevabili dalla cartella clinica e devono essere documentati nel verbale di verifica.

3.6 Efficienza di utilizzo dei posti letto

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

Relativamente al tema dei ricoveri in urgenza, per l'anno 2020 si conferma:

- il modello che prevede che le U.O di Medicina Interna e Specialistica Medica garantiscano un numero minimo giornaliero, standardizzato, di disponibilità di posti letto per le necessità di ricovero da parte del Pronto Soccorso allo scopo di favorire una puntuale presa in carico dei pazienti con l'assegnazione di un appropriato setting clinico e assistenziale (vedi indicazioni organizzative della Direzione). Tale modello che ha lo scopo di assicurare una appropriata collocazione logistica dei pazienti evitando l'utilizzo dei posti letto in "appoggio" presso reparti non di competenza, considera altresì che anche le Unità Operative Chirurgiche devono garantire una quotidiana disponibilità di posti letto per il Pronto Soccorso e che sia anche previsto un contributo del Dipartimento Oncologico."
- l'opzione di utilizzare strumenti flessibili per far fronte a picchi di accessi che vadano oltre la normale operatività, quali l'Admission Room, con organizzazioni specifiche in base al contesto dello stabilimento aziendale.

Inoltre, per l'ambito chirurgico, si confermano i sistemi e modelli organizzativi già adottati quali:

- **la Day Surgery multidisciplinare** (aziendale) dove si effettuano interventi chirurgici o anche talune procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia generale, loco-regionale o locale;
- **la One Day Surgery** ricovero che prevede il pernottamento ospedaliero del Paziente nel giorno dell'intervento o procedura chirurgico e che consente atti chirurgici più complessi, che comunque necessitano di un controllo postoperatorio a breve. Patologie o procedure chirurgiche che possono nell'immediato decorso post-operatorio presentare complicanze cliniche;
- **la Week Surgery** per tutti quegli interventi di bassa o media complessità o per procedure diagnostico-terapeutiche che prevedano una degenza entro i 5 giorni. L'attività si svolge dal lunedì al sabato mattina e vede:
 - a. miglior comfort per i Pazienti;
 - b. facilitazione del recupero funzionale del Paziente operato;
 - c. maggior appropriatezza dei ricoveri;
 - d. contenimento dei tempi di permanenza in ospedale;
 - e. miglior rapporto risorse impiegate/efficacia delle prestazioni;
- **Centralizzazione del prericovero** un'unica area dedicata al percorso preoperatorio del Paziente dagli esami preoperatori di routine (esami ematochimici, ECG, Rx torace, altre consulenze se previste) alla visita anestesiologicala. Ciò consente di eliminare la degenza preoperatoria e di effettuare il ricovero il giorno stesso dell'intervento.

3.7 Tempi di attesa

La Circolare 21 del 10 novembre 2015 ‘Politiche di miglioramento dell’accessibilità alle cure specialistiche e la DGR 1056 del 27 luglio 2015 ‘Riduzione delle liste di attesa per l’accesso alle prestazioni sanitarie’ dettano precisi indirizzi operativi alle Aziende Sanitarie in merito alla facilitazione al cittadino sui percorsi della specialistica ambulatoriale. La riorganizzazione complessiva dell’offerta su base provinciale non prevede solo un aumento di attività tramite l’efficientamento e l’aumento delle disponibilità di prestazioni a disposizione dell’utente, ma anche revisione dell’offerta interna che, per le Aziende sede di attività di secondo livello come la nostra, significa presa in carico clinica da parte dello specialista e prenotazione in carico alla struttura in caso di accertamenti diagnostici ulteriori alla visita, evitando al paziente di tornare a medico di medicina generale per le prescrizioni e al CUP per le prenotazioni. Ulteriori miglioramenti organizzativi richiesti dalle norme sopracitate fanno riferimento alla gestione di pazienti complessi tramite la strutturazione di percorsi di Day Service e al consolidamento di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica tramite gestione interna del followup.

La partecipazione al tavolo provinciale ‘Task Force specialistica’, coordinato dalla AUSL e che coinvolge rappresentanti organizzativi dei Distretti, delle Direzioni Ospedaliere, dei Medici di medicina generale, consente la individuazione di aree di miglioramento organizzativo che si attuano su 3 macroaree di offerta provinciale (Nord, Centro, Sud) con l’obiettivo di efficientare e rendere omogenei i percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche.

Parimenti sono attuate iniziative volte a migliorare l’appropriatezza clinica, con l’individuazione e la condivisione di scenari clinici che prevedono l’accesso a prestazioni ‘Urgenti B’.

3.8 Libera professione

L’organizzazione dell’attività libero professionale intramuraria continua a risentire gli effetti della pandemia Covid-19 che, seppur non comportando più la sospensione dell’attività, continua ad avere un impatto sulla disponibilità di spazi. Per l’attività ambulatoriale, la necessità di garantire la sicurezza dell’attività istituzionale all’interno degli stabilimenti ospedalieri, unita alla contrazione di spazi e alla situazione logistica interna, continua a rendere necessario il ricorso alla così detta “Alpi allargata”, che risulta pertanto essere strumento necessario e non fungibile in altro modo. Tale modalità è stata organizzata secondo l’impianto regolatorio regionale (DGR n. 1131 del 2013), dando continuità ai provvedimenti aziendali adottati nel corso delle prime ondate pandemiche (Delibere AOU n. 83 del 10 giugno 2020 e n. 174 del 24 novembre 2020). Nel corso del 2023 - nel rispetto della normativa nazionale e delle disposizioni regionali che prevedono il criterio di unicità dello spazio di svolgimento dell’Alpi all’interno della provincia – è prevista la verifica delle condizioni per il graduale rientro dei professionisti autorizzati in spazi sostitutivi, qualora si rendessero disponibili spazi all’interno dell’Azienda.

È proseguita l’attività di riorganizzazione della libera professione intramuraria, in particolare con l’applicazione del nuovo regolamento aziendale adottato con la Delibera n. 196 del 12/11/2021, documento scritto sulla base di una linea guida di Area Vasta che ha recepito le disposizioni normative e contrattuali in materia. La nuova regolamentazione ha superato le previgenti disposizioni del Policlinico e dell’Ausl per l’Ospedale Civile di Baggiovara in essere da numerosi anni e ha comportato la completa revisione delle modalità di gestione, degli aspetti giuridici relativi all’autorizzazione e gli aspetti economico fiscali legati principalmente ai criteri di costruzione delle tariffe. È stata data applicazione al nuovo regolamento con l’adozione e pubblicazione della nuova modulistica, sono state gradualmente applicate le nuove modalità di definizione delle tariffe con implementazione sull’applicativo aziendale Auriga sul versante ambulatoriale e implementazione

sull'applicativo di gestione dei ricoveri a pagamento. La nuova documentazione è stata pubblicata in una sezione intranet dedicata.

Inoltre, anche per dare concreta attuazione al nuovo regolamento, con Delibera n. 45 del 28/02/2022, è stato costituito l'Osservatorio permanente-Commissione paritetica aziendale per la promozione e verifica dell'attività libero professionale intramuraria.

Sono proseguite le attività anche sul fronte dei controlli con l'implementazione di una nuova mappatura, valutazione e realizzazione del registro del rischio corruttivo. Nel corso del 2022 è stato adottato il nono Piano Aziendale di prevenzione della corruzione dall'entrata in vigore della legge n. 190/2012, secondo la quale le pubbliche amministrazioni sono tenute a individuare il grado di rischio di esposizione alla corruzione e a indicare, in apposito piano annualmente aggiornato, le strategie per il contrasto ai fenomeni corruttivi. Tra le novità del documento, che costituisce il piano di transizione verso il PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), c'è un nuovo processo di gestione del rischio corruttivo di tipo qualitativo che prevede anche per la libera professione la mappatura delle aree di rischio con una dettagliata analisi del contesto interno, la valutazione dello stesso, l'identificazione delle misure di prevenzione, il conseguente monitoraggio con implementazione di un registro dei rischi.

Inoltre, come previsto dalle disposizioni regionali, in particolare dalle "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2021" (DGR n. 1770 del 2/11/2021 – paragrafo 4.6 allegato B Sistema di audit interno), il processo relativo alla Libera Professione è stato individuato dal Servizio di Audit aziendale che, nel corso del 2022, ha svolto una valutazione dell'adeguatezza del disegno e funzionamento dei controlli.

In tema di monitoraggio - come previsto dalle Linee generali di indirizzo ai fini della contrattazione integrativa dell'area dirigenziale della Sanità DGR Emilia-Romagna 94/2021, dall'art. 31 CCNL Area Sanità – Triennio 2016-2018 firmato il 19 dicembre 2019, dall'art. 15-quinquies, comma 3, DLgs. 502/92 - nell'ambito della programmazione annuale, saranno definiti per ciascuna Unità Operativa i volumi di attività istituzionale. Il monitoraggio trova applicazione concreta nel sistema "WebBudget" nel quale saranno inseriti, anche per il 2023, indicatori per ogni Unità Operativa per monitorare il rapporto volumi LP/SSN ambulatoriale e ricovero. Gli indicatori, grazie al sistema "WebBudget", saranno soggetti a un monitoraggio periodico, consultabile in tempo reale.

Infine, anche per il 2023, sarà inserito nelle schede di budget uno specifico obiettivo relativo alla prenotazione informatizzata dell'attività libero professionale, necessario per monitorare la correttezza del ciclo delle prestazioni LP che prevede la presenza a monte di una prenotazione prima dell'erogazione.

4. Gestione delle Risorse

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.

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 MODENA	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
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 oncoematologico, 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.

5. Governo 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.

5.1 Modelli organizzativi e aree di sviluppo

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

- *I Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA)*: si tratta di processi assistenziali che prevedono una sequenza logica di azioni con il coinvolgimento strutturato di attori appartenenti a diverse discipline. Si sviluppa sul principio della presa in carico stabile del paziente - secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro di equipe - dettagliando i passaggi essenziali di cura dal momento della diagnosi e trattamento fino al follow up. L'obiettivo è di rispondere, con un approccio di integrazione multidisciplinare e interprofessionale, alle esigenze di specifiche categorie di pazienti, gestendone tutti gli aspetti: clinici, organizzativi, relazionali.

- *I processi/percorsi organizzativi*: si tratta di insieme di azioni coordinate ed ordinate per risolvere un problema di natura organizzativa che ruota attorno ad un problema di salute del paziente. Sono attività coordinate ed ordinate temporalmente, attraverso il susseguirsi dei vari momenti che le compongono con il contributo di più attori, finalizzate a generare un risultato ed attribuendo responsabilità ad ogni soggetto direttamente coinvolto.
- *Le piattaforme di risorse*: si tratta di insieme di risorse (tecnologiche e/o professionali) ove insiste l'attività di più processi produttivi di diverse Strutture Complesse afferenti ad uno o più Dipartimenti, gestite centralmente al fine di favorirne l'uso sinergico e flessibile ed ottenere la massima efficienza operativa e produttività. Sulle piattaforme possono operare professionisti appartenenti ad un'unica azienda o a più aziende con obiettivo orientato all'efficienza ed all'ottimizzazione della produttività.
- *I team*: si tratta di gruppi di professionisti della stessa disciplina, o anche interdisciplinari, che presentano interessi in particolari ambiti e che al di là dell'appartenenza a equipe e strutture diverse, istaurano collaborazioni, interscambi professionali, percorsi comuni di crescita e lavorano insieme spostandosi tra i vari nodi della rete. Possono essere mono-disciplinari, multi-disciplinari, multi-professionali ed appartenere alla stessa unità operativa oppure a più unità operative. Lavorano su piattaforme di risorse aziendali o sovra-aziendali.
- *Le aree funzionali*: si tratta di aggregazione di discipline o strutture che, pur mantenendo la propria autonomia, favoriscono l'incremento dell'integrazione multidisciplinare delle attività ed agevolano un uso più flessibile delle risorse. L'area funzionale aggrega tipologie di pazienti ed all'interno dell'area è possibile utilizzare in maniera omogenea e comune i vari strumenti clinico-organizzativi. È un approccio al paziente che vede la cura non più organizzata verticalmente sulle specialità cliniche e sulle peculiarità delle singole unità operative, ma che ruota attorno alla persona ed alle sue esigenze assistenziali, a cui rispondere attraverso processi di cura e di assistenza orizzontali, modulari e flessibili.
- *Le reti*: si tratta di modelli organizzativi che sottendono meccanismi di coordinamento tra attori che mantengono gradi di autonomia e discrezionalità nella propria azione e prevedono la definizione di connessioni organizzate e strutturate tra tutti i nodi del panorama provinciale. Sono modelli di assistenza/assetti multiorganizzativi in cui il coordinamento e l'integrazione - in relazione al bisogno di salute, alla complessità ed alla prossimità geografica - avviene a diversi livelli: aziendale, interaziendale, provinciale, di Area Vasta, regionale. L'obiettivo è di affrontare problemi di salute che non possono essere affrontati, o non possono esserlo con facilità, dalle singole organizzazioni.

Per l'anno 2023, l'Azienda Ospedaliero Universitaria privilegerà il completamento di percorsi e protocolli prioritari relativi a patologie o gruppi di patologie per le quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è riferimento provinciale e regionale secondo modello Hub & Spoke (ad esempio, in ambito di malattie rare), nonché PDTA quali strumento di funzionamento efficace ed efficiente delle reti prioritarie interaziendali.

Nel contesto della sanità gli obiettivi generali che sono preferenzialmente perseguibili tramite l'utilizzo dello strumento "rete" rientrano principalmente in cinque macro-categorie:

- Miglioramento dell'offerta prestazioni al paziente
- Miglioramento dell'efficienza del sistema organizzativo
- Crescita culturale dei professionisti
- Presa in carico paziente in modo qualitativamente omogeneo in tutti i punti, con diffusione delle prestazioni a medio/bassa complessità con l'obiettivo dell'erogazione in prossimità e

- concentrazione guidata di quelle ad alta complessità e alta tecnologia
- Condivisione approcci per garantire erogazione di prestazioni con modalità/tecniche omogenee e condivise fra i centri

A ciò si aggiunge il necessario coordinamento per realizzare e favorire consolidamento di alcune reti di articolazione regionale, che promuovono l'organizzazione strutturata fra i vari centri e in alcuni casi la concentrazione presso Hub di area vasta o regionali delle casistiche a più alta complessità e bassa frequenza.

Proseguirà nel corso dell'anno il lavoro di coordinamento per quanto concerne lo sviluppo, la sistematizzazione e l'implementazione nonché il completamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) individuati come strategici e prioritari, anche in coerenza con le indicazioni di programmazione regionali.

5.2 Rischio infettivo

In ottemperanza a quanto richiesto dalla DGR 318/2013 “Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici”, il Programma di controllo del rischio infettivo e Programma per l'uso responsabile degli antibiotici, di concerto con il Comitato Controllo Rischio Infettivo, forniscono obiettivi rispetto alle indicazioni/strategie regionali tenendo conto, per il livello aziendale, delle criticità o necessità di messa a regime o di sviluppo di particolari ambiti. Analogamente a quanto avvenuto negli anni 2020 2021 2022, anche nel corso dell'anno 2023 proseguiranno le attività volte all'aggiornamento di procedure e protocolli relativi alla prevenzione e gestione di malattie infettive, con particolare riferimento alla pandemia da SARS CoV 2, così come le attività volte al controllo della diffusione di patogeni sentinella, secondo le subentranti evidenze scientifiche e indicazioni normative internazionali, nazionali e regionali. Si prevede inoltre di estendere le progettualità volte alla promozione della corretta igiene delle mani in altre unità operative di entrambi gli stabilimenti, promuovendo al contempo la partecipazione degli operatori sanitari a corsi formativi e consolidando le attività svolte nell'anno precedente sia in riferimento alla gestione del rischio infettivo sia in riferimento alla gestione della stewardship antibiotica e antimicotica, attraverso un approccio coordinato e multidisciplinare.

5.3. Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico

Dopo un triennio pressoché unicamente caratterizzato dalle necessità di gestione emergenziale della pandemia da Covid-19, con conseguenti importanti ricadute negative sulla concreta operatività dei tradizionali metodi e strumenti della gestione del rischio, a fronte di un assestamento dell'andamento pandemico che ci si augura quanto meno duraturo come tale nel tempo, se non in ulteriore decremento in termini di impegni di risorse assistenziali ed organizzative, nel corso del 2023 si ritiene possibile riprendere un'impostazione più ‘tradizionale’ delle attività di gestione del rischio finalizzate ad incrementare la sicurezza delle cure.

Le profonde modificazioni determinatesi nell'assetto organizzativo aziendale nel corso della lunga fase pandemica, tra cui in primis l'accoglimento in Azienda di un numero importante di nuove figure professionali, comportano tuttavia anzitutto la necessità di una ricostituzione/ricostruzione dei principali organismi aziendali correlati all'attività di gestione del rischio, a partire dalla rete dei facilitatori e, di conseguenza, la ripresa di un ampio programma di formazione a tutti i livelli che

consenta anzitutto il recupero della memoria relativamente ai principali metodi e strumenti. Ciò, peraltro, si affianca all'intercorrente necessità di formazione di tutti gli operatori aziendali circa le modalità di utilizzo della nuova piattaforma regionale SegnalER per la raccolta di tutte le segnalazioni di interesse per la gestione del rischio, attualmente in fase di sperimentazione e di cui è prevista la prossima attivazione anche presso la nostra AOU, così come in tutte le Aziende Sanitarie della RER.

Sarà, pertanto, da perseguire, per il 2023, l'obiettivo di partecipazione di un numero minimo di professionisti per ogni U.O./Struttura, da indicare in percentuale sul totale dell'organico in forze alla stessa, ai corsi di formazione svolti nei vari ambiti della sicurezza delle cure, anche in prospettiva di una trasmissione "a cascata" dei contenuti all'interno della Struttura di appartenenza.

L'attività di formazione in ambito di sicurezza delle cure prevederà, altresì, un rafforzamento della sensibilizzazione dei Professionisti nei confronti della segnalazione degli eventi senza danno, quasi eventi (near miss), eventi avversi. In quest'ottica e anche in vista dell'introduzione della nuova piattaforma SegnalER, l'obiettivo da perseguire per ogni U.O./Struttura potrà essere rappresentato dall'invio di un numero di segnalazioni tramite incident reporting superiore rispetto all'anno precedente.

Per stimolare ulteriormente l'interesse degli operatori di tutti i livelli nei confronti delle tematiche proprie della gestione del rischio, nel corso del 2023 ci si propone, inoltre, di ampliare e rendere più capillare la diffusione dei vari dati raccolti in ambito di gestione del rischio, sia attraverso i principali strumenti di comunicazione aziendale che anche tramite la rete dei facilitatori, che dovrà essere più tempestivamente e puntualmente informata circa i documenti e i report sia di livello regionale che aziendale affinché li possa diffondere all'interno dell'organizzazione di appartenenza.

Allo stesso scopo, si ritiene anche utile proseguire, nel corso dell'anno 2023, l'applicazione del progetto regionale Vi.Si.T.A.RE che, nella sua forma integrata con rappresentanti del rischio infettivo e della farmacia, già sperimentata nel corso dell'anno 2022, ha portato buoni risultati anche in termini di monitoraggio di applicazione di buone pratiche afferenti le due aree tematiche, nonché in termini di diffusione di possibili supporti e collaborazioni con gli operatori da parte delle strutture deputate. Lo stesso progetto consente poi una concreta verifica circa l'applicazione nella pratica clinica dei contenuti delle Raccomandazioni ministeriali per la Sicurezza come recepiti dalle varie procedure aziendali al riguardo, affiancandosi al monitoraggio nazionale condotto da Agenas a cadenza annuale.

Al fine poi di migliorare la raccolta dei dati di possibile interesse per la sicurezza delle cure attingendo da tutte le fonti disponibili, nel corso del 2023 ci si propone di migliorare le integrazioni già esistenti fra la funzione aziendale di gestione del rischio clinico e i servizi/funzioni trasversali specificamente deputati alla loro raccolta (URP; Medicina legale, Ufficio legale, farmacovigilanza, dispositovigilanza, emovigilanza), anche incentivando l'adesione del personale agli specifici corsi di formazione interaziendali già tenuti nel corso del 2022.

Per quanto attiene poi gli aspetti della sicurezza sia nel percorso chirurgico che in ambito ostetrico, ferma restando la necessità di introdurre sistemi informatizzati di rilevazione degli items delle CL SSCL e SSCL-TC per migliorare la qualità dei flussi informativi verso la RER, nel corso del 2023 ci si propone da un lato di mantenere l'adesione al progetto regionale Osservare in entrambi gli ambiti, ma anche di incentivare l'adesione delle strutture all'implementazione di quanto previsto dalle procedure aziendali stilate in applicazione delle linee di indirizzo regionali, sviluppando, ove

necessario, adeguati strumenti di raccolta dei dati necessari a documentare la corretta raccolta dei dati anamnestici ed obiettivi utili ai fini di una corretta rilevazione dei rispettivi rischi. Ferma restando comunque la piena adesione al progetto regionale 'Near miss ostetrici' in termini di analisi degli eventi a fini di individuazione delle necessarie azioni di miglioramento.

Per quanto attiene poi la sicurezza degli operatori, ferme restando le attività in capo al SPP in termini di raccolta dei dati relativi sia agli infortuni sul lavoro che agli episodi di violenza nei confronti degli operatori, relativamente questi ultimi nel corso del 2023 ci si propone di migliorare la collaborazione con il servizio competente per l'analisi degli episodi più significativi a fini di individuazione delle necessarie azioni di miglioramento, nonché per stimolare da parte degli operatori la segnalazione dei singoli episodi a fini di più accurato monitoraggio.

6. Qualità e accreditamento

6.1 Requisiti generali regionali di Accreditamento da DGR 1943/2017

Dando seguito agli esiti della verifica regionale svolta in tema di Accreditamento istituzionale lo scorso 13 e 4 Novembre 2018 secondo DGR1943/2017 “Approvazione dei requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’Accreditamento delle strutture sanitarie”, l’Azienda continua ad essere impegnata nel mantenere attivo il sistema di gestione per la qualità, come livello organizzativo di base aziendale e dipartimentale che rende possibile l’agire coordinato sia per l’esercizio del governo clinico che nell’ottica dell’accREDITAMENTO regionale, favorendo il mantenimento dei requisiti generali e specifici di accREDITAMENTO

In particolare, nel corso dell’anno l’Azienda sarà impegnata:

1. nel monitoraggio sull’applicazione dei requisiti di accREDITAMENTO ai vari livelli (dipartimentale e di unità operativa) attraverso attività di supporto ed attraverso le verifiche svolte in autovalutazione a cura delle singole direzioni di unità operativa e di dipartimento.
2. nello svolgimento di verifiche (sul campo o in autovalutazione) coinvolgendo i vari servizi e direzioni richiamate nella check list allegata alla DGR 1943/2017.
3. nel monitoraggio degli interventi e delle opportune azioni di miglioramento emerse in seguito alla verifica regionale svolta, mettendo in campo tutte le azioni necessarie ed avvalendosi dell’impegno e del contributo dei Servizi e delle Direzioni coinvolte.

6.2 Lo sviluppo del Sistema Qualità e umanizzazione delle cure/parere utenti

Il nuovo modello di AccREDITAMENTO regionale (DGR1943/2017) si fonda sullo sviluppo di un sistema di gestione per la qualità aziendale che promuova e favorisca la visione sistemica dei processi direzionali e delle attività, al cui interno particolare attenzione ed approfondimento viene rivolta ad alcuni temi specifici tra cui: sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, monitoraggio delle performance (a partire dagli indicatori appartenenti al profilo Siver e Piano delle Performance, da piattaforma regionale Insider), verifica periodica dei risultati (Riesame della Direzione ed audit Clinico), clinical competence, gestione del rischio ed umanizzazione.

Per quanto attiene quest’ultimo aspetto nel corso dell’anno 2023 verrà ulteriormente applicato il modello per lo svolgimento delle indagini di customer satisfaction all’interno delle unità operative aziendali condividendo il programma di lavoro all’interno del board Aziendale per l’umanizzazione delle cure.

6.3 Gli obiettivi annuali in tema di Qualità ed AccREDITAMENTO

Sarà pertanto centrale nel corso del 2023 il conseguimento di obiettivi orientati a sviluppo e rafforzamento del Sistema Qualità Aziendale in coerenza con il nuovo modello regionale di AccREDITAMENTO, con particolare riferimento a:

- Monitoraggio dell’adesione ai requisiti previsti per l’accREDITAMENTO istituzionale (requisiti generali da DGR 1430/2017 e specifici da DGR 327/2004 e succ.), attraverso lo svolgimento di verifiche in autovalutazione o sul campo
- Svolgimento di momenti periodici di verifica dei risultati relativi alla qualità dell’assistenza (Riesame della Direzione) anche tramite indicatori specifici a partire da quelli previsti nei

profili regionali di riferimento Siver e Piano delle Performance (vedi piattaforma regionale Insider)

- Aggiornamento dello stato di addestramento degli operatori sulla base dei criteri di clinical competence approvati da ciascuna direzione
- Monitoraggio sulle azioni correttive derivanti da attività di audit clinico e SEA-Significant Event Audit o verifica ispettiva, al fine di favorire il loro completamento nei tempi prestabiliti
- Sviluppo delle iniziative di miglioramento emerse da verifica regionale, con il coinvolgimento dei Servizi e delle Direzioni in staff ed in line interessati
- Sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e di procedure in base a necessità e/o raccomandazioni.

6.4 Monitoraggio degli indicatori di performance clinica

Il monitoraggio degli indicatori di performance clinica rappresenta un momento di fondamentale importanza all'interno degli incontri periodici di verifica dei risultati (Riesame della Direzione) di Unità operativa e di Dipartimento.

Il profilo indicatori potrà comprendere sia indicatori monitorati centralmente a livello aziendale che indicatori monitorati specificatamente dalle unità operative, anche nell'ambito di esperienze di Audit Clinico, svolto nel rispetto delle modalità codificate dalla relativa procedura aziendale (PO 85 "Modalità di svolgimento dell'audit clinico"), a garanzia della correttezza del metodo.

Il mancato allineamento del risultato allo standard di riferimento rappresenta un ambito di miglioramento cui l'organizzazione deve tendere con l'avvio degli opportuni interventi correttivi.

6.5 Gestione del rischio infettivo

Il periodo 2020-2022 ha riportato alla ribalta di tutti i professionisti, in particolare quelli di Sanità Pubblica, quanto non si possano allentare l'attenzione ed il focus sulle malattie trasmissibili sia in ambito comunitario che in ambito ospedaliero.

Le Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna, già impegnate nel controllo della Lotta alle Infezioni ospedaliere in ottemperanza a quanto richiesto dalla DGR 318/2013 "Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici", hanno e devono continuare a perseguire le indicazioni della DGR in un panorama epidemiologico che da un lato non può fare abbassare la "guardia" neanche nell'attuale fase così detta inter-pandemica (per il COVID) e dall'altro assiste al fare capolino una pericolosa nuova Pandemia, quella da Germi multi-resistenti.

E' per questa ragione che la Direzione Sanitaria, anche per l'anno 2023, intende porre l'accento su una pianificazione e relativa implementazione da parte delle UU.OO. aziendali alla prevenzione e

contrasto alle Infezioni ospedaliere ormai inevitabilmente correlata alla ricerca di un grado crescente di appropriatezza dell'uso degli antibiotici .

Come già previsto, la Gestione del Rischio Infettivo (includere le tematiche relative alla Infezione da SARS-COV- 2) rientra nel più ampio capitolo del Piano programma Aziendale per la Sicurezza delle Cure, anche esso in aggiornamento per l'anno 2023.

Lo sviluppo del Programma di Gestione del Rischio presso AOU di Modena storicamente si avvale della collaborazione sinergica tra la Direzione Sanitaria (con il settore di Igiene Ospedaliera) e la Unità Operativa di Malattie Infettive ma anche con la Direzione Professioni sanitarie, il Servizio Tecnico, la Farmacia, la Microbiologia-Virologia, l'Ingegneria clinica, il Servizio formazione e Ricerca, per citare i principali attori coinvolti.

Se le due direttrici fondanti per una efficace Gestione del Rischio Infettivo in ambito ospedaliero sono la Prevenzione e Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dall'altro lato, il Contrasto all'antibiotico Resistenza, la Direzione intende perseverare nell'adozione di quelli che rappresentano gli strumenti cardine per affrontare i filoni di attività ovvero:

- Sviluppo ed implementazione dei sistemi di sorveglianza e identificazione precoce (es Germi resistenti, Germi sentinella...)
- Definizione/Aggiornamento di protocolli e procedure per temi /aree specifiche (ad es. Infezioni del sito chirurgico, Procedura per prevenzione e controllo Aspergilloso,...)
- Audit su adesione a Linee Guida di comprovata efficienza Es. Profilassi chirurgica o Terapia Empirica,..)
- Visite per la sicurezza sul campo (nell'ambito del Risk Management - VISITARE)
- Monitoraggi ambientali (Es.Prevenzione e Contrasto alla Legionellosi in ospedale)
- Attività di Formazione generale e specifica (ad es. Igiene delle Mani)
- Attività di Audit e Stewardship antimicrobica nelle UUOO operata dalle Malattie infettive:

In tale contesto si inserisce l'assegnazione di specifici obiettivi alle Unità Operative che prevedono anche il consolidamento delle attività svolte nell'anno precedente, l'adesione e partecipazione collaborativa alle indicazioni regionali e ai programmi nazionali.

7. Prevenzione Corruzione e 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:

- livello di completezza e aggiornamento delle informazioni e dei dati riguardanti la trasparenza e l'anticorruzione;
- rispetto delle tempistiche di comunicazione delle informazioni e dei dati suddetti;
- rispetto da parte dei dirigenti responsabili e di tutti i dipendenti delle norme contenute nei documenti di contrasto alla corruzione;
- 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:

- impegni definiti nella programmazione inerente ai rischi corruttivi e alla trasparenza e Performance;
- 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:

- diffusione e vigilanza del Codice di Comportamento
- adempimenti legati alla trasparenza
- incidenza dell'attività libero professionale rispetto all'attività istituzionale e conseguenti eventuali misure correttive
- 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.

8. Formazione e ricerca

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.

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 (2023/2025) particolare rilievo è stato dato agli obiettivi contenuti nel Piano regionale della formazione 2022-2024, nel Piano Programma Sicurezza Delle Cure e La Gestione Del Rischio 2023, nel Piano per la Prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati (PAPC), e nel Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza nei confronti degli Operatori Sanitari (PREVIOS), oltre a:

- PNRR: M6C2 Investimento 1.3.1 – Rafforzamento della infrastruttura tecnologica del Fascicolo Sanitario Elettronico; Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario ; Sub investimento 2.2 (b): Corso di formazione in infezioni ospedaliere
- Sviluppo di competenze manageriali /gestionali, organizzative e relazionali
- Syllabus per la formazione digitale
- Formazione per Unità Operative Cliniche di FASE I (determina AIFA 80982015 e 451/2016) e Ricerca clinica e Good Clinical Practice
- Progettazione congiunta di specifici corsi di formazione (es. Formazione manageriale per Direttori di Struttura Complessa, corsi relativi al PNRR) fra le aziende di Area Vasta Emilia Nord (AVEN)

Al fine 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 tiene costantemente aggiornato l'opuscolo “NON SOLO PER LEGGE 2023: guida alla formazione” strutturato su più livelli:

- un primo livello, rappresentato dalle iniziative che rispondono a dettati normativi (es. Dlgs 81/08: corsi sulla sicurezza, Dlgs 101/20 e s.m.i. 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 18/06/2019 N° 977-all. B “obiettivi di programmazione sanitaria regionale 2019;
- 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.

Nell'anno 2023 prosegue il percorso formativo FAD rivolto al personale amministrativo neoassunto con l'obiettivo di agevolare la loro immissione all'interno dei rispettivi contesti professionali. Verrà inoltre implementato con un percorso orientato al lavoro in équipe.

Nel triennio 2023-2025 sarà mantenuto il sistema di rilevazione e valutazione dell'apprendimento, soddisfazione del cliente e ricaduta formativa, attraverso in sistema che tiene conto dei risultati degli eventi formativi a diversi livelli e attraverso specifici strumenti:

- Valutazione dell'apprendimento (questionario di apprendimento o prova pratica)
- Valutazione del gradimento (questionario compilabile sul gestionale della formazione WHR TIME)

- Valutazione dell'impatto attraverso sia l'autovalutazione sia l'eterovalutazione ("Progetto Intervita", e Piattaforma MyChangeMeter)

All'interno dell'Area Sviluppo del capitale umano e benessere organizzativo del Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione, gli interventi di Psicologia della salute organizzativa, orientati all'individuo, al gruppo e all'organizzazione, possono fornire un contributo specialistico e sostanziale a tutte le citate aree: dalla valutazione e gestione dei rischi psicosociali, agli interventi di consulenza e supporto psicologico al singolo e al gruppo, fino alla progettazione e alla realizzazione di interventi formativi di prevenzione e promozione della salute organizzativa.

Anche nel triennio 2023-2025 il Servizio continuerà a contribuire in maniera rilevante all'efficacia del complessivo sistema di gestione della salute e sicurezza aziendale, intercettando i fattori di rischio psicosociale/trasversale e collaborando attivamente per cercare di gestirli/ridurli (prevenzione primaria). Aiuterà inoltre a riabilitare le risorse personali del singolo lavoratore e del gruppo con interventi di promozione della salute e con programmi formativi e di sviluppo della self efficacy, della resilienza e delle strategie di coping (prevenzione secondaria), nonché direttamente sulla salute dei singoli lavoratori (prevenzione terziaria) mediante specifici trattamenti di counselling, riabilitazione, terapia psicologica, in collaborazione con il servizio di Sorveglianza Sanitaria e promozione della salute dei lavoratori.

8.1. 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: convenzioni, accertamenti sanitari e stage pratici.
- Scuole di specialità Mediche, contratti e gestione del tirocinio
- 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. Il corso "Guida di Tirocinio" verrà riproposto in massimo due edizioni annue anche per il triennio 2023-2025.

In un'ottica di trasparenza e responsabilità e con il fine di stimolare la revisione periodica e l'applicazione di eventuali azioni di miglioramento si avvierà una Community dei CdL che ha come obiettivo, a breve termine, di giungere all'uniformità nei comportamenti collettivi e individuali relativi alle attività, alle procedure e alla modulistica utilizzata dai 6 CdL, al fine di erogare uniformemente un servizio di qualità anche in un'ottica di valutazione e monitoraggio sul livello di sviluppo raggiunto dal proprio CdL.

La Community avrà inoltre il compito di attivare almeno 2 iniziative formative l'anno derivanti dall'aggiornamento esterno oneroso e/o di particolare interesse trasversale rivolte a tutti i coordinatori e tutor del CDL e/o ai professionisti dell'Azienda, favorendo inoltre la condivisione di relazioni scritte in merito alle iniziative formative svolte e di particolare interesse trasversale a tutti i CdL.

8.2. Area Ricerca e Innovazione: Ricerca

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

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

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

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

- Supporto nella stesura del piano scientifico ed economico del progetto di ricerca nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni contenute negli specifici bandi di ricerca
- Predisposizione dei protocolli d'intesa con altri Enti del SSN, ai fini della definizione degli aspetti economici legati alla gestione dei finanziamenti dei progetti vincitori;
- Monitoraggio clinico-amministrativo-contabile dei progetti finanziati;
- Gestione come referente Aziendale dell'Osservatorio Nazionale per le Sperimentazioni Cliniche (OsSC) di AIFA e Clinical Trial Information System (CTIS) di EMA;

- 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 fase ispettiva da parte di AIFA. Nel prossimo triennio saranno avviati all'iter di autocertificazione anche le UO di Dermatologia, Neurologia e Oncoematologia Pediatrica.

L'Area Ricerca ha concentrato già parte delle sue attività sul consolidamento dei sistemi informativi esistenti, al fine di valorizzare il patrimonio informativo presente. Per il triennio 2023-2025 diventerà prioritaria:

- la razionalizzazione e la valorizzazione del proprio patrimonio informativo e tecnologico;
- la realizzazione di servizi che semplifichino l'interazione con i cittadini, le case Farmaceutiche e le altre Pubbliche amministrazioni/associazioni;
- l'adeguamento e la gestione di applicazioni che necessitano di funzionalità offerte dalle Piattaforme Regionali.
- alla formazione di due nuovi professionisti in Azienda (Quality Assurance e Auditor) per la gestione degli studi clinici Aziendali dalla Fase I alla IV.

Inoltre, il triennio di riferimento vedrà l'area ricerca e Innovazione coinvolta nella gestione amministrativa-contabile dei Progetti che hanno ricevuto un finanziamento dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) - Missione 6 (Salute). Tale periodo sarà caratterizzato dall'uscita di nuovi bandi PNRR e di conseguenza l'area sarà coinvolta nella gestione della presentazione dei Progetti.

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.

8.3. Area Ricerca e innovazione: Innovazione

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

L'innovazione, infatti, non è una funzione specifica di un singolo Servizio, ma rappresenta un processo corale a cui partecipano le diverse articolazioni aziendali, tra cui la Direzione Sanitaria, la Direzione delle Professioni Sanitarie le attività ed i Servizi di staff.

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

- alla ricerca traslazionale nell'ambito delle Neuroscienze e alla nascita delle biobanche, in collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia;
- allo sviluppo di studi no profit di Fase I;

9. Tabella di sintesi degli obiettivi 2023

