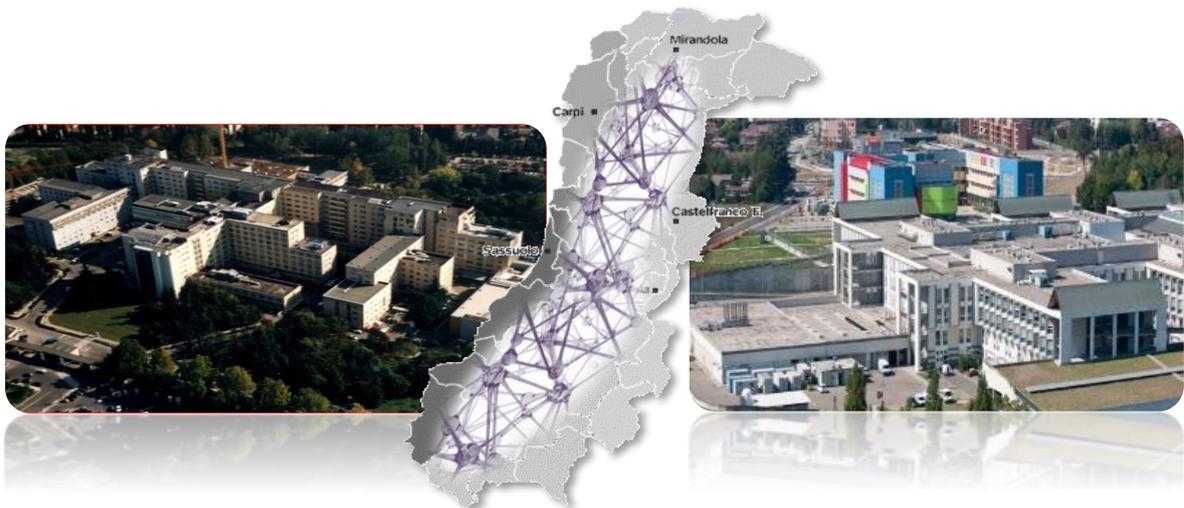


PIANO delle AZIONI 2020

LINEE GUIDA al BUDGET 2020



Approvato dal Collegio di Direzione il 20/2/2020

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: Il ciclo della performance	14
3. Obiettivi di attività	15
3.1 Concertazione prestazioni intermedie	15
3.2 Attività di degenza	15
3.3 Attività di specialistica ambulatoriale.....	16
3.4 Attività chirurgica.....	16
3.5 Appropriatezza	16
3.6 Efficienza di utilizzo dei posti letto	18
3.7 Tempi di attesa	19
3.8 Libera professione	19
4. Razionalizzazione dei consumi	21
4.1 Assistenza Farmaceutica	21
5. Governo Clinico	23
5.1 Percorsi.....	25
5.2 Rischio infettivo	25
5.3 Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.....	25
6. Qualità e accreditamento	27
6.1 Requisiti generali regionali di Accreditamento da DGR 1943/2017	27
6.2 Lo sviluppo del Sistema Qualità: umanizzazione delle cure e parere utenti.....	27
6.3 Gli obiettivi annuali in tema di Qualità ed Accreditamento.....	27
6.4 Monitoraggio degli indicatori di performance clinica	28
7. Prevenzione Corruzione e Trasparenza	29
8. Gestione delle Risorse	31
8.1 Capitale Umano.....	31
8.2 Investimenti in tecnologie biomediche.....	33
8.3 Investimenti nell'area ICT	34
8.4 Grandi investimenti edili e strutturali	36
9. Formazione e ricerca	39
10. Tabella di sintesi degli obiettivi 2020	41

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.

Il 2020 vede l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena impegnata a mantenere la performance particolarmente virtuosa riscontrata nel corso del 2019. Il nuovo assetto aziendale, frutto dell'ormai consolidata integrazione fra Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara, troverà strutturazione nel nuovo Atto Aziendale, di prossima ufficializzazione. Non mutano le priorità aziendali che hanno caratterizzato l'operato dell'ultimo triennio, con un'attenzione particolare al sempre più marcato intensificarsi della rete territoriale provinciale nel quale l'AOU di Modena si inserisce insieme all'Azienda USL.

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 biennio 2018-2019, mirando a consolidare i risultati positivi, in termini di efficienza gestionale ed efficacia clinica, determinati dalla sperimentazione gestionale fra Policlinico e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense.

Allo stesso tempo, il budget 2020 si configura come 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 2020, in termini di programmi di attività e di risorse necessarie. Specifiche che assumeranno una propria connotazione all'interno delle singole schede di budget delle unità operative aziendali.

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

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

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

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

Inoltre, per il 2020, si intende focalizzare l'impegno sul ruolo della Rete: modello organizzativo che sottintende l'utilizzo di meccanismi di coordinamento tra attori che mantengono gradi di autonomia e discrezionalità nella propria azione. Le reti prevedono la definizione di connessioni organizzate e strutturate fra i punti, coinvolgendo tutti i nodi del panorama provinciale. Tale modalità di integrazione permette di realizzare un modello dinamico di assistenza - al di là dei confini strutturali - collegata ai gradi di complessità delle patologie/dei pazienti trattati. Le reti possono avere più configurazioni (centralizzata, decentrata, distribuita), a seconda delle caratteristiche della tipologia di pazienti. Chiunque entri in un qualsiasi punto della rete riceve una prestazione qualitativamente proporzionata alle potenzialità offerte dall'intero sistema.

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 2019.

1. Il contesto di riferimento

Il 2019 si è configurato come un anno strategico per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, in quanto primo dopo la chiusura ufficiale del percorso di sperimentazione gestionale fra Policlinico di Modena ed Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara (OCB) avviato nel corso del 2017.

La pianificazione per obiettivi di budget annuali, in continuità con quanto recepito a livello strategico dal Piano delle Azioni 2019 (*prot. 10576 del 10/4/2019, approvato dal Collegio di Direzione il 7/3/2019*), 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 alla base del Piano della Performance 2018-2020, documento programmatico a valenza triennale per il quale è stato previsto l'aggiornamento nel corso del 2018. Il nuovo PdP, adottato dalla AOU di Modena con deliberazione n. 164 del 26/9/2018, si pone in una situazione di continuità ed allineamento nei confronti di un altro importante documento programmatico, il Progetto Esecutivo della Sperimentazione Gestionale, redatto dall' Organismo di Indirizzo e Verifica (Oiv) per la sperimentazione gestionale e presentato in CTSS il 5/10/2018.

Come ribadito nel Progetto Esecutivo, in risposta al disegno normativo illustrato dalla DGR 1004/2016, il contingente periodo di gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri modenesi si configura come rilevante opportunità per ridisegnare le funzioni mediche e chirurgiche, focalizzando l'attenzione su due macro-obiettivi di fondo:

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

Nell'anno 2019 è stato consolidato il percorso già intrapreso nel 2017 e 2018, che ha previsto la gestione congiunta da parte della Direzione Aziendale sui due stabilimenti (Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara) ed è stato ispirato proprio ai principi sintetizzati sopra, così come recepiti a livello aziendale nella delibera 1 del 7/1/2019.

Le riorganizzazioni strategiche già avviate nel triennio 2017-2019 durante il periodo di sperimentazione gestionale si sono inseriti nell'ambito del quadro normativo delineato dalla sopra richiamata L.r. 24/2018 e degli obiettivi strategici contenuti nella DGR 919/2018, deliberata il 18/6/2018:

- la razionalizzazione della struttura complessiva dei costi delle due Aziende sanitarie in ambito provinciale;
- l'invarianza dei livelli di performance;

- il consolidamento operativo, la semplificazione e la tempestività dei progetti integrati di cura, in relazione ad un nuovo disegno dei percorsi socio-assistenziali fra Policlinico e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense e gli ospedali della rete provinciale;
- la maggiore caratterizzazione e integrazione delle vocazioni ospedaliere della rete provinciale.

La Delibera 1004/2016 della Regione Emilia-Romagna, che ha gettato le basi per la gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri Policlinico di Modena e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara, ha reso imprescindibile la riorganizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, che ha preso operativamente forma dal gennaio 2018. L'organizzazione consolidata nel corso del 2019 troverà formalizzazione nel nuovo Atto Aziendale di prossima adozione entro l'estate 2020. Il percorso di budget 2020 trova quindi strutturazione sulla base della articolazione aziendale 2019 e riceverà gli eventuali aggiornamenti strategici durante la fase di revisione di budget, prevista per il mese di settembre 2020.

Il quadro degli obiettivi di carattere economico-finanziario della programmazione sanitaria regionale per il 2019 è stato esplicitato nella DGR 977/2019, deliberata il 18/6/2019, che detta le "Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019".

Tra i punti si ricordano:

- ✓ Area di performance all'accesso
- ✓ Prevenzione e promozione della salute
- ✓ Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero
- ✓ Piattaforme logistiche ed informatiche più forti, attraverso il lo sviluppo degli ICT
- ✓ Governo Clinico, Appropriatelyzza e gestione del rischio clinico
- ✓ Gestione del patrimonio e delle attrezzature
- ✓ Vincolo del pareggio di bilancio (Sostenibilità economica)
- ✓ Obiettivi di spesa farmaceutica
- ✓ Didattica, Ricerca ed Innovazione
- ✓ Qualità ed Accreditamento
- ✓ Investimenti

Specifiche rilevanza assumono infine i confini normativi ed operativi tratteggiati dalle indicazioni regionali in materia di valutazione della performance, così come contenute nelle delibere OIV-SSR. Questo con riferimento specifico agli obiettivi aziendali derivanti dal monitoraggio degli indicatori regionali, in forte continuità con il monitoraggio sugli indicatori strategici di performance che il Sistema Informativo regionale mette a disposizione sulla piattaforma InSiDER.

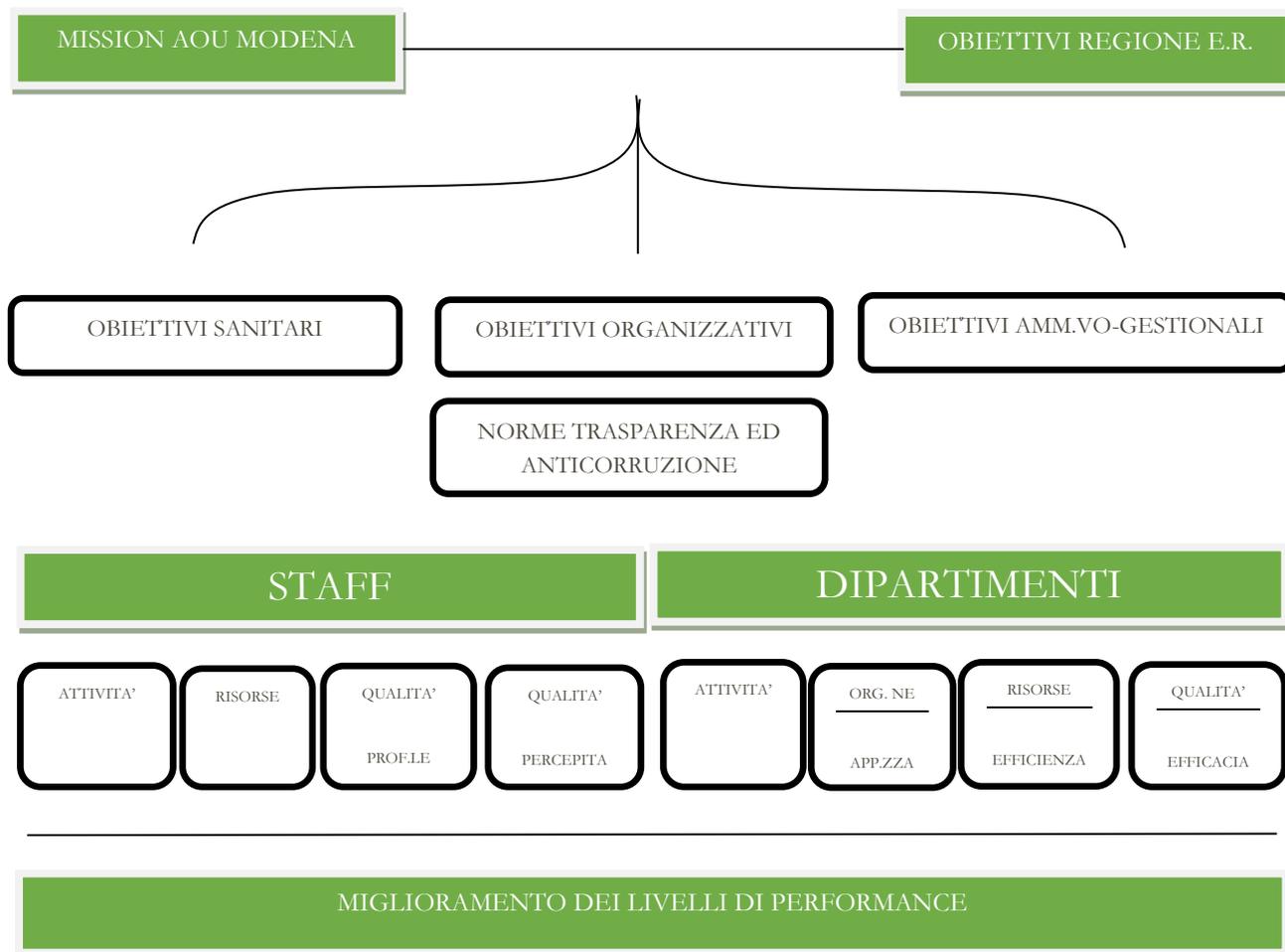
Per l'anno 2020, stante il contesto politico contingente, i livelli regionali hanno impostato una programmazione in continuità con gli obiettivi evidenziati come strategici per il 2019, così come indicato nella DGR N 2339/2019.

Obiettivo, pertanto, 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:

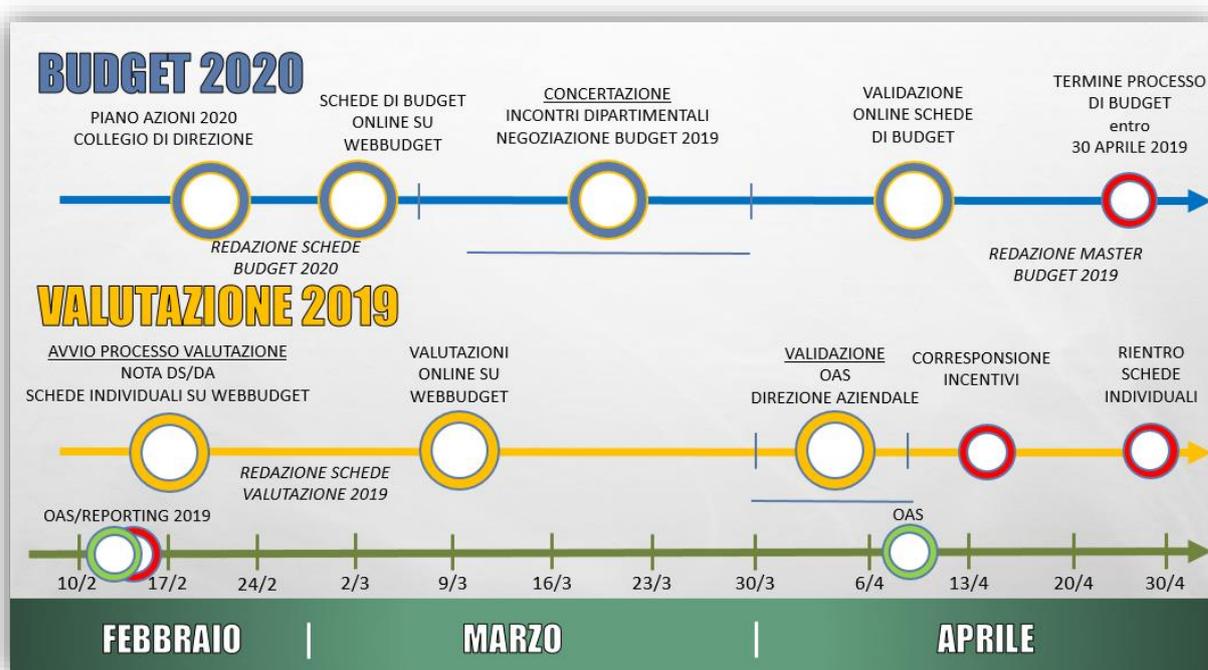
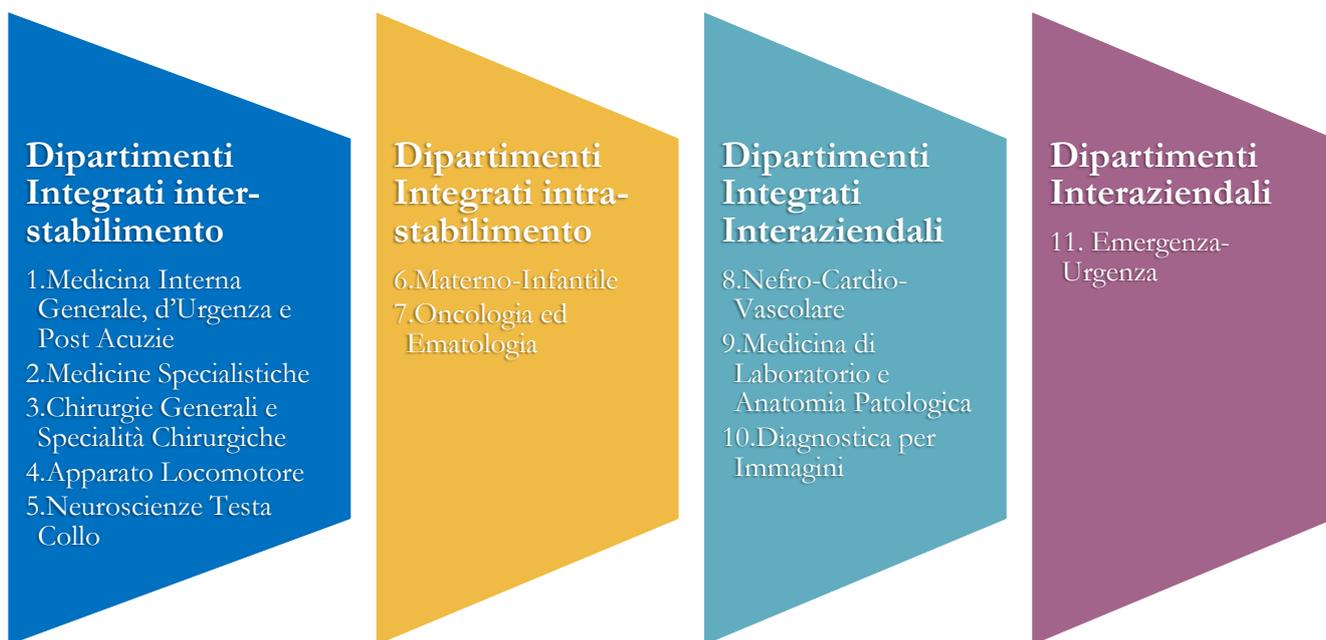
1. È globale, ovvero interessa l'Azienda nella sua visione olistica. Il processo di budget richiede il coordinamento e l'integrazione degli obiettivi perseguiti dai singoli centri di responsabilità in un'ottica unitaria della gestione aziendale;
2. Definisce obiettivi, espressi in termini di risultati 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 (20 febbraio)
- Comunicazione delle schede di budget e relativi obiettivi (entro 9 marzo)
- Concertazione (dal 9 marzo al 31 marzo)
- Consolidamento/approvazione schede (entro 30 aprile)

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 2020 l'importante fase della Revisione di Budget, nel mese di settembre 2020. 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 progettuale. 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.

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

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 far convergere la maggiore parte dei programmi annuali delle attività.

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

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

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

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

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

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

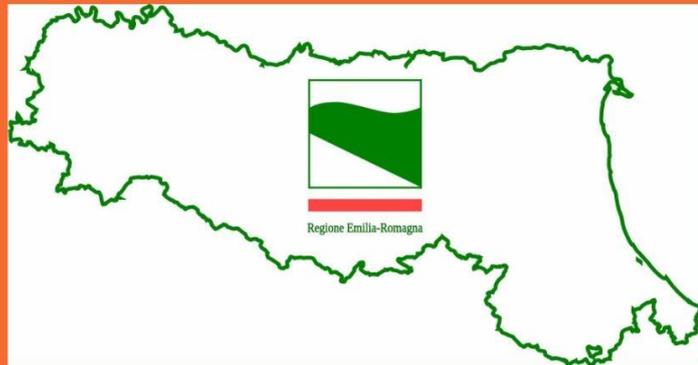
ORIENTAMENTO DELLA PRODUZIONE

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



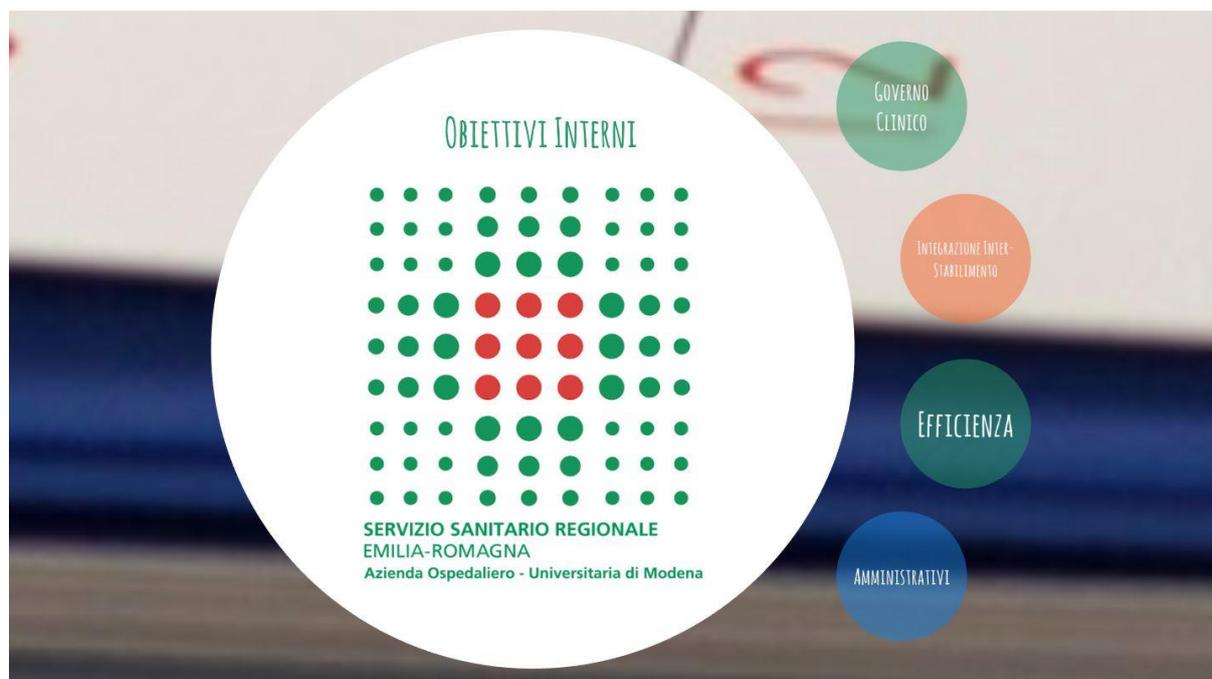
OBIETTIVI REGIONALI

- 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: Il ciclo della performance

L'intero processo di budget verrà gestito anche nel 2020 interamente mediante l'applicativo WebBudget, sviluppato interamente dal Controllo di Gestione, che mette a disposizione online l'intera documentazione.

L'esperienza maturata negli ultimi due anni e l'integrazione con Baggiovara hanno reso necessario un *restyling* di WebBudget fra la fine del 2017 e l'inizio del 2018. L'intervento sull'applicativo 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.

Con il rilascio effettuato nel mese di marzo 2018, WebBudget 2.0 si configura come strumento a 360 gradi per la gestione integrata del Ciclo della Performance. Non è più solo la fase di negoziazione degli obiettivi e contestuali indicatori a trovare rappresentazione nell'applicativo, quanto tutta la fase di monitoraggio dei trend in corso d'anno e la grande novità dell'interazione con i professionisti coinvolti nel processo, fino alla fase di valutazione della performance a consuntivo, considerata sia d'équipe che individuale.



Web Budget

Applicativo di gestione degli obiettivi di budget

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

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

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

- Facilità di accesso degli attori coinvolti, tramite la intuitiva interfaccia web raggiungibile dalla home page del CdG, sulla 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 vigente, stabilisce che la valorizzazione dell'attività erogata dall'Azienda sia regolamentata dagli accordi di fornitura di valenza provinciale, con l'Azienda USL di Modena e di valenza regionale.

Con riferimento all'attività dei due stabilimenti della AOu di Modena, i valori di budget del contratto di fornitura regionale sono identificati da tetti provinciali e, analogamente a quanto già riportato per il budget della provincia di Modena, si conferma il mantenimento dell'attività. Tale obiettivo è da calare nel contesto di trasferimento dell'attività di day hospital in quella ambulatoriale e di differente offerta di posti letto.

In attesa dell'ufficializzazione degli accordi di fornitura con l'Azienda USL territoriale per l'anno 2020, giova richiamare e puntualizzare gli aspetti strategici su cui anche nell'anno in corso sarà indispensabile concentrare lo sforzo pianificatorio e di monitoraggio.

3.1 Concertazione prestazioni intermedie

Si intende concertare un volume finito di prestazioni intermedie per reparto di degenza, in coerenza all'effettivo utilizzo di esami invasivi, di diagnostica radiologica di secondo livello e di esami di laboratorio, con l'obiettivo di mantenere le degenze dei reparti internistici in linea con la media regionale e promuovere l'appropriatezza complessiva dei percorsi di ricovero chirurgico e specialistico, oltre a perseguire un contenimento dei costi. Il servizio erogatore (Radiologia, Endoscopia, Cardiologia, Laboratorio) promuove il ricorso appropriato alle prestazioni intermedie secondo quanto previsto nei PDTA, ove definiti, anche tramite audit specifici su prestazioni particolarmente critiche e pesanti.

3.2 Attività di degenza

Con riferimento alle prestazioni assistenziali svolte in regime di degenza (ordinaria e day hospital/day surgery), si mantengono come linee programmatiche alla base dell'organizzazione alcuni obiettivi a scorrimento da perseguire, in coerenza con le previsioni normative nazionali e regionali.

Rimane anche per il 2020 il vincolo del rispetto del numero di posti letto per densità di popolazione, così come individuato nel Decreto Ministeriale 70 del 2015 e ribadito in applicazione regionale dalla DGR 2040 del 2016. Per consentire il più efficiente utilizzo della dotazione di posti letto articolati fra le diverse Unità Operative si continuerà a garantire la gestione centralizzata e armonica ove sono presenti piattaforme multidisciplinari di degenza, in particolare in ambito chirurgico.

Le discipline chirurgiche saranno impegnate nella messa in atto di azioni volte a garantire il rispetto dei tempi di attesa, così come previsto nella DGR 272/2017 e dal Piano Regionale Gestione Liste di Attesa (DGR 603/2019, che a sua volta discende dal Piano Nazionale, applicando omogenee modalità di inserimento in lista di attesa e monitorando le tempistiche per gli interventi di chirurgia oncologica e delle diverse patologie monitorate.

In ambito di intera azienda, si propone un'attenzione particolare per l'effettuazione di attività ad alta specializzazione, per perseguire un case mix coerente con la mission dell'AOU concentrando ove possibile gli sforzi per la presa in carico di casistica ad alta complessità, pur nel mantenimento ove necessario del ruolo imprescindibile di ospedale di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nel 2020 si mantengono come obiettivi da perseguire il contenimento e la riduzione, dove necessario, dei volumi di casistica di ricovero a rischio di inappropriately, per tendere al raggiungimento delle previsioni contenute a livello di Programma di Miglioramento e

Riqualificazione (art. 1, c. 385 e ss. della Legge 11 dicembre 2016 n. 232) e alle Linee di Programmazione e di Finanziamento della Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'Anno 2018 (DGR. 919/2018).

3.3 Attività di specialistica ambulatoriale

I volumi e la tipologia dell'attività specialistica erogata dovranno tenere in considerazione: l'accordo di fornitura, il trasferimento dei DH in ambulatoriale e le azioni per il contenimento dei tempi di attesa sui diversi fronti (con particolare attenzione all'area chirurgica), prevedendo azioni di eventuale riconversione di attività per percorsi specifici. Dovranno essere migliorate le modalità di garanzia delle disponibilità delle agende, in modo particolare per quelle prestazioni che concorrono alla garanzia del rispetto dei tempi oggetto di monitoraggio regionale, secondo le richieste della committenza; prevedendo l'apertura annuale del 70% dell'offerta prenotabile a CUP, con integrazioni quadrimestrali del restante 30%. Le agende dovranno essere sempre aperte, con particolare attenzione all'offerta di posti per le Urgenze definite nel catalogo provinciale della specialistica ambulatoriale. Sempre maggiore attenzione dovrà essere assicurata alla gestione dei percorsi di presa in carico tramite attività di secondo livello (approfondimenti diagnostici e gestione della cronicità), la prescrizione delle quali dovrà essere garantita dallo specialista e la prenotazione resa fruibile tramite CIP o autogestita su applicativo aziendale. I calendari dei percorsi a prenotazione CIP dovranno essere almeno quadrimestrali.

3.4 Attività chirurgica

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

- Rispetto dei tempi d'attesa secondo priorità assegnata per patologia previsti dalle normative nazionali e regionali (DGR 272/2017 – PNGLA 2019/2020 – DGR 603 del 15/4/2019);
- Rispetto dei volumi e delle soglie di rischio di esito (DM70/2015 e DGR 2040/2015);
- Capacità organizzativa e di pianificazione delle sedute operatorie assegnate,
- Partecipazione alla riunione settimanale di pianificazione dell'attività chirurgica per stabilimento;
- Presentazione negli incontri settimanali delle liste operatorie informatizzate e complete entro i tempi previsti,
- Utilizzo del sistema informatizzato per la gestione delle attività chirurgiche in regime ALP
- Gestione multidisciplinare dei casi oncologici complessi da avviare ad intervento chirurgico, tramite effettuazione di incontri per valutazioni multidisciplinari (DGR 2040/2015; DGR 272/2017);
- Monitoraggio attività ed utilizzo sala ibrida
- Utilizzo integrato della piattaforma robotica e delle piattaforme provinciali

3.5 Appropriatelyzza

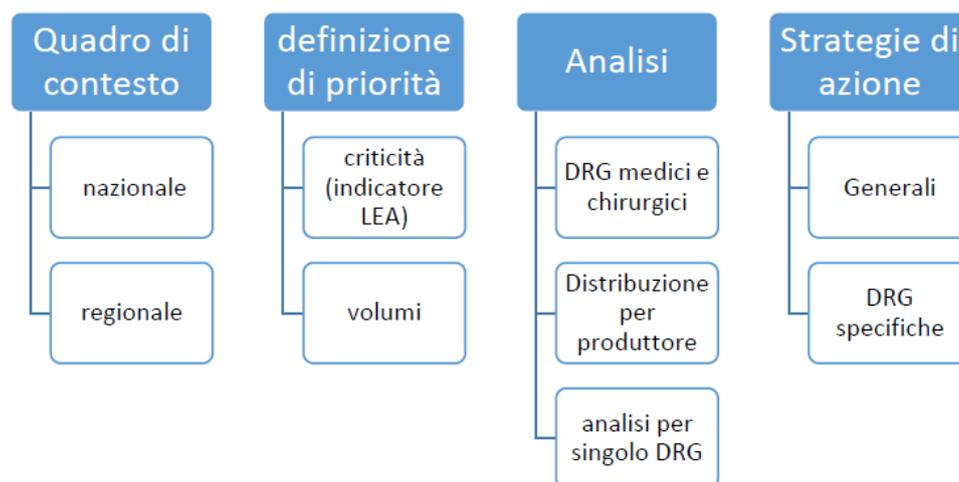
In attesa della pubblicazione del nuovo PAC, atteso entro l'estate 2020, si confermano le linee guida in materia introdotte in Regione nell'ultimo triennio. A fronte della valutazione LEA 2015 si sono avviate infatti azioni specifiche volte a ridurre la potenziale inappropriatelyzza in regime di ricovero 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.

Successivamente, seguendo la progressione del livello di criticità, saranno condotti approfondimenti per ciascun DRG, fino all'identificazione delle strategie più appropriate di intervento.

Le azioni saranno commisurate alla tipologia di DRG (medico/chirurgico) alle caratteristiche del produttore prevalente (AUSL, AOSP, privato) nonché ad aspetti di carattere clinico-organizzativo che possono determinare comportamenti potenzialmente inappropriati.

La Regione Emilia-Romagna è stata valutata “adempiente con impegno” rispetto agli indicatori LEA per l'anno 2015 con una percentuale pari al 15% di DRG critici.



Per la definizione del livello di criticità di ognuno dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriately, 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 inappropriately 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.

Questi i 6 DRG su cui intervenire prioritariamente:

DRG	Tipo	Descrizione DRG
503	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
088	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
158	C	Interventi su ano e stoma senza CC
538	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
429	M	Disturbi organici e ritardo mentale
008	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC

L'AOU di Modena recepisce pertanto anche nel budget 2019, così come sperimentalmente effettuato nel 2018, 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, in allineamento con le rilevazioni InSidER, al fine di sorvegliare il trend aziendale rispetto alla casistica critica individuata.

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

Nel corso del 2019 è stata definitivamente completata l'integrazione delle procedure relative alla Libera professione avviate con la sperimentazione gestionale fra Policlinico e OCB, consentendo l'unificazione dei sistemi di gestione e la tracciabilità di tutte le fasi dell'attività dalla predisposizione delle agende/calendari, alla prenotazione, alla refertazione, al pagamento delle prestazioni erogate, al recupero del credito, fino alla liquidazione dei compensi ai professionisti. Il miglioramento dell'infrastruttura informatica ha inoltre permesso di implementare il sistema aziendale dei controlli che ha riguardato le varie tipologie di Alpi, compresa la così detta "allargata", e anche i professionisti che hanno optato per la libera professione extramoenia. E' stato anche avviato il nuovo call center unico per la prenotazione della libera professione per poter far fronte all'incremento del volume di chiamate, dovuto principalmente alla gestione delle prenotazioni LP anche dell'OCB. Oltre al risparmio e al recupero di risorse interne, l'esternalizzazione ha consentito di ammodernare l'intera infrastruttura a supporto della prenotazione, migliorare il monitoraggio delle richieste dell'utenza, i tempi e la qualità di risposta, ampliare gli orari di apertura, attivare nuovi servizi.

La nuova organizzazione consentirà nel 2020 di implementare le diverse procedure aziendali con l'obiettivo di garantire la conformità alle numerose disposizioni nazionali, regionali e provinciali in materia, in particolare al "Piano attuativo Aziendale" che, declinando a livello provinciale quanto previsto dalla DGR 603 del 15 aprile 2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA)

per il triennio 2019-2021”, definisce e illustra le azioni volte a contenere i tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri chirurgici programmati, anche in riferimento all’attività libero professionale. Tutte le attività saranno realizzate in coerenza con quanto previsto dal regolamento aziendale in tema di LP, dai documenti aziendali di programmazione e dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. Per quanto riguarda i controlli continuerà ad essere applicata la procedura amministrativo contabile (SAAOPS02 del 12.9.2017) relativa alla certificabilità dei dati di Bilancio Aziendale (PAC).

In tema di monitoraggio, come previsto dalla legge 120/2007 e smi e dall’art. 2 c. 1 dell’Accordo Stato-Regioni del 18.11.2010, nell’ambito della programmazione annuale, saranno definiti per ciascuna Unità Operativa i volumi di attività istituzionale e quelli erogati in regime libero professionale. Il monitoraggio troverà applicazione concreta nel sistema “WebBudget” nel quale saranno inseriti, anche per il 2020, 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.

4. Razionalizzazione dei consumi

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

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

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

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

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

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

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

4.1 Assistenza Farmaceutica

Gli obiettivi in tema di assistenza farmaceutica si focalizzano sulla promozione dell'uso sicuro ed appropriato dei beni sanitari e sulla corretta allocazione delle risorse, ponendo particolare attenzione alle scelte in termini di rapporto costo-efficacia e costo-opportunità, in particolare

1. Razionalizzazione della spesa farmaceutica AO-U e AUSL per acquisto ospedaliero di farmaci, nel rispetto dei limiti di finanziamento previsti dalla RER e considerando anche budget specifici concordati per farmaci ad alto costo e innovativi erogati direttamente a carico AUSL.
2. Utilizzo dei farmaci che all'interno dello stesso gruppo presentino il miglior rapporto costo-opportunità.
3. Aumento della prescrizione di medicinali biosimilari in linea con gli obiettivi regionali e secondo quanto riportato nel documento prodotto sul tema dalla CRF (Commissione Regionale Farmaco).
4. Puntuale compilazione e gestione dei Registri di Monitoraggio AIFA e completamento, nei tempi stabiliti da AIFA, delle operazioni necessarie per potere ottenere i rimborsi dei farmaci, ove previsto.

5. Contenimento spesa farmaceutica convenzionata entro i limiti di finanziamento previsti dalla RER per il 2020; 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, Statine, Antibiotici e Fluorichinoloni, Vitamina D, Farmaci antidiabetici, omega 3, farmaci per la BPCO, farmaci per l'iperplasia prostatica.
6. Attivazione di specifici percorsi per la fornitura di Farmaci ai pazienti finalizzati a migliorare il servizio al paziente e a favorire l'economicità del sistema.
7. Azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico tramite l'utilizzo della prescrizione informatizzata in ambito di degenza, dimissione e da visita ambulatoriale, con il consolidamento e lo sviluppo degli applicativi a livello aziendale e provinciale, da integrare col il programma di gestione della Distribuzione Diretta.
8. Adozione di strumenti che consentano la realizzazione di audit per ambiti specifici (es. schede informatizzate di prescrizione elaborate sulla base delle raccomandazioni RER).
9. Razionalizzazione e contenimento della spesa per Dispositivi Medici in relazione alla riorganizzazione delle attività assistenziali individuata dalla Direzione Aziendale. Rispetto dei percorsi di Area Vasta ed aziendali inerenti la fornitura di Dispositivi Medici.

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 HCV
- Farmaci per DMLE
- Farmaci per la sclerosi Multipla
- Farmaci cardiovascolari di rilevante impatto clinico ed economico
- Farmaci per malattie rare

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.

Dall'analisi dei consumi quali e quantitativa si procederà alla verifica dell'adesione alle gare regionali e AVEN.

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.

5. Governo Clinico

Le linee organizzative aziendali si realizzano - nell'ambito di un sistema di governo clinico che sappia coniugare la funzione manageriale e professionale - coordinando i diversi ambiti di responsabilità e autonomia delle figure professionali coinvolte. Utilizzando questo sistema di governo come "cuore" dell'organizzazione, si intendono perseguire obiettivi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di salvaguardia degli alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica con il contributo di tutte le competenze professionali.

Il governo clinico rappresenta una strategia gestionale fondamentale del sistema decisionale aziendale e richiede una innovazione dell'approccio ai bisogni dei pazienti da parte del corpo professionale che deve essere orientata a soddisfare le aspettative degli utenti tenendo conto del sistema organizzativo in cui sono inseriti e delle caratteristiche del processo assistenziale offerto. Il governo clinico ha come principali obiettivi l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, ma anche il raggiungimento del migliore equilibrio tra queste componenti e le risorse disponibili.

In un'ottica prospettica il governo clinico deve tendere ad un innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni attraverso l'introduzione di azioni finalizzate alla prevenzione del rischio di malpractice ed all'aumento della trasparenza del sistema aziendale.

Gli strumenti che saranno impiegati sono i seguenti:

- *Pratica clinica basata sull'evidenza*: le linee-guida cliniche e clinico-organizzative rappresentano sia lo strumento di sintesi delle evidenze disponibili, di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, che lo strumento attraverso il quale si possono valutare i risultati e la qualità dell'assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da raggiungere o verso cui tendere.
- *Valutazione della performance clinica (audit clinico)*: revisione sistematica della casistica clinica e di specifici casi clinici trattati a fronte di uno standard di indicatori condivisi, con funzione di ricercare le criticità dei comportamenti clinici o organizzativi con la finalità di attivare un processo di miglioramento continuo della performance dell'assistenza.
- *Sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità*: il Sistema Qualità rappresenta il livello organizzativo di base aziendale e dipartimentale, che rende possibile l'agire coordinato per l'esercizio del governo clinico.
- *Responsabilità*: la conoscenza da parte degli operatori delle tecniche e degli strumenti del governo clinico è un elemento centrale per la partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico dell'organizzazione ed un fattore basilare per la valorizzazione del ruolo e della responsabilità.
- *Gestione del rischio clinico*: attuato attraverso l'applicazione di due approcci complementari: l'approccio preventivo orientato all'analisi di processo ed all'identificazione delle aree che richiedono interventi correttivi e/o di miglioramento, oltreché dal continuo monitoraggio della qualità e dell'adeguatezza del servizio erogato, e l'approccio reattivo, realizzato a partire dalla registrazione e l'analisi degli eventi avversi sia effettivi che potenziali, con la finalità di studiarne le cause e attivare percorsi di miglioramento che ne riducano la frequenza e la gravità.
- *Assessment delle tecnologie*: le tecnologie sanitarie sono analizzate attraverso un coinvolgimento ed un impegno multidisciplinare tenendo in considerazione gli aspetti medici, sociali, economici ed etici conseguenti al loro utilizzo, con lo scopo di promuovere e sostenere il miglior valore in termini di salute.

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. Tale modello organizzativo di presa in carico del paziente ed erogazione dell'assistenza che con maggiore compiutezza ed immediatezza permette l'applicazione dei principi del governo clinico. Si sviluppa sul principio della presa in carico stabile del paziente - secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro di equipe – dettagliando i passaggi essenziali di cura dal momento della diagnosi e trattamento fino al follow up. L'obiettivo 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 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/assetto 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.
- *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 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.

Il Collegio di Direzione e i Dipartimenti costituiscono l'ambito organizzativo dove le linee di governo si sviluppano e dove i principi, le metodiche e gli obiettivi ad esse correlati vengono valutati e condivisi al fine di essere tradotti in progetti operativi all'interno dei dipartimenti e delle

strutture complesse.

5.1 Percorsi

Prosegue nel corso del 2020 il lavoro di coordinamento per quanto concerne lo sviluppo, la sistematizzazione e l'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) individuati come strategici da parte del gruppo dedicato al governo clinico aziendale. Rimane valida la gestione della strategia di prioritarizzazione, che vuole perseguire partendo da un approccio bottom-up la revisione delle proposte scaturite dalla tecnostruttura clinica in integrazione con gli indirizzi derivanti dalle logiche direzionali aziendali e sovra-aziendali.

Nel corso dell'anno si continua ad assicurare una collaborazione costante con i livelli provinciali per la realizzazione dei percorsi interaziendali, in particolare in quelle aree che ricomprendono l'articolata e multifattoriale presa in carico di pazienti fragili, complessi e multi-patologici. A ciò si aggiunge per l'anno 2020 il necessario coordinamento per realizzare e favorire lo sviluppo 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.

Alcuni ambiti che sono stati oggetto di revisione logistico-organizzativa potranno vedere nel corso dell'anno un monitoraggio puntuale circa l'applicazione delle strategie individuate (es. percorsi di centralizzazione di urgenze chirurgiche e diagnostiche; gestione a respiro provinciale della risorsa posto-letto intensivo e semi-intensivo), per consentire la valutazione di efficacia, efficienza e sicurezza di percorsi e processi che vedono i pazienti muoversi lungo le direttrici di modelli Hub and spoke per le patologie tempo-dipendenti o la casistica a più alta complessità, o di rete diffusa ed integrata per la gestione di casistica in base alla vocazione delle diverse strutture provinciali.

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. Nello specifico si prevede di ampliare l'esperienza di stewardship antibiotica e antimicotica in altre unità operative di entrambi gli stabilimenti, di estendere ad ulteriori reparti il progetto igiene mani e il progetto finalizzato al controllo della diffusione di patogeni sentinella oltre al consolidamento delle attività svolte nell'anno precedente.

5.3 Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico

Oltre al mantenimento delle attività in essere in tema di gestione del rischio clinico e ferma restando l'adesione alle future indicazioni del livello regionale in tema di sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, in previsione di una più ampia pianificazione delle attività per il prossimo triennio, nel corso del 2020 verrà posta particolare attenzione a:

- Implementazione, analisi e monitoraggio delle segnalazioni relative a eventi avversi, near miss, rischi e criticità mediante attività di sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo dei più idonei strumenti di segnalazione sviluppati a livello aziendale (Incident Reporting, Eventi sentinella, cadute, ecc.);
- Ulteriore implementazione delle linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione delle lesioni da pressione e di gestione delle vie aeree difficili;

- Recepimento delle linee di indirizzo regionali “Buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo” e “Continuità delle cure. Dimissione della mamma e del bambino dal punto nascita” mediante stesura di procedure di livello interaziendale, formazione del personale sulle buone pratiche, definitiva adozione di check list di sicurezza regionale specifica per il taglio cesareo ed avvio del relativo flusso informativo regionale;
- Osservazione diretta dell’applicazione della safety surgery check list (SSCL) nelle sale operatorie dei due stabilimenti mediante adesione allo specifico progetto regionale;
- Stesura/revisione di procedure aziendali mirate alla prevenzione di eventi avversi/eventi sentinella (terapia farmacologica, tenuta della documentazione sanitaria, prevenzione della morte del neonato sano, ecc.) per uniformarne i contenuti sui due stabilimenti e per recepire le più recenti indicazioni di livello regionale e ministeriale in tema di sicurezza;

Formazione degli operatori su tematiche connesse alla sicurezza delle cure e degli operatori, nonché in merito al corretto utilizzo dei principali strumenti di identificazione e analisi degli eventi avversi e/o quasi eventi.

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 14 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 sui due fronti:

- da un lato 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;
- dall’altro avvalersi degli spunti offerti dalla verifica ed avviare gli interventi e le opportune azioni di miglioramento, mettendo in campo tutte le azioni necessarie avvalendosi dell’impegno e del contributo dei Servizi e delle Direzioni coinvolte, oltre che di tutte le articolazioni organizzative interessate.

6.2 Lo sviluppo del Sistema Qualità: umanizzazione delle cure e 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 2020 verrà ulteriormente applicato il modello per lo svolgimento delle indagini di customer satisfaction rivolte all’area della degenza sia in ambito chirurgico che internistico attraverso indagini di approfondimento a partire dagli item che hanno mostrato spazi di miglioramento nell’indagine svolta l’anno precedente.

L’idea, nel prossimo futuro, sarà anche quella di estendere la raccolta del parere degli utenti (pazienti e care-giver) anche all’ambito che attinente ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, attraverso la somministrazione di specifici questionari.

6.3 Gli obiettivi annuali in tema di Qualità ed AccREDITAMENTO

Sarà pertanto centrale nel corso del 2020 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:

- Sviluppo delle iniziative di miglioramento emerse da verifica regionale, con il coinvolgimento dei Servizi e delle Direzioni in staff ed in line interessati
- 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)
- Discussione dei casi clinici significativi attraverso lo svolgimento di SEA-Significant Event Audit e monitoraggio della qualità assistenziale e/o organizzativa dei PDTA attraverso svolgimento di attività di audit clinico
- Monitoraggio sulle azioni correttive derivanti da attività di audit clinico e SEA-Significant Event Audit o verifica ispettiva, al fine di favorire il loro completamento nei tempi prestabiliti
- Aggiornamento dello stato di addestramento degli operatori sulla base dei criteri di clinical competence approvati da ciascuna direzione
- Svolgimento di indagine di customer satisfaction nell'area della degenza sia in ambito chirurgico che internistico e sui PDTA.
- Aggiornamento delle procedure specifiche, secondo valutazione del bisogno a cura dell'unità operativa in causa
- Condivisione all'interno delle equipe dei principali contenuti relativi alle procedure ed ai percorsi di interesse.

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 attraverso 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.

7. Prevenzione Corruzione e Trasparenza

L'Autorità Nazionale Anticorruzione prescrive a tutte le amministrazioni pubbliche 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. Il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione prevede l'inserimento nel Piano della performance delle misure poste in essere per l'attuazione della legge 190/2012 (legge anticorruzione) nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel Piano della Performance.

La Delibera OIV SSR n. 2/2015 “Linee guida ed indirizzi operativi per le Aziende ed OAS” (paragrafo 3.1 Piano della Performance e Budget) e la Delibera OIV SSR n. 4/2016 “Prevenzione Corruzione e Trasparenza: prime indicazioni ai sensi del D. Lgs. 97/2016 e del PNA 2016, agli OAS e ai RPCT aziendali” impongono la congruenza fra le misure di prevenzione della corruzione/trasparenza e gli obiettivi di budget.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha avviato fin dal 2017 un percorso interno, coordinato dall'OAS, finalizzato all'implementazione operativa di tale obiettivo anche regionale.

Le finalità del percorso di avvio sono state:

- Acquisire consapevolezza delle aree di performance su cui concentrare l'attenzione nell'esercizio delle attività aziendali
- Individuare modalità e tecniche idonee per monitorare e valutare la performance
- Definire un adeguato collegamento fra gli obiettivi strategici in capo all'azienda e gli obiettivi operativi riconducibili alle strutture aziendali
- Pervenire ad un'efficace integrazione fra la valutazione di performance organizzativa e quella individuale
- Identificare e monitorare le ricadute degli obiettivi di contrasto della corruzione e promozione della trasparenza, contenuti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC), sul Piano della Performance (PdP)

Nel corso dell'anno 2019, detto percorso di avvio del collegamento tra performance e prevenzione della corruzione ha ricevuto un netto impulso, come descritto nei Piani della Performance e di Prevenzione della Corruzione 2020-2021.

La coerenza è stata attuata attraverso l'introduzione nelle schede di budget di obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire per la prevenzione della corruzione e il rispetto della trasparenza.

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

Tale valutazione avviene sulla base di linee guida indicate nel Piano della Performance 2018-2020.

In particolare, è stato inserito, sempre nell'anno 2019, nelle schede di budget dei responsabili dei dipartimenti e di struttura, l'obiettivo *“diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento”*. Per il raggiungimento di detto obiettivo, i Responsabili dei servizi hanno organizzato all'interno delle loro strutture riunioni/incontri per illustrare il Codice regolarmente verbalizzati, sottoscritti e sottoscritti e trasmessi al Responsabile Anticorruzione per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo. Per l'anno 2019 il target si attesta sul 50% dei partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura); il restante 50% è assegnato al 2020.

8. Gestione delle Risorse

Come precedentemente riportato, la produzione caratteristica dell'Azienda può avvenire grazie al contributo simbiotico tra l'area sanitaria e quella amministrativa. Ne consegue che le prestazioni sanitarie possono essere erogate se vi sono risorse (es. capitale umano), vi è un luogo fisico e se la qualità dello stesso viene mantenuta e migliorata nel tempo. Nei paragrafi seguenti sono descritte le attività che, nell'anno 2020, verranno effettuate sul patrimonio immobiliare, sugli investimenti in tecnologie biomediche, nell'area delle tecnologie informatiche e sullo sviluppo del capitale umano.

8.1 Capitale Umano

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena ritiene strategico il ruolo e l'apporto delle proprie risorse professionali nel percorso di complessiva riorganizzazione e riassetto del sistema sanitario provinciale modenese.

Tale fase di riorganizzazione del sistema sanitario provinciale, che a partire dall'anno 2020 sarà sostanzialmente e formalmente nuova rispetto al pregresso, rappresenta l'occasione per tracciare il percorso da svolgere nello sviluppo dei sistemi di riconoscimento economico e valorizzazione che si intendono comunemente conseguire a livello provinciale; anche attraverso una programmazione pluriennale delle iniziative da intraprendere, delle risorse da impegnare, della possibilità di reperire, ai diversi livelli, ulteriori risorse secondo le opportunità fissate dalla normativa e dalla contrattazione vigente, o da risparmi derivanti da accertate economie di gestione.

La Delibera di Giunta Regionale n. 1.770 del 21 ottobre 2019, recante "Approvazione delle linee di indirizzo sull'applicazione dell'art. 25 della legge regionale 27 dicembre 2018, n. 24, in materia di riassetto dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena e dell'Azienda USL di Modena", ha stabilito i seguenti aspetti:

- Il trasferimento del personale collocato in assegnazione temporanea presso l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Modena presso la suddetta Azienda avviene con decorrenza dal 1° gennaio 2020, come già previsto dall'art. 25, comma 2, della legge regionale n. 24/2018; ciò anche al fine di consentire alle aziende sanitarie interessate la corretta gestione della disciplina di cui all'art. 31 del D.Lgs. n. 165/2001 e quindi l'applicazione delle garanzie previste dall'art. 2112 c.c., anche con riferimento allo svolgimento, a livello aziendale, delle procedure di informazione e consultazione dei soggetti sindacali di cui all'art. 47, commi da 1 a 4, della legge 29 dicembre 1990, n. 428;
- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena definisce, ad esito delle procedure di informazione e consultazione dei soggetti sindacali, le modalità per realizzare una graduale armonizzazione del trattamento economico e giuridico del personale, prevedendo le opportune condizioni di equilibrio rispetto al trattamento economico in godimento;

- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena dovrà valutare, nell'ambito delle scelte allocative relative alle risorse dei fondi e a supporto del processo di riorganizzazione, i percorsi diretti a favorire, compatibilmente con le risorse disponibili, il graduale raggiungimento di condizioni di equilibrio nel trattamento economico accessorio degli operatori impegnati, a parità di inquadramento e di condizioni di lavoro, nell'ambito dei medesimi processi produttivi/assistenziali e condizioni di salvaguardia del trattamento economico accessorio collegato alla performance organizzativa ed individuale rispetto a quello in essere nell'Azienda di provenienza;
- L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena e l'Azienda USL di Modena definiscono, nel rispetto dei modelli relazionali con i soggetti sindacali previsti dalle disposizioni di legge e dai vigenti CCNL, gli effetti del trasferimento del personale sulle rispettive dotazioni organiche e sui propri fondi contrattuali per il finanziamento del trattamento accessorio del personale dipendente. In particolare, ai fini dell'individuazione dei posti di dotazione organica da trasferire all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena si considerano i posti coperti dal personale alla data di attivazione delle assegnazioni temporanee (01.01.2017), tenendo conto anche dei posti vacanti di dotazione organica che siano riconducibili alla dotazione storica di risorse umane dell'Ospedale Civile di Baggiovara; ai fini dello scorporo dei fondi contrattuali dell'Azienda USL di Modena e della individuazione della quota parte di risorse da trasferire all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena si tiene conto della spesa storica sostenuta per l'erogazione dei trattamenti accessori al personale dipendente con riferimento alla competenza anno 2018; è oggetto inoltre di trasferimento una quota parte delle risorse residue dei fondi contrattuali dell'Azienda USL di Modena, accertate a consuntivo sull'anno 2018, definito in proporzione al personale in servizio alla data del 31.12.2018; le aziende definiscono il criterio di determinazione più appropriato (ad esempio quota pro-capite, FTE, ecc.), nel rispetto di quanto previsto dalla vigente disciplina contrattuale.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, unitamente all'Azienda Usl, ha condiviso con le rappresentanze sindacali il seguente percorso che prevede:

1. la necessità di dar corso a percorsi diretti a favorire, compatibilmente con le risorse disponibili, il graduale raggiungimento di condizioni di equilibrio nel trattamento economico accessorio dei dirigenti impegnati, a parità di inquadramento e di condizioni di lavoro, nell'ambito dei medesimi processi produttivi/assistenziali e condizioni di salvaguardia del trattamento economico accessorio collegato alla performance organizzativa ed individuale rispetto a quello in essere nell'Azienda di provenienza.
2. la graduale omogeneizzazione del trattamento accessorio erogato ai dipendenti dell'OCB attraverso l'applicazione della contrattazione integrativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria susseguente all'imminente rinnovo contrattuale a livello nazionale.

3. che ai fini dell'individuazione dei posti di dotazione organica da trasferire all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena si considerano i posti coperti dal personale alla data di attivazione delle assegnazioni temporanee (1.1.2017), tenendo conto anche dei posti "vacanti" di dotazione organica che siano riconducibili alla dotazione "storica" di risorse umane dell'Ospedale Civile di Baggiovara, secondo quanto previsto in sede di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale.
4. che ai fini dello scorporo di una quota parte dei fondi dell'Azienda USL di Modena, si seguiranno i seguenti criteri:
 - a. trasferimento di una quota di ciascun fondo contrattuale AUSL, determinata sulla base della spesa effettiva sostenuta per l'erogazione dei trattamenti accessori al personale dipendente in assegnazione temporanea all'AOU di Modena e per il restante personale AUSL, tenuto conto della natura e delle peculiarità degli istituti finanziati tramite i fondi medesimi, con riferimento alla competenza anno 2018;
 - b. trasferimento di una quota parte delle risorse residue dei fondi contrattuali AUSL, accertate a consuntivo sull'anno 2018, determinata in proporzione al personale in servizio nel corso dell'anno 2018 sulla base del c.d. Full Time Equivalent.
5. che le operazioni sui fondi contrattuali saranno svolte nei tempi e secondo le procedure previste a tal fine dalla normativa di legge e contrattuale, finalizzate a determinare le risorse a disposizione della contrattazione integrativa aziendale.

Nel corso del 2020 le parti (Azienda e sindacati) si incontreranno per la definizione degli aspetti applicativi della graduale omogeneizzazione dei suddetti punti che sono stati oggetto della suddetta intesa.

8.2 Investimenti in tecnologie biomediche

Nel corso del 2019 sono state portate a compimento alcune importanti sostituzioni di tecnologie finalizzate ad ammodernare il parco tecnologico delle grandi diagnostiche avente una valenza anche provinciale:

- CT-PET del Policlinico e completamento della radio farmacia;
- Nuove RMN da 1.5T e 3.0T dell'OCB;
- TAC di Pronto Soccorso dell'OCB;
- Nuovo acceleratore lineare con gara IntercentER;
- Aggiornamento tecnologico della Thomotherapy con rinnovo dei TPS (piani terapeutici)

Oltre alle grandi tecnologie sono state rinnovate le centrali di monitoraggio delle Terapie Intensive e Sale Operatorie dell'OCB che si concluderanno nel 2020 per proseguire il rinnovo presso le terapie Intensive- Rianimazione del Policlinico e della Day Surgery dell'OCB in una logica di allineamento e uniformità tecnologica tra i due ospedali dell'azienda.

Nel 2019 -2020 sono iniziate attività di ammodernamento tecnologico di reparti e ambulatori con dotazione di tecnologie innovative (tra queste le nuove cabine PUVA), dotazione per le nuove sale di Day Surgery, tecnologie legate alla Neonatologia oltre che al completamento dell'attività legata al rinnovo della Centrale di sterilizzazione.

Sono inoltre previsti piani di rinnovo per il 2020 dei tavoli operatori del Policlinico e per entrambi gli stabilimenti di portatili per grafia, sostituzioni radiologiche di Pronto Soccorso, ventilatori polmonari.

Saranno portati a compimento anche i programmi di rinnovo di alcune tecnologie di base di entrambi gli ospedali: ecografi, letti di degenza, etc e implementazione di altre atte a garantire a sicurezza degli operatori e la diminuzione dell'indice MAPO.

Nell'ambito dei software medicali sono previsti alcune importanti realizzazioni o perfezionamenti di progetti già iniziati in collaborazione con ICT.

Di seguito si elencano le principali voci:

- Installazione finale e perfezionamento del sistema Cardiovascular;
- Sistema unico provinciale per la diagnosi prenatale (view-point);
- Applicativo per la gestione delle terapie intensive;
- Unica banca dati aziendale dei tracciati elettrocardiografici;
- Ammodernamento del sistema di laboratorio con particolare attenzione alla gestione dei dati genetici;
- Adeguamento del sistema RIS-PACS alla registrazione della dose paziente;
- Nuovo sistema Anatomia Patologica completamente integrato con gli altri sistemi dipartimentali;
- Implementazione di endox (sistema imaging endoscopico) ed estensione alla broncoscopia.

Nel corso del 2020 inizieranno i lavori per permettere le installazioni delle nuove tecnologie di laboratorio derivate dalla aggiudicazione della gara provinciale espletata nel 2017.

Particolare attenzione sarà data alla gestione dei dati provenienti dalle tecnologie biomediche e alle modalità con le quali i dati sono elaborati e rappresentati al personale sanitario per finalità cliniche.

8.3 Investimenti nell'area ICT

Nel corso del 2019 è stata portata a termine l'integrazione dei principali applicativi aziendali alla Dorsale Interoperabile, la nuova architettura aziendale per la raccolta dei dati clinici, il cui utilizzo in ambito sperimentale è stato avviato all'Ospedale Civile di Baggiovara in occasione dell'attivazione del nuovo SW di Pronto Soccorso, non più legato al repository SIO della AUSL di Modena.

L'attività di integrazione della Dorsale Interoperabile con quasi tutti i principali applicativi aziendali svolta nel corso del 2019, troverà il suo completamento nel 2020 con l'integrazione dell'applicativo COM.NET, abbinato all'invio al circuito SOLE e FSE dei documenti clinici prodotti ma ancora oggi non trasmessi.

Nel corso del 2019 è stata predisposta una bozza del capitolato tecnico per il nuovo SW di gestione del flusso pazienti in sala operatoria e negli ambulatori chirurgici, che verrà completato nella versione definitiva nel primo semestre 2020 con il necessario contributo di chirurghi e anestesisti

Nella seconda parte del 2019 è stato approvato uno specifico finanziamento di livello nazionale dedicato all'acquisto della cartella clinica elettronica con sistema di prescrizione informatizzata. Tale gara potrà prendere avvio, si auspica nel 2020, una volta completato l'iter di approvazione ministeriale con l'accordo di programma

Il nuovo SW del servizio Trasfusionale è stato oggetto nel corso del 2019 di un ampio lavoro di progettazione delle configurazioni e integrazioni con gli applicativi utilizzati nei centri SIT, molto più ampio e complesso di quanto inizialmente preventivato, e vedrà la sua introduzione nel corso del 2020, dopo i due mesi di formazione previsti per tutto il personale.

Nel corso del 2020 verrà messa a punto ed avviata la negoziazione per la sostituzione dei due differenti sistemi ADT presenti negli ospedali Policlinico e Baggiovara, per dare finalmente uniformità alla gestione amministrativa dei ricoveri.

È stato completato nel corso del 2019 il progetto HUB, ovvero la creazione di un repository di ambito amministrativo per dare supporto alle attività gestionali nel rispetto della normativa privacy. A tale sistema si è affiancato il progetto Adam, per la generazione automatica dei flussi legato al debito informativo verso la regione, sempre più orientato al Real Time piuttosto che alla trasmissione periodica. Tale iniziativa risponde in particolare alle indicazioni provenienti dal MEF, che prevedono un attento controllo incrociato, basato sul ciclo di prescrizione dematerializzata e successiva prenotazione ed erogazione della prestazione ambulatoriale, tracciata secondo i rigidi criteri definiti da SOGEI, il braccio informatico del MEF.

Nel corso del 2019 sono stati installati, configurati e collaudati gli applicativi destinati a fornire il supporto informatico alla gestione dei nuovi Day Service Ambulatoriali (Arianna DSA di Dedalus) e della valutazione collegiale di casi clinici (Healthmeeting di Wezen). Il pieno utilizzo di queste risorse sarà legato alle configurazioni che dovranno essere definite in collaborazione tra gli utilizzatori ed i servizi aziendali incaricati.

Alcuni obiettivi preventivati per il 2019, a seguito di problemi di riorganizzazione aziendale, troveranno compimento nel 2020 quali la Cartella nefrologica e di dialisi e l'ammodernamento sistema Anatomia Patologica e interfaccia con altri applicativi.

Nel corso del 2019 è diventata pienamente operativa l'integrazione del SW Areas 118, per poter gestire il trasferimento dei pazienti mediante ambulanza direttamente dai SW ADT presenti nei due presidi ospedalieri aziendali.

Come negli anni precedenti verrà sostituita una quota parte dei PC più obsoleti, circa 300, ed allargata la copertura della rete Wi-Fi nei due ospedali aziendali. Prosegue la diffusione dei sistemi per la gestione informatizzata del percorso paziente ambulatoriale, con l'installazione di nuovi sistemi per la gestione delle code di attesa in pieno rispetto delle norme privacy nelle nuove aree appena ristrutturate, oltre ad un sistema completamente nuovo dedicato al Pronto Soccorso. È in valutazione la possibilità di aggiornare la centrale telefonica dell'ospedale di Baggiovara, al fine di superare la vetustà dell'impianto attuale e consentire l'espansione della rete DECT interna. In base alle disposizioni nazionali di AGID, tutte le nuove installazioni di SW verranno effettuate sui Datacenter Lepida, certificati di gruppo A o PSN, ed in conseguenza di ciò non verranno più acquistati Server e Dischi per nuovi progetti per il data center aziendale, ma verranno noleggiati dalla società in house Lepida.

Un investimento rilevante, la cui gara conclusa a settembre 2019 vedrà la fornitura completata per marzo 2020 (in ritardo rispetto alle previsioni, anche a seguito del rallentamento dell'attività di fabbriche cinesi), è rappresentato dalla componente hardware del nuovo sistema di calcolo avanzato a supporto dell'elaborazione dei TPS (Treatment Planning System) per la radioterapia. Questo nuovo apparato permetterà una notevole riduzione dei tempi di calcolo dei piani di trattamento, a favore di una ancora migliore qualità delle cure per i pazienti oncologici.

Il primo trimestre 2020 vedrà l'adozione del nuovo SW di gestione delle casse denominato RUDI, che permetterà sia l'integrazione con l'applicativo CUP ISES della AUSL di Modena (entrambi i SW sono forniti dalla società in house Lepida) sia l'adeguamento alle nuove modalità di pagamento dei servizi offerti dalla PA, come il modello 3, richiesto dalla normativa AGID.

A partire dal mese di giugno 2020 si avvieranno le attività propedeutiche per l'attivazione, prevista l'1/1/2021 del nuovo applicativo di gestione amministrativa regionale denominato GAAC.

Nel corso del 2020 proseguirà l'applicazione del SW di Machine Learning VEPE, per il supporto automatizzato alla codifica delle prestazioni ambulatoriali in ambito ginecologico, dopo che nel 2019 sono stati attivati i servizi in ambito ORL, Dermatologia e Urologia.

Insieme alla Direzione Sanitaria, nel corso della seconda parte del 2019 e nei primi mesi del 2020, è stata compiuta una importante revisione dell'organizzazione, e conseguentemente dei SW aziendali, per essere pronti il 1 marzo 2020 all'avvio delle attività e dei relativi flussi informativi associati al nuovo Piano Gestione Liste di Attesa. Il 2020 vedrà inoltre un notevole impegno per modificare, come prevede la normativa nazionale, il formato dei referti inviati al FSE/SOLE, che oltre a prevedere un nuovo format, dovranno essere completi di firma digitale forte. Questo elemento comporta l'estensione a tutto il personale medico della possibilità di firmare digitalmente i referti prodotti. Verrà introdotto il sistema di 'firma remota' in sostituzione del sistema a smart card, basato sull'invio di codici OTP al telefono cellulare o al token del medico, sistema analogo a quello utilizzato per autorizzare i pagamenti via Internet.

Nel corso del 2020 continueranno le attività di capillare miglioramento dei SW in utilizzo, in particolare di ambito sanitario.

8.4 Grandi investimenti edili e strutturali

Policlinico di Modena

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

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

Di seguito si riporta l'elenco degli interventi già programmati e finanziati dal Programma Opere Pubbliche Piano Annuale 2013-14-15-16-18 e vengono indicate le attività previste per l'anno 2020:

- Intervento n. 454 Realizzazione di nuovo fabbricato atto ad ospitare le attività del Dipartimento Materno Infantile (per il quale sono previsti anche un ulteriore finanziamento

regionale e lo stanziamento di fondi aziendali): indizione della gara d'appalto per i lavori con aggiudicazione prevista entro il 2020;

- Intervento n. 12026 Completamento delle opere strutturali di miglioramento sismico 60% dei corpi C, D, E, G, H: prosecuzione nel 2020, di concerto con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, del progetto di coordinamento tra i futuri cantieri e le attività sanitarie da mantenere attive.
- Intervento n. 100 Circolo USL: a seguito della conferma della rimodulazione (incremento) del finanziamento dell'intervento, predisposizione di nuovo progetto per la demolizione e nuova costruzione dell'edificio e affidamento dei lavori entro il 2020.

Sono inoltre programmati i seguenti interventi:

- Nuova struttura integrata interaziendale di Senologia clinica e screening mammografico (Pneumologia Piano rialzato): ultimazione dei lavori, compreso intervento antisismico puntuale su un corpo scale entro il 2020 ;
- Realizzazione di nuovo parcheggio a servizio del Pronto Soccorso e nuovo accesso pedonale con impianto elevatore (opera propedeutica ai lavori del nuovo Materno Infantile): esecuzione lavori entro il 2020;
- Adeguamento alla normativa antincendio (finanziamento regionale PI.02): nell'anno 2020 proseguiranno gli interventi di adeguamento antincendio previsti.
- Ristrutturazione di edificio per realizzazione terminale attrezzato per produzione pasti (Edificio J1 – ex officina): entro il 2020 si prevede il completamento dell'intervento;
- Intervento provvisorio di messa in sicurezza del Policlinico mediante realizzazione di blocco ascensori e servizio dei corpi D ed E – termine lavori entro il 2020
- Sistemazione corpo F 4° piano per rientro ultime funzioni dal Poliambulatorio entro fine 2020.
- EB HUB (progetto farfalla): entro fine 2020
- Laboratorio Urgenze: entro fine 2020
- Realizzazione della nuova piazzola per l'azoto liquido per il Trasfusionale e adeguamento della Centrale Gas Medicali per l'Ossigeno Liquido a servizio di tutto il Policlinico, nell'ambito della sostituzione dei serbatoi.
- Realizzazione di nuovi spogliatoi per il personale (Corpo C Piano seminterrato): inizio lavori entro il 2020;

A quanto sopra si aggiunge:

- Sostituzione di un gruppo frigo per il periodo estivo, nella Centrale Frigo del Policlinico: si prevede il completamento dell'intervento entro il 2020.
- Sono previsti altri interventi manutentivi di adeguamento normativo, di decoro ed arredo urbano, volti al miglioramento della accoglienza agli utenti, di minore rilevanza economica ma di elevato impatto e utilità.
- Completamento di lavori complementari all'impianto di trigenerazione entrato in funzione il 19 dicembre 2016 con notevoli risultati in termini di risparmio energetico ed economico. – Ottimizzazione della centrale frigo entro il 2020.
- Conclusione delle opere accessorie per l'efficientamento del teleriscaldamento e teleraffrescamento entro il 2020.

Ospedale Civile di Baggiovara

Sono programmati i seguenti interventi:

- Potenziamento produzione di energia frigorifera per comparti operatori e R.M.N., mediante installazione di un nuovo gruppo frigo nel 2020;
- Potenziamento e miglioramento dell'alimentazione elettrica dei gruppi frigo per comparti operatori e R.M.N.;
- Rifacimento impianto idrico distribuzione acqua calda sanitaria e acqua fredda sanitaria: nel 2020 prosegue l'intervento, da completarsi negli anni successivi;
- Nel corso del 2019 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha partecipato al Bando Programma Operativo Regionale del Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (POR-FESR 2014-2020) per progetti improntati al risparmio energetico. Il progetto presentato prevede un intervento generale di efficientamento della Centrale Frigorifera esistente consistente in un nuovo sistema di regolazione e controllo, la realizzazione di interconnessione del circuito torri evaporative, revisione del parco torri evaporative. Il progetto è stato ammesso ottenendo finanziamenti per un importo totale di 1.120.000 euro, di cui 680mila euro di contributo regionale e 440mila di contributo POR-FESR. I lavori sono previsti nel 2020 con conclusione entro la stagione estiva 2021.
- Sono previsti altri interventi manutentivi di adeguamento normativo, di decoro ed arredo urbano, volti al miglioramento della accoglienza agli utenti, di minore rilevanza economica ma di elevato impatto e utilità.

9. Formazione e ricerca

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

La nostra Azienda da sempre è impegnata a promuovere la Ricerca e l'Innovazione quali attività ordinarie, sistematiche e continuative dell'AOU, sostenendo la formazione alla ricerca ed assicurando il collegamento con il Ministero, la Regione Emilia-Romagna (Assessorato alla Sanità e Agenzia sanitaria e sociale regionale), l'Università, le altre Aziende sanitarie e con il mondo produttivo.

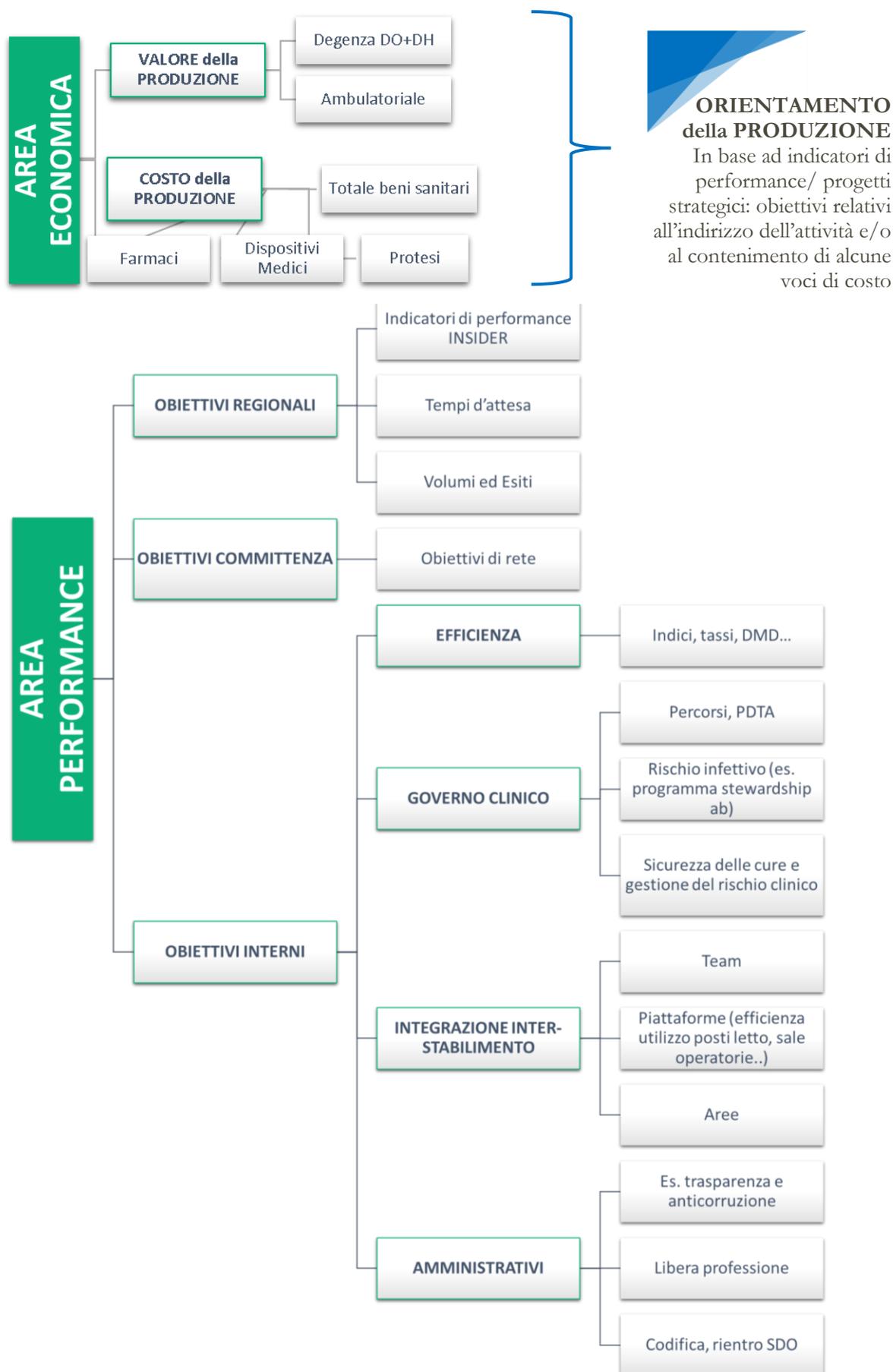
La formazione, la ricerca e l'innovazione rappresentano in concreto un settore di sviluppo prioritario per l'Azienda, in quanto consentono l'acquisizione, la diffusione e l'utilizzo della conoscenza, prerogativa indispensabile per lo sviluppo organizzativo e di sistema.

Gli obiettivi strategici del **Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione** per l'anno 2020 sono:

Obiettivi di sviluppo	<ul style="list-style-type: none">• Formazione ed inserimento dei neoassunti• Formazione in tema di prevenzione della violenza nei confronti degli operatori sanitari• Formazione a sostegno dell'integrazione e della ridefinizione degli assetti organizzativi• Sviluppo e utilizzo del gestionale regionale di formazione GRU• Sviluppo e utilizzo della piattaforma unica web-based SIRER (Sistema Informativo per la Ricerca in Emilia-Romagna)• Ricerca traslazionale in collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia• Sviluppo di progetti di ricerca di medicina preventiva e predittiva• Attivazione procedure di fundraising per le sperimentazioni accademiche• Anagrafe dei progetti innovativi e di sviluppo dei dispositivi medici
Obiettivi di miglioramento	<ul style="list-style-type: none">• Collegamento fra valutazione delle competenze e sviluppo professionale-formativo• Formazione obbligatoria (tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro)• Formazione alla Ricerca ("Piano di formazione alla Ricerca triennale")• Formazione di sistema orientata all'area tecnico amministrativa• Formazione a Distanza (FAD)• Formazione Guide di Tirocinio rivolta a tutte le professioni sanitarie

	<ul style="list-style-type: none"> • Omogeneizzazione delle procedure di selezione per l'identificazione dei docenti e tutor dei Corsi di Laurea • Promozione della ricerca no profit/accademica attraverso il Clinical Trial Quality Team (CTQT) • Formazione e Monitoraggio degli studi non commerciali per Dipartimento (CTQT) • Trasparenza e pubblicazione Sperimentazioni cliniche • Repository delle pubblicazioni • Implementazione del supporto metodologico-statistico agli studi clinici • Gestione degli aspetti amministrativi ed operativi degli studi clinici (Segreteria Tecnico-Scientifica del CE-AVEN)
<p>Obiettivi di sostenibilità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piano investimenti biennale del Servizio (attrezzature e risorse) • Rispetto tetto di spesa budget formazione, anche attraverso assegnazione e monitoraggio budget Strutture Complesse OCB • Gestione e monitoraggio del “finanziamento regionale” assegnato ai Corsi di Laurea triennali delle professioni sanitarie – competenza amministrativa AOU (ospedali Policlinico e OCB) • Gestione e monitoraggio dei “fondi finalizzati” per progetti di ricerca e innovazione • Gestione e monitoraggio del fondo economico del CE AVEN

10. Tabella di sintesi degli obiettivi 2020



ELEMENTI CHIAVE – BUDGET 2020

