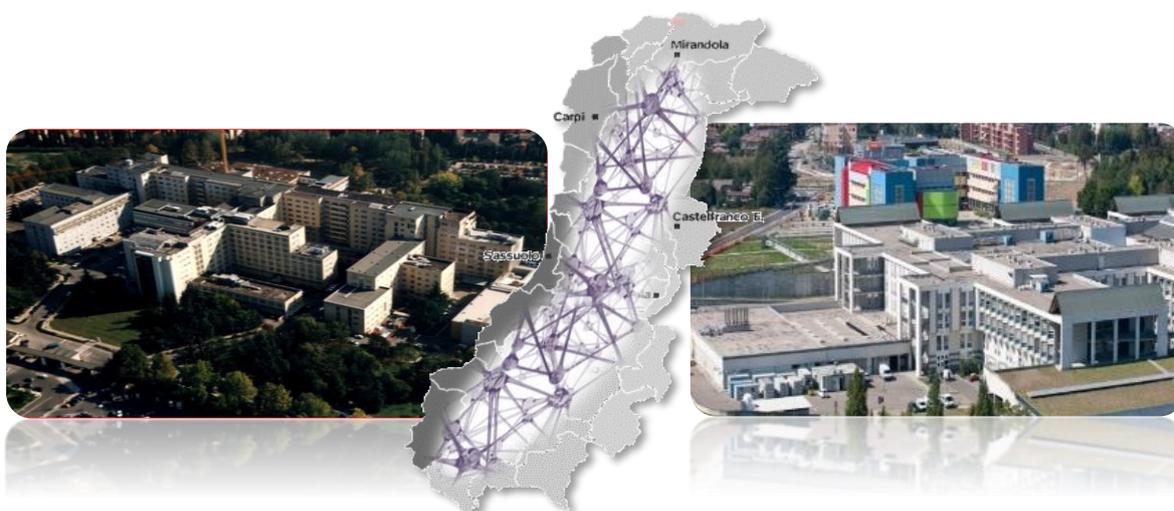




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

PIANO delle AZIONI 2018

LINEE GUIDA al BUDGET 2018



Approvato dal Collegio di Direzione il 7/2/2018

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Sommario

Premessa	3
1. Il contesto di riferimento	5
2. Il percorso di Budget	7
2.1. La scheda di budget	
2.2. WebBudget: Il ciclo della performance	
3. Obiettivi di attività	17
3.1 Concertazione prestazioni intermedie	
3.2 Attività di degenza	
3.3 Attività di specialistica ambulatoriale	
3.4 Attività chirurgica	
3.5 Appropriatezza	
3.6 Efficienza di utilizzo dei posti letto	
3.7 Tempi di attesa	
3.8 Libera professione	
4. Razionalizzazione dei consumi	22
4.1 Assistenza Farmaceutica	
5. Governo Clinico	24
5.1 Percorsi	
5.2 Rischio infettivo	
5.3 Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico	
6. Qualità e accreditamento	27
6.1 L'approvazione dei nuovi requisiti generali regionali di Accreditamento	
6.2 Lo sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale	
6.3 Gli obiettivi annuali in tema di Qualità ed Accreditamento	
7. Obiettivi qualificanti	29
7.1 Progetti di Integrazione Policlinico-Ocsae	
7.2 Obiettivi di Rete	
7.3 Week Surgery e Piattaforme produttive	
7.4 Prevenzione Corruzione e Trasparenza	
8. Gestione delle Risorse	35
8.1 Capitale Umano	
8.2 Investimenti nell'area ICT e tecnologie biomediche	
8.3 Grandi investimenti edili e strutturali	
9. Formazione e ricerca	39
10. Tabella di sintesi degli obiettivi 2018	42

Premessa

Il Piano delle Azioni si configura come documento programmatico. Uno strumento aziendale 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.

Il 2017 si è configurato come anno strategico per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. Dal 1 gennaio 2017 ha infatti operativamente preso il via la sperimentazione gestionale fra Policlinico di Modena ed Ospedale Civile Sant'Agostino Estense (OCSAE) di Baggiovara.

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.

Tale impostazione mantiene rilevanza anche per l'anno 2018, nel quale continua la fase di sperimentazione gestionale fra Policlinico e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense. Il periodo di gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri modenesi si configura come rilevante opportunità per ridisegnare le funzioni mediche e chirurgiche, focalizzando l'attenzione su due macro-obiettivi di fondo:

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

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

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

Il presente Piano delle Azioni viene 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 2018, in termini di programmi di attività e di risorse necessarie. Specifiche che assumeranno una propria connotazione all'interno delle singole schede di budget delle unità operative aziendali.

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

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

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

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

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

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

Si propone di seguito una fotografia dei macro temi aziendali sui quali si è deciso di declinare obiettivi di carattere strategico con riferimento alla duplice valenza aziendale e provinciale. Tali ambiti di attività sono stati individuati in linea con le specifiche regionali e con le evidenze scaturite dagli incontri di revisione di budget condotti con le unità operative nel corso dell'anno 2017.

1. Il contesto di riferimento

Anche per l'anno 2018, a maggior ragione in considerazione dello stato di avanzamento del progetto di sperimentazione gestionale fra Policlinico ed Ocsae, il processo di programmazione annuale per budget si inserisce nel più ampio disegno strategico delineato dal Piano della Performance aziendale. Piano che vedrà la sua revisione nel 2018, in accordo con quanto stabilito dalle linee guida diramate da OIV SSR per l'anno in corso, andando ad abbracciare le principali linee di sviluppo strategiche che andranno ad interessare l'azienda nel triennio 2017-2019.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, nel 2017, ha avviato operativamente il periodo di Sperimentazione Gestionale fra i due stabilimenti ospedalieri modenesi, Policlinico ed Ospedale Civile Sant'Agostino Estense (Ocsae). Il periodo di sperimentazione si articolerà nel triennio 2016-2018 ed avrà come obiettivo generale "evitare la crescita dell'offerta ospedaliera complessiva oltre i fabbisogni individuati dalla programmazione e la duplicazione dell'offerta stessa, realizzando coerentemente agli obiettivi della programmazione regionale la concentrazione della attività ospedaliera, ottimizzando la qualità e la sostenibilità economica dei percorsi assistenziali".

Le riorganizzazioni strategiche, le attività ed i percorsi avviati nel corso dell'anno si sono inseriti nell'ambito degli obiettivi strategici contenuti nella DGR 1004/2016, deliberata il 28/6/2016:

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

La Delibera 1004/2016 della Regione Emilia Romagna, che prevede la gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri Policlinico di Modena e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara ha reso imprescindibile la riorganizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, che prenderà operativamente forma dal gennaio 2018. Organizzazione cui verrà informato anche il percorso di budget 2018, strutturato sulla base della nuova articolazione aziendale.

I processi di riorganizzazione in corso, determinati dalla necessità di rafforzare e di potenziare l'integrazione e la sinergia del funzionamento delle strutture, determinano necessariamente un coinvolgimento in tale dinamica di cambiamento della struttura organizzativa dipartimentale ora in essere; tale processo ha comportato l'adozione di un provvedimento provvisorio (disposizione gestionale) che sarà parte di un provvedimento complessivo al termine della sperimentazione con conseguente modifica all'Atto Aziendale.

Nella proposta di articolazione dei Dipartimenti cui si uniforma il processo di budget, l'afferenza di Unità Operative che insistono sull'Ospedale Civile Estense a Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria o la modulazione di Dipartimenti di Medicine inter-stabilimento viene attuata ai fini di una semplificazione e miglioramento dei rapporti di interfaccia interni all'Azienda.

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

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

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

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

Il quadro degli obiettivi di carattere economico-finanziario della programmazione sanitaria regionale viene esplicitato nella DGR 830/2017, deliberata il 12/6/2017, che detta le "Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017".

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 Accredimento
- ✓ Investimenti

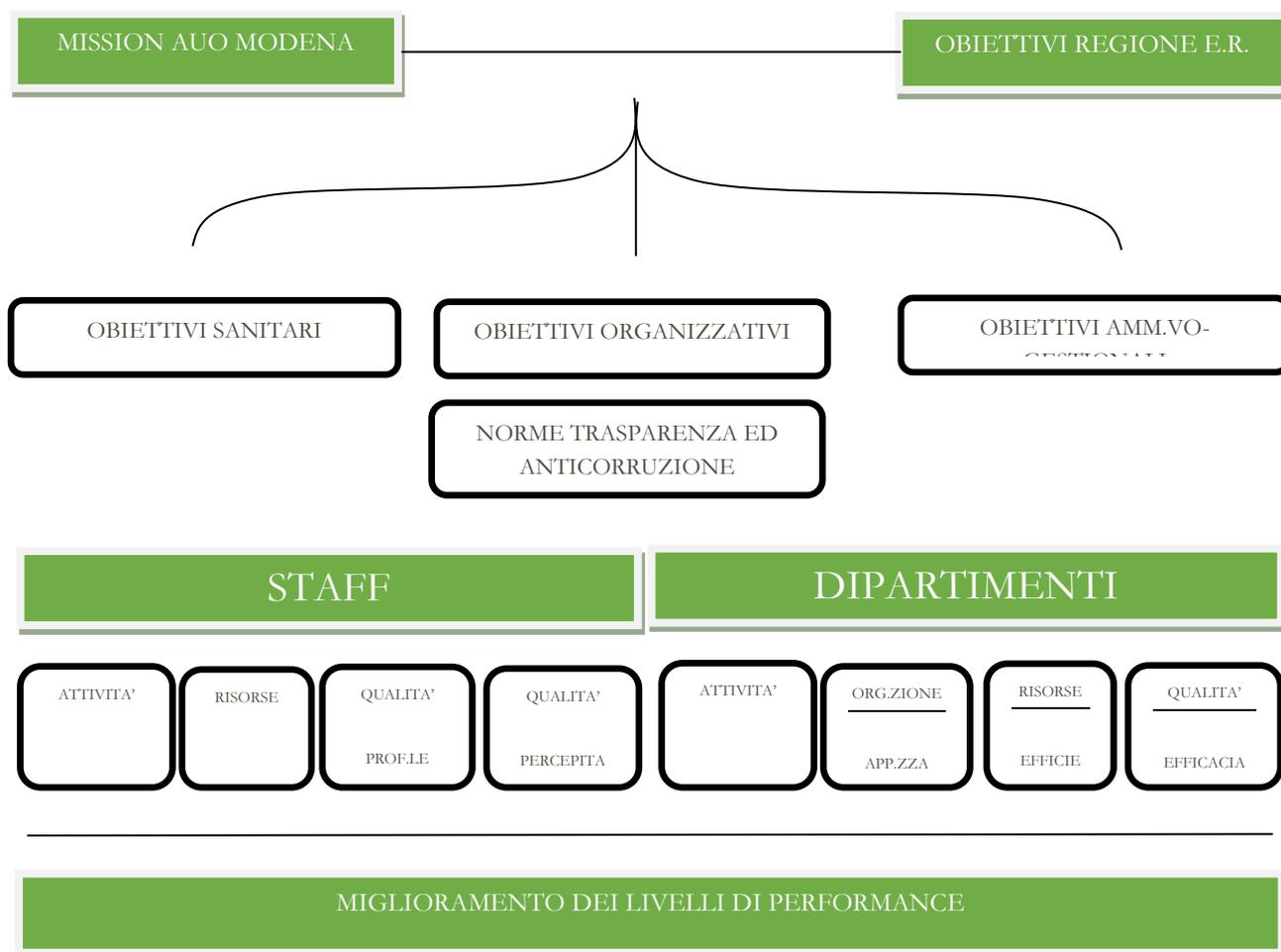
Specifiche rilevanza assumono infine i confini normativi ed operativi tratteggiati dalle indicazioni regionali in materia di valutazione della performance, così come contenute nelle delibere OIV-SSR. Questo con riferimento specifico agli obiettivi aziendali derivanti dal monitoraggio degli indicatori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

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

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:

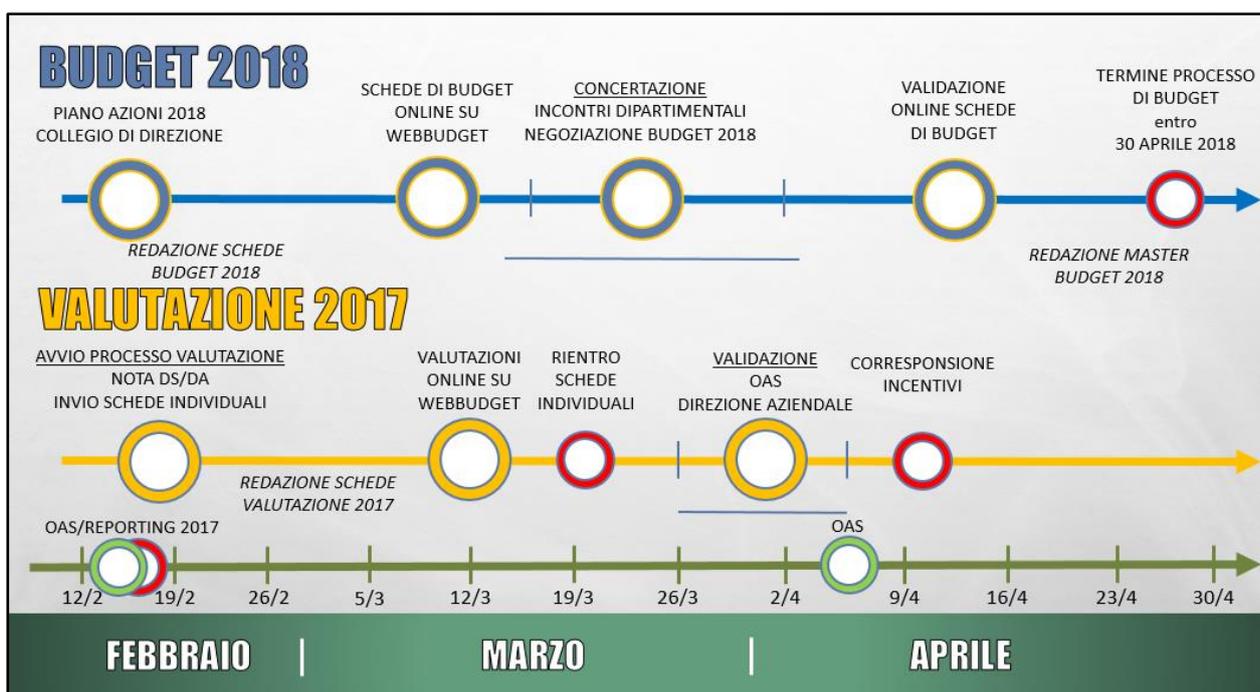
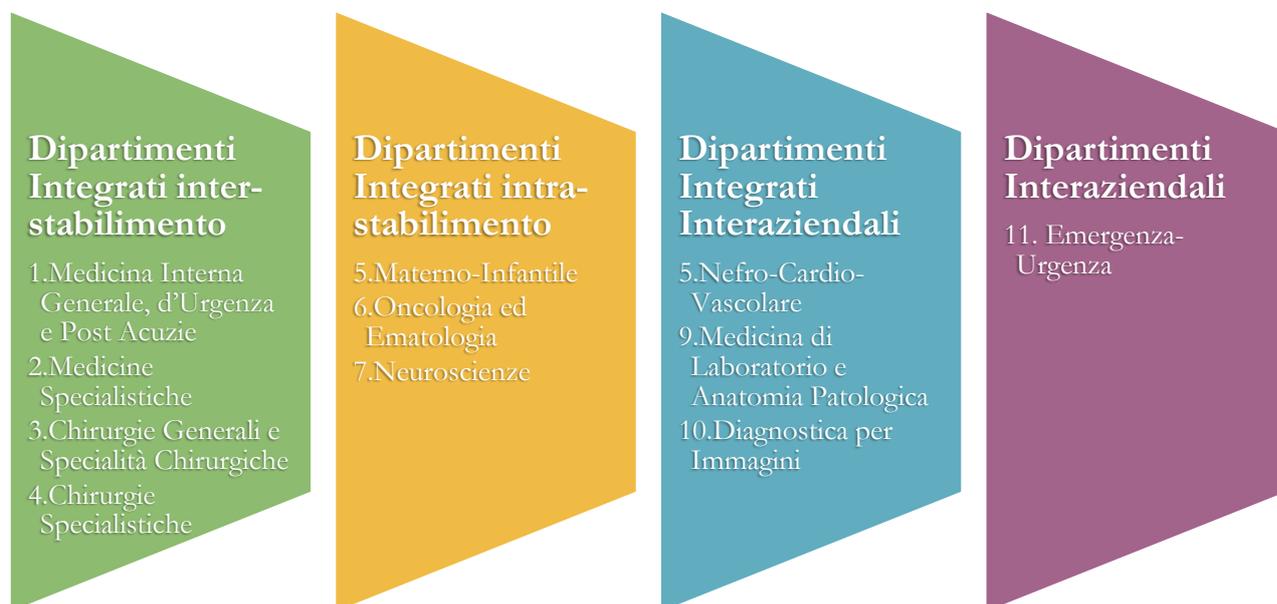
1. È globale, ovvero interessa l'Azienda nella sua visione olistica. Il processo di budget richiede il coordinamento e l'integrazione degli obiettivi perseguiti dai singoli centri di responsabilità in un'ottica unitaria della gestione aziendale;
2. Definisce obiettivi, espressi in termini di risultati 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 (7 febbraio)
- Comunicazione delle schede di budget e relativi obiettivi (entro 12 marzo)
- Concertazione (dal 14 marzo al 5 aprile)
- Consolidamento/approvazione schede (entro 28 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) e con i Coordinatori infermieristici. L'invito alla negoziazione verrà esteso selettivamente anche ai Responsabili delle Strutture Semplici ritenute dalla Direzione Sanitaria particolarmente strategiche in considerazione dei budget movimentati. Tale invito agli incontri verrà effettuato da parte del Responsabile di Struttura Complessa di afferenza.

2.1. La scheda di budget

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

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

OBIETTIVO	INDICATORE	DESCRIZIONE
QUALITA' ECONOMICA RICAVI		
ATTIVITA' DI DEGENZA OSPEDALIERA (DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL)	VALORE DIMESSI TOTALE	<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**.

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

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

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

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

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

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

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



I Macrotemi aziendali



Produzione



Consumi



Appropriatezza



Percorsi e reti



Progetti



Rischio infettivo



Performance

2.2. WebBudget: Il ciclo della performance

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

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



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

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

Le schede vengono compilate via web dalla Direzione Aziendale e dai singoli referenti di struttura, che negoziano l'articolazione dell'obiettivo, l'indicatore atto a monitorarlo e la tempistica di attuazione.

WebBudget ha efficientato in maniera sensibile la gestione del processo di budget nel corso degli ultimi anni, in termini di:

- Facilità di accesso degli attori coinvolti, tramite la intuitiva interfaccia web raggiungibile dalla home page del CdG, sulla 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 o posta interna.

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

1. Budget Builder



Applicativo integrato in WebBudget, creato con la finalità di gestire in maniera ordinata e strutturata la fase di inserimento manuale degli obiettivi, in fase di pre-negoziazione (costruzione delle schede di budget). L'interfaccia grafica, che guida l'utente attraverso un percorso sequenziale gestito per punti, consente la creazione degli obiettivi attraverso l'individuazione dell'indicatore di monitoraggio ed il target verso cui indirizzare la performance. Una volta definito l'obiettivo, lo strumento permette inoltre di gestire la fase di attribuzione dello stesso sulle strutture di riferimento (azienda, dipartimento

o unità operativa).

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

2. Tracking

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

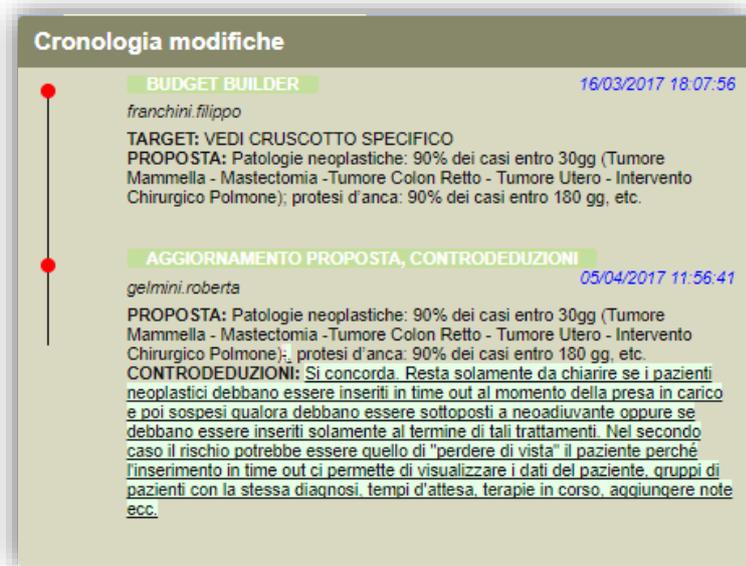
La partecipazione si esplicita nella possibilità di compilazione del campo note, deputato ad accogliere le controdeduzioni della struttura. Si tratta di giudizi relativi alla condivisione dell'obiettivo proposto, suggerimenti in merito alla modifica o valutazioni che prendano in considerazione aree differenti di focus per la misurazione della performance.

Per la prima volta nel 2017, WebBudget è stato implementato con una funzionalità aggiuntiva che consente di monitorare la cronologia delle modifiche apportate alle singole schede di budget.

<p>PERFORMANCE</p> <p>SIGLA: RISPETTO DEGLI STANDARD IMPOSTI DAGLI INDICATORI REGIONALI 🟡</p>	<p>0,00 0,00 PianoWeb</p>	<p>VEDI CRUSCOTTO SPECIFICO</p> <p>PROPOSTA: Patologie neoplastiche: 90% dei casi entro 30gg (Tumore Mammella - Mastectomia - Tumore Colon Retto - Tumore Utero - Intervento Chirurgico Polmone); protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg, etc.</p> <p>CONTRODEDUZIONI: Si concorda. Resta solamente da chiarire se i pazienti neoplastici debbano essere inseriti in time out al momento della presa in carico e poi sospesi qualora debbano essere sottoposti a neoadiuvante oppure se debbano essere inseriti solamente al termine di tali trattamenti. Nel secondo caso il rischio potrebbe essere quello di "perdere di vista" il paziente perché l'inserimento in time out ci permette di visualizzare i dati del paziente, gruppi di pazienti con la stessa diagnosi, tempi d'attesa, terapie in corso, aggiungere note ecc.</p>
---	---------------------------------	--

Attraverso l'apposito elemento circolare posto in corrispondenza di ogni singolo obiettivo presente in scheda, è ora possibile tenere traccia delle modifiche ed integrazioni avvenute

nel corpo della scheda di budget. La funzionalità assume particolare utilità sul versante della gestione delle controdeduzioni, nell'ottica di un sempre più marcato ricorso ai principi di tracciabilità e trasparenza del processo. Oltre alla modifica intervenuta nel contenuto dell'obiettivo, la cronologia delle modifiche evidenzia anche data, ora ed autore della modifica apportata.

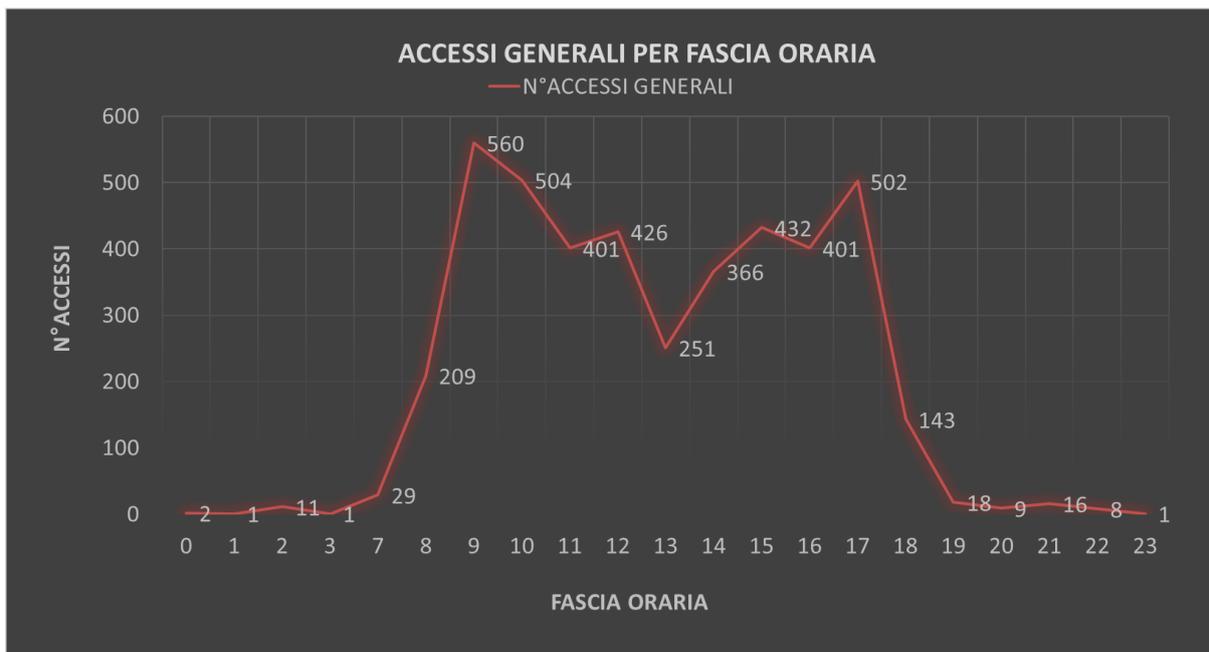


WebBudget Stats

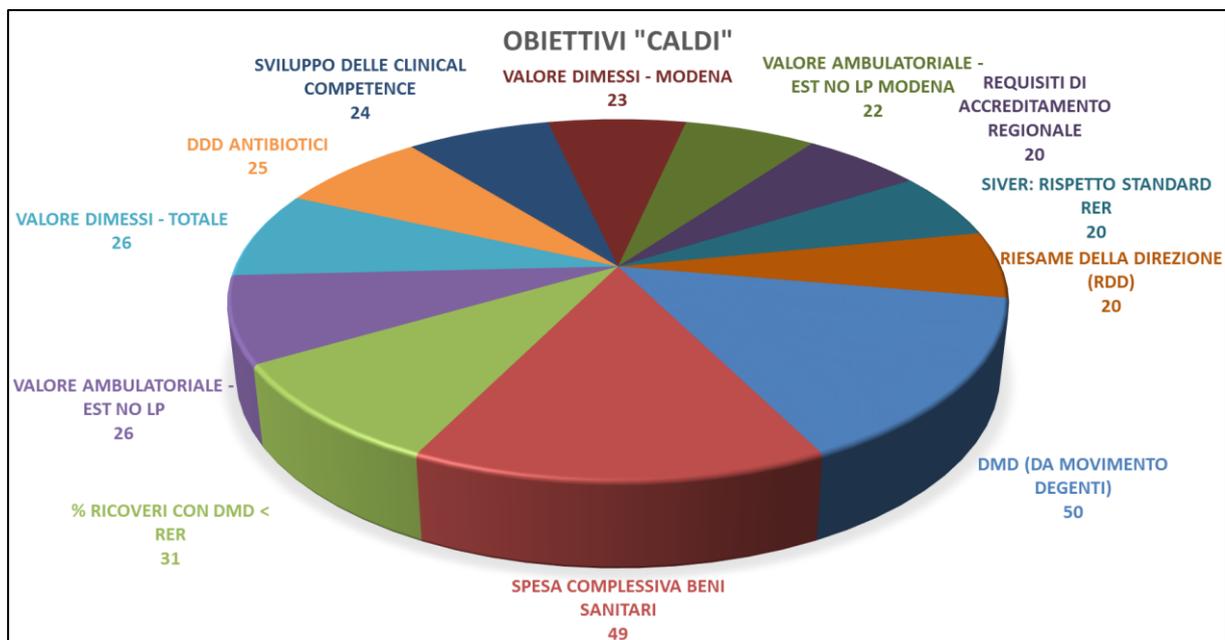
Il processo di budget 2017 è stato il primo ad essere interamente tracciato in azienda anche con riferimento agli aspetti statistici correlati all'utilizzo dello strumento WebBudget. L'applicativo è stato infatti corredato di un capillare sistema di rilevazione statistica che ha permesso, a posteriori, di analizzare interessanti fattori inerenti lo svolgimento del processo stesso e le aree di miglioramento su cui intervenire nei prossimi anni.

Anche sotto questo profilo di osservazione, di particolare interesse sono stati i dati di utilizzo relativi alla struttura Ocsae di Baggiovara, per la quale WebBudget ha costituito nel 2017 una assoluta novità, sia in termini di strumento che di modalità organizzativa per la negoziazione degli obiettivi di budget.

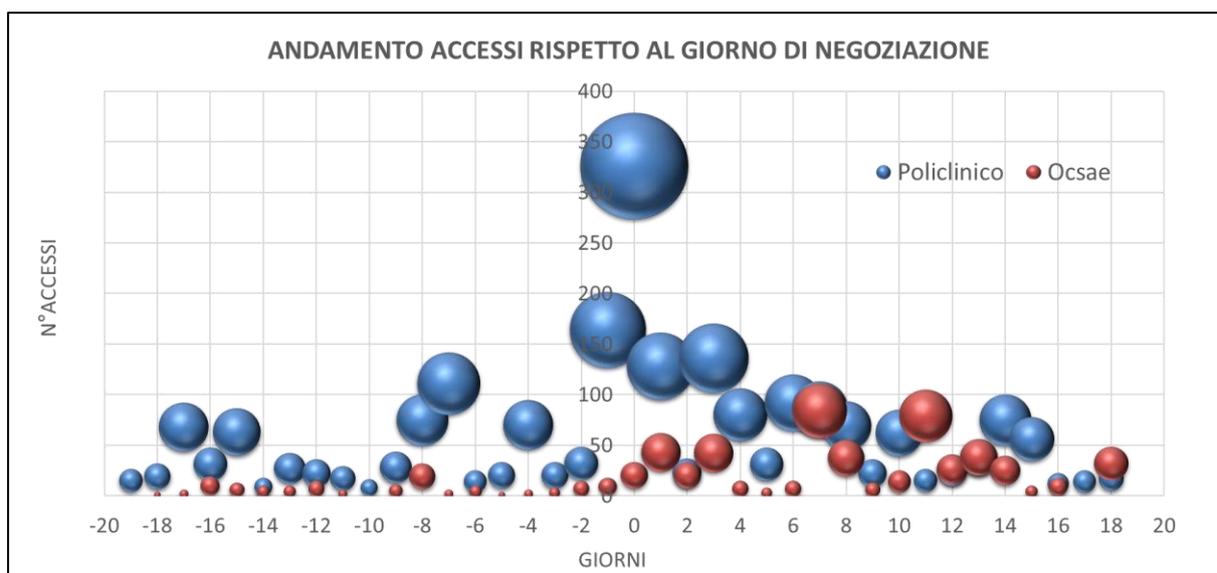
Ecco di seguito alcune analisi di particolare impatto ed utilità.



Le fasce orarie più gettonate per accedere a WebBudget sono quelle della prima mattina e del tardo pomeriggio, con picchi che superano i 500 accessi (in consultazione e modifica). In base a questa analisi è risultato possibile impostare in maniera più efficiente la programmazione della manutenzione allo strumento, gestendo gli interventi nelle fasce orarie di minor congestione, come quella serale o prandiale.



Gli indicatori con più accessi in modifica sono quelli relativi alla “Durata Media della Degenza (DMD)” ed al “Consumo di Beni Sanitari”, con valori pari a 50. In corrispondenza di questi e degli altri indicatori rappresentati nel grafico si è concentrata l’attività di condivisione ed integrazione dei target (in variazione) o delle controdeduzioni da parte delle strutture, nei confronti degli obiettivi proposti dalla Direzione Aziendale.



Molto interessante l'analisi dell'andamento degli accessi in rapporto alla data ufficiale di negoziazione degli obiettivi di budget con la Direzione Aziendale. Come il grafico ben evidenzia, le dinamiche organizzative e la consuetudine all'approccio per budget secondo le modalità descritte collocano il Policlinico in una situazione che presenta accessi crescenti e di alta intensità (dimensione della bolla di colore blu) all'avvicinarsi della data di negoziazione (punto 0 nell'asse delle ascisse). Gli accessi tendono poi a decrescere man mano che ci si allontana dalla data di negoziazione. Di converso, la dinamica delle bolle di colore rosso, che identificano gli accessi effettuati presso lo stabilimento Ocsae di Baggiovara, mette in risalto un picco di attività che si concentra in un momento successivo alla negoziazione. Risulta verosimile che l'accesso in consultazione alla scheda budget sia stato generalmente effettuato dopo che le specifiche e le modalità di consultazione sono state espressamente illustrate in sede di negoziazione. Processo comprensibile, visto il primo anno di test sullo stabilimento in oggetto.

WebBudget 2.0



Il 2018 sarà un anno di nuove sfide per WebBudget, che il Controllo di Gestione sta rilasciando nella sua versione 2.0.

Una nuova veste grafica, per gestire al meglio aspetti critici di visualizzazione, ma anche aspetti contenutistici legati alla

gestione più fluida dei target, alla pesatura dei singoli indicatori ed all'accessibilità. L'innovazione dal più alto impatto organizzativo sarà tuttavia rappresentato dall'avvio del modulo integrato di Valutazione Individuale della Performance.

3. Obiettivi di attività

Il contesto normative 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. La situazione relativa all'anno 2017 della realtà provinciale modenese, coinvolta dal progetto di sperimentazione gestionale fra i due stabilimenti ospedalieri, è connotata da forte specificità: il budget del contratto di fornitura provinciale è stato fissato in linea con quanto pattuito nel corso del 2016 per quell che concerne la realtà dello stabilimento Policlinico, mentre sul versante Ocsae viene pattuito un sostanziale allineamento rispetto alla situazione fotografata dalla chiusura contabile dell'anno 2016, cui affiancare un monitoraggio di quelli che vengono identificato quali "obiettivi qualificanti" del progetto (di durata pluriennale e di ricaduta tangibile sulla rete interospedaliera e provinciale).

Con riferimento all'attività del Policlinico, 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. Tali considerazione trovano ulteriore rafforzamento sul 2018, anno in cui troverà sostanziale attuazione operativa la sperimentazione gestionale fra Policlinico ed Ocsae. In attesa dell'ufficializzazione degli accordi di fornitura con l'Azienda USL territoriale per l'anno 2018, 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

Per l'attività di degenza si chiede alle UUOO il mantenimento, in termini quantitativi, della produzione di base, con un tendenziale sviluppo delle attività ad alta specializzazione (in coerenza agli indirizzi che derivano dalla sperimentazione gestionale) che consentono di amplificare l'attrazione ed una attenzione specifica agli interventi chirurgici da garantire entro le tempistiche indicate dalle normative regionali (tumori entro 30 gg, ernie inguinali, protesi d'anca, cataratte, tonsillectomie). Quanto indicato fatto salvo le riconversioni a regime ambulatoriale/day service dei DH medici.

In particolare nell'anno 2018, verrà ulteriormente implementato il monitoraggio, già in essere, dei ricoveri a DRG ad alto rischio d'inappropriatezza ed effettuate le modifiche organizzative al fine di adempiere al Programma di Miglioramento e Riqualficazione (art. 1, c. 385 e ss. della Legge 11 dicembre 2016 n. 232) e alle Linee di Programmazione e di Finanziament della Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'Anno 2017 (DGR. 830/2017).

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

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 gestione 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 trimestrali del restante 30%. Le agende dovranno essere aperte 47 settimane all'anno. Le attività di secondo livello per gli approfondimenti diagnostici e la gestione della cronicità dovranno essere prenotabili tramite CIP, con calendari di disponibilità dei posti trimestrali (nelle schede inseriremo i volumi settimanali CUP come richiesto da AUSL). Particolare attenzione verrà data ai percorsi di accesso con modalità 'Urgente B', secondo accordi con la committenza AUSL.

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);
- 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, monitorate tramite indicatori di utilizzo (chiusure anticipate/sforamenti già rilevato dal cruscotto);
- Indice di adesione alla lista presentata (ovvero pazienti in lista = pazienti operati);
- 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;
- Gestione multidisciplinare dei casi oncologici complessi da avviare ad intervento chirurgico, tramite effettuazione di incontri per valutazioni multidisciplinari (DGR 2040/2015; DGR 272/2017).

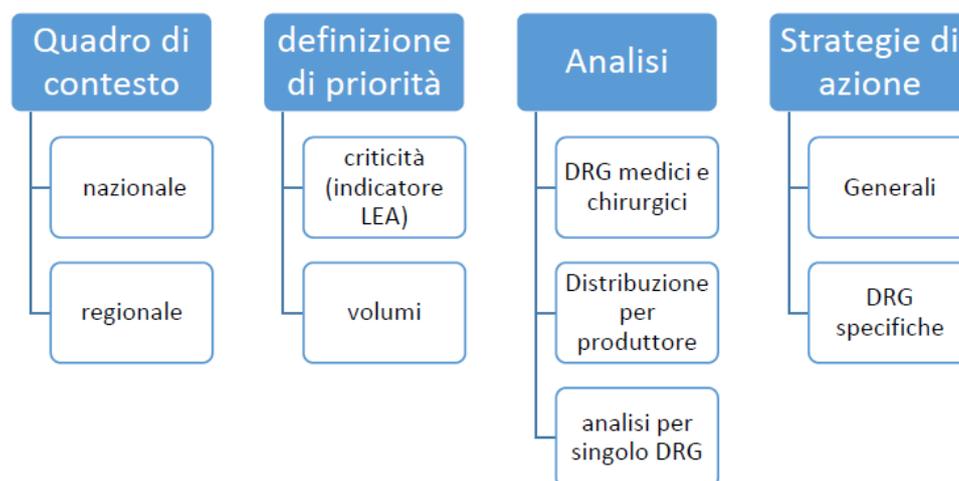
3.5 Appropriatelyzza

A fronte della valutazione LEA 2015 si intendono avviare azioni 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 inappropriatazza, 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 inappropriatazza 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 nel budget 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 mensile, 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 2018 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 una Sezione ad Attivazione Straordinaria per far fronte a picchi di accessi che vadano oltre la normale operatività.

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 delle disponibilità di prestazioni a disposizione dell'utente (attuata con overbooking e recall di pazienti in attesa da più lungo periodo, apertura ambulatori e servizi al sabato e alla domenica), ma anche revisione dell'offerta interna che, per le Aziende sede di attività di secondo livello come la nostra, significa presa in carico clinica da parte dello specialista e prenotazione in carico alla struttura in caso di accertamenti diagnostici ulteriori alla visita, evitando al paziente di tornare a medico di medicina generale per le prescrizioni e al CUP per le prenotazioni. Ulteriori miglioramenti organizzativi richiesti dalle norme sopracitate fanno riferimento alla gestione di pazienti complessi tramite attivazione di Day Service e al consolidamento di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica.

3.8 Libera professione

Nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa nazionale, dalle indicazioni regionali e dal Piano di prevenzione della corruzione, è stata completata l'informatizzazione dell'intero processo relativo alle prestazioni erogate in Libera Professione, attraverso un nuovo sistema aziendale che consente la completa 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 nuovo sistema – che nel corso del 2018 sarà esteso a tutti i professionisti che esercitano la LP al Policlinico e all'Ospedale Civile S. Agostino-Estense - consente una più puntuale e tempestiva analisi della LP, migliorando il monitoraggio dell'attività, dei dati e il controllo dei volumi. Inoltre, l'adozione del nuovo regolamento aziendale in tema di LP consente un livello di maggior analisi e approfondimento sulla tematica, grazie a una precisa mappatura e sistematizzazione dei controlli anche in relazione ai volumi di attività. Su questo tema restano valide le disposizioni contenute nella Delibera 1056 del 27 luglio 2015 che fornisce indicazioni in merito alla coerenza tra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia. Lo strumento attualmente utilizzato dalla Regione per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (prime visite ed indagini strumentali) sarà implementato con l'intento di monitorare i volumi produttivi aziendali delle stesse prestazioni in regime ALP.

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 2018; 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).
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 nuovo inserimento

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

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

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 intende 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 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 metodologico di base aziendale e dipartimentale, 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.

A tal fine è stato individuato un gruppo coordinato dal Direttore Gestione Operativa, che vede presenti e integrate le competenze negli ambiti del Governo Clinico, che si occuperà di tracciare una strategia complessiva ed unitaria a supporto del Direttore Sanitario nella promozione di politiche di miglioramento della efficacia, appropriatezza di prestazioni e percorsi in ambito diagnostico, terapeutico e assistenziale, tramite il Coordinamento delle funzioni dei Servizi Qualità, Gestione del Rischio ed Appropriatezza.

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

- **I Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA):** come modello organizzativo di presa in carico del paziente ed erogazione dell'assistenza che con maggiore completezza ed immediatezza permette l'applicazione dei principi del Governo Clinico. Si sviluppa sul principio della presa in carico stabile del paziente - secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro di equipe – dettagliando i passaggi essenziali di cura dal momento della diagnosi e trattamento fino al follow up. L'obiettivo 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.
- **Le reti:** come modelli di assistenza/assetto multiorganizzativi in cui il coordinamento e l'integrazione - in relazione al bisogno di salute, alla complessità ed alla prossimità geografica - avviene ai diversi livelli: aziendale, interaziendale, provinciale, di Area Vasta, Regionale. L'obiettivo è di affrontare problemi di salute che non possono essere affrontati, o non possono esserlo con facilità, dalle singole organizzazioni.
- **Le aree:** come approccio al paziente che vede la cura non più organizzata verticalmente sulle specialità cliniche e sulle peculiarità delle singole unità operative, ma che ruota attorno alla persona ed alle sue esigenze assistenziali, a cui rispondere attraverso processi di cura e di assistenza orizzontali, modulari e flessibili e strumenti clinico-organizzativi.

5.1 Percorsi

Obiettivo strategico della Direzione è la costante promozione dello sviluppo armonico delle iniziative in tema di Governo Clinico, privilegiando, seppur non in maniera esclusiva, tra i diversi strumenti, quello dei PDTA. Soprattutto, ma non solo, per le attività riguardanti le più diffuse patologie cronico-degenerative, l'attenzione è rivolta alla messa a punto di strumenti organizzativi innovativi, con particolare riferimento ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) integrati nella rete provinciale e regionale, fondati sulla valorizzazione delle competenze, sull'approccio multidisciplinare al paziente e sui contributi delle diverse figure professionali che operano in azienda al fine di garantire appropriatezza, sicurezza, continuità e qualità delle cure.

La volontà è quella di offrire percorsi di cura che siano omogenei, partendo dal primo momento in cui il paziente prende contatto con le strutture del sistema sanitario e proseguendo lungo tutto il sentiero tracciato dall'inquadramento diagnostico e le successive scelte terapeutiche. Solo portando ad un più alto grado di strutturazione quelle interconnessioni tangibili o intangibili che vengono naturalmente a crearsi fra professionalità affini, si potrà assicurare un'impostazione

all'interno della quale sarà il mondo sanitario nelle sue molteplici manifestazioni e strumenti ad adattarsi alle esigenze del paziente, modulandosi in base alle specificità personali e accompagnando secondo modalità ben delineate la persona, che non dovrà più in tale modo andare alla ricerca autonoma del soddisfacimento delle proprie necessità.

A tal fine è stato individuato un gruppo coordinato dalla Direzione Sanitaria-gestione operativa, che vede presenti e integrate le competenze negli ambiti del Governo Clinico, e che si occuperà di tracciare una strategia complessiva ed unitaria nella definizione dei PDTA che per rilevanza clinica e strategica saranno oggetto di definizione e implementazione nel corso del 2018. La selezione dei campi su cui concentrare gli sforzi organizzativi verrà attuata con la collaborazione e l'avvallo del Collegio di Direzione, organo aziendale in cui si estrinseca il valore degli aspetti di Clinical Governance.

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

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

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

6. Qualità e accreditamento

6.1 L'approvazione dei nuovi requisiti generali regionali di Accreditamento

Attraverso la DGR 1430 del 4 dicembre 2017 “Approvazione dei requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'Accreditamento delle strutture sanitarie” sono stati approvati i nuovi requisiti generali di Accreditamento ed a far data dal 31 luglio 2018 prenderà avvio la nuova pianificazione regionale per lo svolgimento delle verifiche ispettive presso le strutture sanitarie.

In questa cornice l'Azienda, coerentemente a quanto già definito attraverso il “Piano aziendale di adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento” approvato lo scorso 29 dicembre 2017, come da specifico obiettivo regionale da DGR 830/2017 “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2017”, mette in campo tutte le azioni necessarie con il coinvolgimento delle articolazioni organizzative, in un contesto generale che si intreccia con il progetto sperimentale di integrazione Policlinico-Ospedale Civile di Baggiovara, che ha preso avvio il 1 gennaio 2017.

6.2 Lo sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale

Il Sistema Qualità rappresenta il livello organizzativo di base aziendale e dipartimentale, che rende possibile l'agire coordinato per l'esercizio del governo clinico.

Certamente i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali rappresentano oltre che un aspetto importante nell'esercizio del governo clinico aziendale, anche un punto centrale a cui si riferisce il nuovo modello di accreditamento regionale, assieme ad aspetti legati al tema delle clinical competence, del monitoraggio degli indicatori di performance (a partire dagli indicatori previsti nei profili regionali di riferimento: InsidER, SIVER, PdP, correlati ai profili PNE e Bersaglio), della verifica periodica dei risultati (attraverso il Riesame della Direzione ed audit clinico), della valutazione del parere dei pazienti, delle clinical competence, del mantenimento dei requisiti generali e specifici (organizzativi, tecnologici e strutturali) previsti in tema di accreditamento ed, in ultima analisi, dello sviluppo e consolidamento del Sistema Qualità Aziendale nel suo complesso.

6.3 Gli obiettivi annuali in tema di Qualità ed Accreditamento

Sarà pertanto centrale nel corso del 2018 il conseguimento di obiettivi orientati a sviluppo e rafforzamento del Sistema Qualità Aziendale in vista dei prossimi procedimenti di rinnovo dell'accREDITamento, con particolare riferimento a:

- Monitoraggio dell'adesione ai requisiti previsti per l'accREDITamento istituzionale (requisiti generali da DGR 1430/2017 e specifici da DGR 327/2004 e succ.) attraverso lo svolgimento di verifiche in autovalutazione o sul campo
- Svolgimento di momenti periodici di verifica dei risultati relativi alla qualità dell'assistenza anche tramite indicatori specifici a partire da quelli previsti nei profili regionali di riferimento: InsidER, SIVER, PdP, correlati ai profili PNE e Bersaglio
- Discussione dei casi clinici significativi attraverso lo svolgimento di SEA_Significant Event Audit
- Monitoraggio della qualità assistenziale e/o organizzativa dei PDTA attraverso svolgimento di attività di audit clinico

- Monitoraggio sulle azioni correttive derivanti da attività di audit clinico e SEA_Significant Event Audit o verifica ispettiva, al fine di favorire il loro completamento nei tempi prestabiliti
- Aggiornamento dello stato di addestramento degli operatori sulla base dei criteri di clinical competence approvati da ciascuna direzione
- Svolgimento di indagine di customer satisfaction

7. Obiettivi qualificanti

Gli obiettivi qualitativi sono relativi alla componente assistenziale ed organizzativa.

L'acquisizione, nell'ambito della sperimentazione gestionale, della gestione dell'Ospedale Civile Estense di Baggiovara da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico ha di fatto dato inizio ad una fase operativa, finalizzata a realizzare gli obiettivi esplicitati nei documenti programmatici da questa previsti.

Gli ambiti di riferimento su cui attivare la progettualità che permetterà di finalizzare i target individuati sono diversi: si deve considerare infatti che la mission dell'azienda si connota per una duplice natura. Se da un lato si prefigge di perseguire la fondamentale funzione di nodo della rete ospedaliera provinciale, dall'altro al contempo deve necessariamente sviluppare il proprio ruolo di polo clinico, assistenziale, scientifico e formativo all'interno del contesto regionale e nazionale.

Le direttrici di azione più importanti risultano pertanto essere quelle relative al rafforzamento dell'integrazione clinica e organizzativa interna, all'attivazione di modelli organizzativi innovativi e infine alla concreta partecipazione alla costruzione dei network interaziendali, senza dimenticare l'aspetto di eccellenza e innovazione tecnica e tecnologica.

7.1 Progetti di Integrazione Policlinico-Ocsae

Per la declinazione pratica delle linee di indirizzo individuate per la sperimentazione gestionale, divengono essenziali alcune revisioni nella gestione di percorsi e attività, che permettano di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili nei due stabilimenti ospedalieri e favoriscano la sinergia fra i professionisti affini. L'articolazione integrata di percorsi assistenziali si riflette positivamente sul processo di crescita professionale del personale coinvolto, ed esita in una efficiente ed efficace erogazione di prestazioni assistenziali strutturate sulla base delle risorse e delle competenze specifiche presenti.

Team

Nel corso del 2018 si continueranno i percorsi avviati nel precedente anno per creare team professionali composti da specialisti dei due stabilimenti. Si ricordano fra i principali ambiti di integrazione delle attività quello dell'**emodinamica**, con l'avvenuta centralizzazione, della **radiologia interventistica**, l'integrazione fra le equipe dedicate alle prestazioni di **endoscopia digestiva** e quella dedicata alla **cardiologia riabilitativa**. Sarà prioritario ottimizzare l'attività dei team individuati in ambito **endocrino-metabolico** (Endocrinologia, Diabetologia ospedaliera, Nutrizione clinica, Malattie del metabolismo lipidico e Malattie Metaboliche rare) e sviluppare integrazione fra gli specialisti di **chirurgia vascolare e radiologia interventistica**.

Verranno anche portate avanti le progettazioni dei Team in ambito chirurgico: quelli costituiti dagli specialisti ortopedici, chirurghi della mano e riabilitatori nel contesto del progetto di centro di alta specialità per il trattamento delle patologie a carico dell'**arto superiore**; il team per la chirurgia **proctologica**, nonché per gli interventi a bassa diffusione ed alta specificità quali quelli sul **pancreas**. In aggiunta nell'ambito degli interventi di **ernioplastica** si lavorerà per attuare una riorganizzazione delle attività con la costituzione di una lista unica aziendale e la concentrazione dell'attività chirurgica in un unico stabilimento, con una attribuzione delle sedute ai professionisti di entrambe le equipe chirurgiche.

Anche per quanto riguarda l'ambito dei laboratori ci si impegnerà per definire team col coinvolgimento di professionisti di più strutture ed equipe (team **Diagnostica cito-istomorfologica delle patologie ematologiche**), che vadano ad agire su piattaforme comuni nell'espletamento delle attività assistenziali e di ricerca.

Aree

Per fornire una risposta modulata in base alle esigenze e alle dimensioni prevalenti dei **bisogni dei pazienti** si sono individuate quattro Aree Mediche (più una quinta Area costituita dal Pronto Soccorso, quindi dall'accesso che per la parte preponderante dei pazienti trattati dalle Medicine si fa carico di indirizzare e gestire il *patient flow* interno):

- AREA 1 – Area Pronto Soccorso, OBI e Medicina d'Urgenza
- AREA 2 – Area Medicina Interna e Area Critica
- AREA 3 – Area Medicina Interna Generale
- AREA 4 – Area Medicine Specialistiche
- AREA 5 – Area Medicine Post-Acuzie e riabilitativa

Le Aree sono state impostate prevalentemente in base ad un'omogeneità di carattere **organizzativo** e funzionale. La presentazione dei pazienti, inevitabilmente eterogenea dal punto di vista clinico, viene quindi ricondotta ad una visione in cui si accomunano diverse anime cliniche in base alle necessità organizzativo/assistenziali.

Sono stati individuati Responsabili di Area: facilitatori, con funzioni a progetto di carattere temporaneo, a cui vengono assegnati obiettivi specifici validati dal Collegio di Direzione nell'ambito dell'attuazione del progetto riorganizzativo. Lo scopo principale è ricoprire un ruolo nella diffusione degli strumenti di Area, nella facilitazione del loro utilizzo e nel monitoraggio circa la loro applicazione all'interno dell'Area.

Nel raggiungimento degli obiettivi è necessaria una **sintonia con i Direttori di Dipartimento** e con gli obiettivi a loro assegnati nell'ambito della programmazione aziendale (budget). Il Direttore di Dipartimento sarà l'interprete delle necessità ed esigenze espresse dai direttori delle strutture che insistono nell'Area rispetto all'obiettivo specifico. I responsabili di Area si confrontano tramite interazione con i Direttori di Dipartimento con i Direttori delle strutture che insistono sulla stessa, attraverso modalità ritenute funzionali in base alle specificità dell'Area.

7.2 Obiettivi di Rete

Nel panorama della Sanità provinciale, l'Ospedale si propone alla visione del cittadino come un luogo in cui vengono concentrate tecnologie, competenze, *know how* specialistici e livelli di tecnologia elevati. Parallelamente alla concentrazione di tale tipologie di risorse, materiali ed umane, l'impostazione del sistema sanitario vede sempre più affermarsi una gestione del processo di cura dell'individuo nella quale all'interno del setting ospedaliero viene presa in carico quella che è la fase di acuzie della manifestazione patologica. I pazienti devono ricorrere all'accesso ospedaliero secondo logiche di trattamenti che si configurino limitati nel tempo così come lo sono nello spazio, con un'organizzazione che mette a disposizione tutte le risorse necessarie per dare risposta ai bisogni manifestati, che siano di carattere mono o pluri-patologico, d'ambito internistico generale propriamente detto o di disciplina specialistica.

L'accompagnare la persona lungo il percorso di diagnosi e di trattamento deve essere un obiettivo agito in modo sinergico e integrato dalle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria, che devono congiuntamente predisporre i propri sforzi organizzativi e clinici per raggiungere l'implementazione di percorsi che vedano l'effettuazione del giusto trattamento, offerto al giusto paziente nel luogo più adatto ed appropriato.

Di pari passo quindi agli interventi messi in campo per una riorganizzazione di quello che è l'approccio territoriale dell'assistenza, che vede sempre più rafforzarsi l'impegno per gestire le

problematiche dei cittadini in contesti di prossimità rispetto alla residenza o di trattamenti domiciliari, non si può prescindere dal costante sviluppo anche di revisioni dinamiche dell'impostazione della rete ospedaliera. Partendo proprio dal concetto che il termine "rete" sottende, ovvero un approccio condiviso da tutti gli attori dell'assistenza sanitaria che veda i potenziali di erogazione distribuirsi o concentrarsi fra le maglie di un'offerta in cui le interazioni fra i centri erogativi vengano sempre meglio strutturate. L'impegno per il raggiungimento di una maggior integrazione nel sistema, che veda ogni punto e snodo del panorama provinciale ricoprire il proprio ruolo come centro incardinato nella visione generale, deve servire per far sì che i percorsi divengano definiti e facilmente accessibili nella loro estrinsecazione. Una visione nella quale si realizzi un meccanismo di organizzazione a rete improntata al concetto dell'Hub and Spoke per le tipologie di patologie che più ne traggono vantaggi (es. patologie tempo-dipendenti, malattie rare, casistica ad alta complessità), ma che al tempo stesso sia in grado di sviluppare e rafforzare tipologie di rete più distribuite, in cui le competenze agiscono tramite direttrici individuate per realizzare un'offerta completa. In tale sistema si pongono i presupposti necessari affinché si compia una distribuzione omogenea di potenzialità, che permetta l'erogazione in ogni punto della rete di prestazioni che corrispondono per qualità e caratteristiche a quelle della rete nella sua interezza.

I punti di erogazione di assistenza dovranno quindi sempre più essere interconnessi da legami definiti e facilmente accessibili, individuando i tratti di percorso lungo i quali si avranno gli spostamenti degli utenti secondo modalità concordate ed efficaci. A questa impostazione devono affiancarsi anche modalità innovative di gestione dell'assistenza, quali quelle costituite dalla formazione di Team professionali. La strutturazione di gruppi di professionisti dedicati alla medesima disciplina o a discipline affini, nella quale si oltrepassi la semplice appartenenza gerarchica verticale per proiettarsi in una visione che veda sempre più agire le competenze secondo dinamiche di contaminazione orizzontale, permetterà di realizzare appieno la centralità del paziente, in un sistema in cui saranno le competenze a muoversi e non più il singolo utente a ricercarle.

In tale ottica divengono strategiche le collaborazioni fra gli specialisti dell'Azienda territoriale e Ospedaliera, nonché il costante raccordo con gli altri attori del contesto sanitario provinciale. È nella volontà condivisa di assicurare la presenza delle competenze necessarie per una presa in carico completa e tempestiva che affonda radici l'attuale organizzazione provinciale, che vede i professionisti dell'Azienda Ospedaliera agire secondo rapporti convenzionali in sedi erogative costituite da stabilimenti ospedalieri della provincia o da altri setting assistenziali, quali la Casa della Salute/ Ospedale di Comunità

Il principio che guida la strutturazione di un'offerta diffusa sul territorio è quello di tenere sì in considerazione le caratteristiche strutturali-tecnologico-impianistiche proprie di una piattaforma erogativa, ma anche e ancor di più la clinical competence dei professionisti che operano nelle specialità presenti nell'Ospedale. Nel primo caso la definizione del ruolo è intrinseca alla struttura, e solo all'interno della stessa può essere esercitata, mentre nella visione fondata sulla diffusione della competenza la definizione diviene flessibile, legata alle equipe professionali e può essere esercitata potenzialmente in ogni punto della rete, qualora le caratteristiche delle strutture periferiche ne permettano l'esecuzione. Saranno poi questi gruppi di professionisti, strutturati in modo definito, che agiranno da facilitatori per l'ulteriore sviluppo e potenziamento dei percorsi diagnostico-terapeutici. I team professionali dunque nascono con l'intento esplicito di travalicare i confini canonici della propria realtà scientifica e lavorativa, andando ad ampliarli e a costruire nuove connessioni e contaminazioni culturali. Solo basando la strutturazione organizzativa sulle pietre miliari di confronto e integrazione costanti si può tendere a farle divenire la chiave di lettura dell'agire quotidiano e della programmazione per il futuro, a superamento di competitività e auto-referenzialità. In tale impostazione dunque le interazioni professionali divengono portatrici di un

plus valore per tutto il sistema: favorendo e facilitando un maggior scambio di esperienze e approcci si fortificherà una dinamica di integrazione, strategica per il raggiungimento di obiettivi comuni nello svolgimento delle attività assistenziali.

Le principali reti di professionisti attive sul territorio provinciale sono:

- **Otorinolaringoiatria** (connessioni professionali strutturate con le equipe di Carpi e di Sassuolo)
- **Broncoscopia** (il gruppo integrato AOU-AUSL opera su Mirandola, Policlinico, Carpi)
- **Nefrologia e dialisi** (revisione organizzativa, comprendente la definizione di una piattaforma per gli Accessi Vascolari di secondo livello)

Nel corso del 2018 si porterà a compimento la revisione in corso per quanto riguarda l'organizzazione dell'offerta di Endoscopia digestiva e verrà confermata e definita la Rete Aritmologica per la centralizzazione delle procedure maggiori.

Verrà inoltre garantita la collaborazione con l'Azienda territoriale negli ambiti di gestione delle cronicità (partecipazione al gruppo provinciale sullo scompenso cardiaco, implementazione delle procedure e percorsi per la gestione integrata ospedale-territorio per pazienti diabetici), di specifici percorsi per categorie di pazienti particolarmente fragili (presa in carico precoce del paziente con piede diabetico, progetti di gestione delle dimissioni protette di pazienti cronici-fragili, implementazione della rete locale di Cure Palliative, rete GRACER, percorsi specifici per pazienti con SLA e sclerosi multipla) e su altri progetti individuati nel corso dell'anno.

Si continueranno inoltre a fornire prestazioni in ambito provinciale quali a titolo di esempio quelle di Chirurgia Plastica (i professionisti del Policlinico svolgono attività anche presso le sedi di Carpi e Sassuolo), Neuroradiologia (gli specialisti dell'Ospedale Civile Estense svolgono prestazioni nelle sedi di Carpi e di Mirandola), Dermatologia (attività presso la Casa della Salute di Castelfranco Emilia), Malattie infettive (stewardship antibiotica effettuata dagli infettivologi presso l'Ospedale di Sassuolo).

7.3 Week Surgery e Piattaforme produttive

Nel secondo semestre del 2017 è stata attivata, presso l'Ospedale Civile di Baggiovara, un'area di Week Surgery, ovvero letti chirurgici di degenza ordinaria attivi dal lunedì al venerdì, destinati al ricovero di pazienti operati. Tale area è presente al Policlinico di Modena dal 2016 ed è utilizzata da diverse Unità Operative di area chirurgica. La pianificazione della occupazione dei letti è coerente con le sedute operatorie attribuite e alla complessità della casistica, consentendo una flessibilità della assegnazione delle risorse. Tale modello organizzativo andrà ulteriormente sviluppato presso l'ospedale Civile con l'assegnazione dei letti alle specialità chirurgiche del Policlinico che operano a Baggiovara, con particolare riferimento alla tecnologia robotica.

In riferimento all'Ospedale Civile, un miglioramento di efficienza produttiva potrà verificarsi anche tramite l'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie, sia spostando attività dal Blocco Operatorio principale alla Day Surgery, sia prevedendo l'estensione della fascia oraria di apertura della stessa in coerenza ai progetti in via di sviluppo per il 2018.

Riveste particolare importanza la presenza alle riunioni settimanali di pianificazione (lunedì a Baggiovara, martedì al Policlinico) dei professionisti delle UUOO referenti per le liste di attesa, assieme ad anestesisti di sala e terapia intensiva, bed manager, per consentire un confronto strutturato delle problematiche ed una programmazione efficiente delle attività, compresa la gestione puntuale di eventuali criticità o urgenze emergenti.

In merito alla piattaforma ambulatoriale, come già nel 2017, continuerà nel 2018 la riorganizzazione delle attività sia in coerenza a quanto previsto dalla committenza, sia nell'ottica di miglioramento dei servizi ai cittadini e pazienti, prevedendo attivazioni di ambulatori di professionisti del Policlinico presso l'Ospedale di Baggiovara con l'obiettivo di garantire le consulenze ai ricoverati e Pronto Soccorso.

Ulteriore area di sviluppo innovativo ad alta valenza tecnologica è rappresentata dal Laboratorio di Genomica e Biologia Molecolare, che consentirà una migliore integrazione delle funzioni diagnostiche di diverse strutture del Policlinico (Anatomia Patologica, Ematologia, Oncologia, Terapie mirate in Onco-Ematologia e Osteo-oncologia), a supporto della attività assistenziale specifica.

7.4 Prevenzione Corruzione e Trasparenza

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 nel 2017 un percorso interno, coordinato dall'OAS, finalizzato all'implementazione operativa di tale obiettivo regionale. In data 14 febbraio 2017 si è svolto l'incontro inaugurale del percorso "OIV-OAS: monitorare la performance delle Aziende Sanitarie in Emilia-Romagna". Tale iniziativa, per la quale è stato attivato un percorso regionale di Formazione sul Campo, ha beneficiato, in questa prima giornata collegiale, della presenza presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena dell'Organismo Indipendente di Valutazione regionale (OIV SSR).

Finalità del percorso 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)

Alla luce di quanto concordato durante l'incontro inaugurale del percorso e sulla base delle valutazioni in itinere condotte nel corso dei conseguenti incontri OAS effettuati in corso d'anno, la sperimentazione ha avuto esito concreto su due distinti livelli:

- 1. Congruenza fra gli impegni definiti nel PTPC 2017-2019 e Piano della Performance 2016-2018 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena**

Il PdP 2016-2018 prevede un esplicito riferimento alla tematica nell'ambito del paragrafo "4.2.4. Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza", inserita nella "Dimensione di Performance dei Processi Interni".

In tale contesto si richiama la presenza delle attività messe in atto dall'AOU di Modena.

La fase di monitoraggio, espletata in corso d'anno con ricorso al documento "Relazione sulla Performance" concentra il focus sui tre indicatori individuati e misurati attraverso il sistema di valutazione regionale SIVER:

- % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER;
- % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta.

2. Congruenza fra le misure di prevenzione delle corruzione/trasparenza ed obiettivi di budget

Il 2017 ha visto l'introduzione all'interno delle schede di budget, sia per quel che concerne l'area sanitaria che con riferimento all'area amministrativa, dell'area specifica "Trasparenza e Anticorruzione". In tale area trovano declinazioni gli indicatori individuati al fine di sensibilizzare operativamente i professionisti aziendali sui temi del "contrasto della corruzione e promozione della trasparenza", così come contenuti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC).

Nel corso del 2018 l'intenzione aziendale è quella di rafforzare ulteriormente il legame instaurato fra PdP, Budget e PTPC, prevedendo una sezione dedicata in ogni scheda di budget delle strutture coinvolte. In continuità con quanto stabilito nel Piano della Performance 2017-2019 (PdP), il processo di budget 2017 riceverà un set trasversale di indicatori previsti nel Piano Trasparenza e Prevenzione Corruzione (PTPC). Tali indici, pur senza prevedere un diretto meccanismo incentivante correlato, verranno calati in capo alle singole strutture aziendali, per sensibilizzare gli operatori sul tema ed adempiere alla normativa regionale che prevede il monitoraggio delle ricadute del PTPC sul PdP.

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. Gli effetti del sisma sono ancora ben evidenti. All'attività di consolidamento si affianca quella di sviluppo. Nel paragrafo seguente sono descritte le attività che, nell'anno 2018, verranno effettuate sul patrimonio immobiliare. Completa il panorama sugli investimenti quello nell'area delle tecnologie informatiche per l'anno 2018.

8.1 Capitale Umano

La sperimentazione gestionale per la gestione unica tra la AUSL di Modena “Nuovo Ospedale Civile Sant’Agostino Estense” di Baggiovara e l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena nel corso del 2017 ha comportato lo sviluppo di nuovi assetti organizzativi con riferimento ai diversi ruoli di responsabilità preposti al governo del Personale. L’integrazione tra i due ospedali cittadini ha comportato, inoltre, la necessità di omogeneizzare gli istituti normativi e contrattuali e le relative procedure applicate al personale (es. malattie, permessi, congedi, etc.). In particolare nel 2017:

- è stata predisposta la bozza di Regolamento sull’orario di lavoro che disciplinando istituti come lo straordinario, le pronte disponibilità e i recuperi orari, pone regole comuni per tutto il personale operante nell’Azienda;
- è stata soppressa la Commissione per il rischio radiologico ed istituito l’Organismo preposto alla valutazione del rischio radiologico che ha elaborato nuove regole comuni per l’attribuzione dei benefici contrattuali in caso di radioesposizione;
- in materia di prevenzione della corruzione è stato predisposto il Regolamento per l’attività di informazione scientifica del farmaco.

8.2 Investimenti nell’area ICT e tecnologie biomediche

L’anno 2017 è caratterizzato dal forte impegno sulla convergenza tra i sistemi informativi e tecnologici in utilizzo al Policlinico e quelli in uso al Ospedale Civile di Baggiovara (OCB).

In particolare:

- si è giunti ad una ampia condivisione del repository aziendale al fine di poter arricchire i dossier paziente con i contributi di entrambi i presidi ospedalieri;
- è stato ampliato l’utilizzo del Gestore Richieste, già in uso a Baggiovara ed utilizzato fino al 2016 in Policlinico solo per gli esami di laboratorio, al fine di renderlo utilizzabile anche per la richiesta di consulenze specialistiche. Nel 2018 è prevista l’estensione dell’uso anche per le richieste di indagini radiologiche;
- è stato condiviso tra i due presidi il sistema informatizzato di raccolta del consenso informato al trattamento dei dati sanitari, con particolare riferimento al dossier paziente.
- È stato introdotto in entrambi i presidi ospedalieri il medesimo SW per la gestione della Check list di sicurezza in sala operatoria, medesimo SW per la gestione di Farmaci e DM, medesimo SW per la gestione delle casse Ticket.

Nel corso del 2018 vengono a compimento alcune importanti sostituzioni di tecnologie finalizzate ad ammodernare il parco tecnologico delle grandi diagnostiche:

- Aggiornamento RMN 1.5 del Policlinico;
- CT-PET del Policlinico e completamento della radio farmacia;
- Nuovo acceleratore lineare con gara IntercentER;
- Nuove RMN da 1.5T e 3.0T dell'OCB;
- TAC di Pronto Soccorso dell'OCB.

Per quanto riguarda l'OCB è previsto il rinnovo del monitoraggio delle sale operatorie e della TIPO e la realizzazione della Sala Ibrida multidisciplinare integrata nel comparto operatorio.

Saranno portati a compimento anche i programmi di rinnovo di alcune tecnologie di base di entrambi gli ospedali: ecografi, letti di degenza, etc.

Nel corso del 2018 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.

Nel 2018 sono previste alcune importanti realizzazioni o perfezionamenti di progetti già iniziati. 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.

Sarà necessaria una stretta collaborazione tra ICT e ingegneria clinica per realizzare e portare a termine i progetti di cui sopra così come per sviluppare altre importanti aree progettuali per il 2018:

- Cartella nefrologica e di dialisi;
- Ammodernamento sistema Anatomia Patologica e interfaccia con altri applicativi;
- Impletazione di endox (sistema imaging endoscopico) ed estensione alla broncoscopia.

Tra gli obiettivi 2018 nel campo ICT la priorità è data alla nuova 'dorsale interoperabile' ovvero il nuovo sistema di comunicazione tra i diversi applicativi aziendali che consentirà di ridurre i tempi e i costi di interfacciamento dei diversi applicativi aziendali tra di loro, introducendo per ognuno di essi un solo interfacciamento proprio con la 'dorsale'

A ruota di questa, proprio per minimizzare i tempi ed i costi di introduzione, verranno le installazioni di nuovi applicativi, quali l'estensione all'OCB del SW di PS presente in OP.

Nel corso del 2018 è prevista l'introduzione del nuovo SW regionale per il Servizio Trasfusionale, mentre nel mese di gennaio 2018 è divenuto operativo il nuovo SW regionale per la gestione delle risorse umane (GRU).

Sempre nel corso del 2018 diverrà operativo un tool di analisi semantica applicato ai referti ambulatoriali che permetterà di ridurre le non conformità tra prescrizione ed effettiva erogazione

nella prestazione ambulatoriale, con l'obiettivo di semplificare e ridurre i contenziosi in materia di esenzioni e pagamento ticket.

Nel corso del 2018, in funzione dell'avanzamento della realizzazione della 'Dorsale Interoperabile' verranno avviati i progetti per l'introduzione di un ADT unico nei due presidi ospedalieri e di un sistema di cartella clinica elettronica che contempli anche un nuovo sistema di prescrizione e somministrazione informatizzata delle terapie farmacologiche.

Saranno da implementare le consegne dei referti a SOLE e al FSE (sono già attivi gli esami radiologici, con la possibilità di scaricare le immagini diagnostiche correlate, e di laboratorio).

Anche la verifica della qualità del dato registrato nelle attività ambulatoriali, nel registro operatorio, nelle grandi diagnostiche, dalla prescrizione alla prenotazione all'erogazione, continuerà ad essere uno dei maggiori obiettivi per il 2018.

A supporto del piano di sviluppo sopra elencato è previsto un piano di investimenti per il 2018 (in parte previsto in approvazione a gennaio 2018 con anche una parte a carico del bilancio aziendale).

8.3 Grandi investimenti edili e strutturali

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

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

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

Di seguito si riporta l'elenco degli interventi già programmati e finanziati dal Programma Opere Pubbliche Piano Annuale 2013-2014 e vengono indicate le attività previste per l'anno 2018:

Riferimento intervento	Denominazione appalto
Intervento nr 449 Corpo G	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione
Intervento nr 450 Corpo E	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione
Intervento nr 451 Corpo C	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione
Intervento nr 453 Corpo H-D1	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione
Intervento nr 455 Corpo D	Appalto 5 Lotti funzionali in corso di esecuzione
Intervento nr 454 Materno Infantile	Nuovo Materno Infantile progettazione in corso di ultimazione e nel 2018 è prevista l'indizione della gara d'appalto per i lavori.

Gli interventi in corso d'esecuzione sopraportati ad eccezione quindi del materno infantile, è previsto abbiano conclusione entro il corrente anno (2018).

E' prevista per il quinto piano del corpo G la realizzazione delle finiture a "Laboratorio malattie rare" in collaborazione con Unimore. E' previsto il completamento del progetto di miglioramento sismico al 60% dei corpi C, D, E, G, H, nel corso del 2018 è prevista l'indizione della gara d'appalto per le strutture.

Sono in corso attività progettuali per il miglioramento sismico della palazzina del Circolo, danneggiata durante i sismi del 2012: si auspica di terminare gli interventi previsti entro il 2018.

A quanto sopra si aggiunge:

- Policlinico – Sono stati ottenuti finanziamenti nell'ambito del Programma straordinario di investimenti in sanità, ex art. 20 L. 67/88 IV Fase, 2° stralcio –ADDENDUM per:
 - Intervento «Nuova struttura integrata interaziendale di Senologia clinica e screening mammografico»;
 - Manutenzione straordinaria di impianti elevatori, comprendente il rinforzo degli staffaggi delle guide contrappeso;
 - Sostituzione di un gruppo frigo per il periodo estivo, nella Centrale Frigo del Policlinico.

Si prevede che nel corso del 2018, non appena terminato l'iter Regionale/Statale per l'erogazione del finanziamento, i lavori abbiano inizio.

- Sono stati ottenuti finanziamenti di cui alla delibera CIPE n16/2013 per adeguamento alla normativa antincendio sui corpi di fabbrica del policlinico e del poliambulatorio, nel corso dell'anno saranno avviati gli interventi.
- Sono previsti altri interventi manutentivi in entrambi gli ospedali, 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. Policlinico – Ottimizzazione della centrale frigo, comprendente anche la sostituzione di un gruppo frigo per il periodo invernale e backup estivo.
- A fine 2017 inizi 2018 è stato terminato l'iter amministrativo di autorizzazione al volo notturno dell'elisuperficie del Policlinico a seguito dei necessari interventi di adeguamento impiantistico.
- Policlinico – Prosecuzione delle opere accessorie per l'efficientamento del teleriscaldamento e teleraffrescamento.
- Policlinico – Ristrutturazione di edificio per realizzazione terminale attrezzato per produzione pasti (Edificio J1 – ex officina).
- Ospedale Civile Baggiovara – Installazione di nuovo Gruppo Frigorifero ad assorbimento e integrazione Torri Evaporative.
- Ospedale Civile Baggiovara – Rifacimento impianto idrico distribuzione Acqua calda sanitaria e acqua fredda sanitaria.
- Ospedale Civile Baggiovara – Sala Ibrida.

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 quello di integrare queste tre funzioni che pertanto risultano possedere la stessa rilevanza istituzionale.

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 e la cultura sulla 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.

Il programma di mandato della X legislatura, gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e il documento di programmazione Aziendale evidenziano la centralità della formazione ed il suo forte legame con la ricerca:

- **6.2.7 La qualità del capitale umano. Il miglioramento continuo nella qualità del capitale umano**, rappresentato dagli operatori del Servizio Sanitario regionale deve costituire la sfida cruciale di lungo periodo, al di là dei vincoli posti dalla ricerca delle necessarie compatibilità economico finanziarie del sistema. Lo sviluppo del capitale umano richiede una rinnovata collaborazione con gli Atenei della regione per una più intensa e diffusa integrazione tra le funzioni assistenziali e quelle di ricerca e di alta formazione, anche oltre il riferimento costituito dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie.[...] In particolare, per sostenere il cambiamento organizzativo in corso, si dovrà definire un nuovo Protocollo d'Intesa in grado di accogliere gli elementi di innovazione derivanti dai nuovi assetti per l'organizzazione della formazione e della ricerca di interesse per il Servizio sanitario Regionale. (X legislatura)
- **punto 1.6 “Attività di ricerca”**. “Implementazione dell'attività di ricerca” incoraggiando e valorizzando la partecipazione degli operatori ad attività di ricerca integrate con l'attività clinica e rendendo l'Azienda un contesto il più possibile favorevole alla conduzione di sperimentazioni cliniche di buona qualità (mandato della Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
- **2.7 Valorizzazione del capitale umano**. L'azienda dovrà:
 - integrare la Ricerca e la Formazione come parte della sua missione istituzionale;
 - avviare azioni tese al miglioramento complessivo dell'offerta formativa ECM, anche a livello di area vasta, con riguardo a tutti i professionisti sanitari interessati;
 - progettare percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

Pur trattandosi di indicazioni di carattere generale, si ritiene che questi principi di fondo possano utilmente indirizzare il **piano** delle azioni aziendali ed il processo di budget per l'esercizio 2018.

Si indicano per punti alcune raccomandazioni utili:

Favorire la formazione obbligatoria e Formazione alla Ricerca

Di seguito al progetto di gestione unica OCSAE Policlinico che ha determinato, dal 1/1/2017, l'aumento della popolazione aziendale di 1258 unità, diventa indispensabile implementare l'attività formativa soprattutto in riferimento alla formazione sulla sicurezza degli operatori e dei pazienti, è opportuno censire e conseguire un livello di formazione omogeneo.

Si ritiene, pertanto, che la formazione sull'area specifica meriti un potenziamento considerando anche che concorre, assieme alle altre iniziative formative progettate e proposte, allo sviluppo del

potenziale umano dell'azienda che rimane al centro delle politiche del personale perseguite sia a livello regionale sia a livello provinciale.

Altro tema che merita attenzione è quello relativo alla formazione alla ricerca; attraverso l'ideazione e la programmazione di un Piano di formazione alla Ricerca triennale, sarà possibile incoraggiare e valorizzare la partecipazione degli operatori ad attività di ricerca integrate con l'attività clinica rendendo così l'Azienda un contesto il più possibile favorevole alla conduzione di sperimentazioni cliniche di buona qualità. La progettazione di percorsi ed esperienze formative sia residenziali che sul campo innovative, avanzate e specialistiche saranno a supporto dei cambiamenti organizzativi e gestionali introdotti. Per l'anno 2018, fra l'altro, è prevista l'implementazione di un percorso di accreditamento specifico di Formazione sul Campo (FCS) dal titolo "diamo crediti alla ricerca" rivolto alle attività di ricerca no profit che rappresenta un percorso specifico che interseca le due aree del Servizio, Formazione e Ricerca, che fra i suoi obiettivi ha quello di garantire un sistema coerente, di qualità e di supporto strategico alla Direzione aziendale.

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

Tali percorsi in sintonia con quanto descritto nell'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 andranno a costituire il Dossier Formativo, da considerarsi come "strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (equipe o network professionale)". Ad integrazione di questo punto si ritiene utile ribadire quanto stabilito dall'atto aziendale recentemente aggiornato:

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

Implementare l'integrazione fra i professionisti dei due istituti ospedalieri (Policlinico e Civile) e gestire il cambiamento

L'avvio del nuovo modello di gestione unica OCSAE – Policlinico in capo alla AOU ha comportato la ridefinizione dell'assetto organizzativo fra le due strutture erogatrici dell'AOU (Policlinico e OCSAE), assetto che deve tener conto della coerenza con il più generale riordino dell'intera rete ospedaliera provinciale, nel rispetto degli indirizzi emanati dall' Organismo di Indirizzo e Verifica, in coerenza al progetto approvato dalla Regione Emilia-Romagna. Attraverso l'analisi organizzativa, la condivisione dei regolamenti, delle procedure e delle modalità operative si favorirà la gestione del cambiamento organizzativo della rete ospedaliera e l'integrazione fra i professionisti dei due istituti ospedalieri.

Incoraggiare e valorizzare l'attività di ricerca integrata con l'attività clinica:

la valorizzazione e lo sviluppo di una attività di ricerca integrata con la clinica potranno essere realizzati, in particolare, attraverso

- l'attività del Clinical Trial Quality Team (CTQT) il cui obiettivo principale è quello di promuovere e garantire adeguati livelli di qualità delle sperimentazioni *non profit* secondo i principi di Buona Pratica Clinica e supportare i ricercatori nelle fasi di disegno, attivazione, conduzione e conclusione di sperimentazioni non profit;

- l'attività dell'Unità Centrale di Fase I con funzioni di supporto organizzativo e metodologico e compiti di supervisione, monitoraggio, consulenza, formazione e garanzia di qualità delle sperimentazioni cliniche di fase I secondo gli standard internazionali (GCP/ICH- Good Clinical Practice/ International Conference on Harmonization).

Rendere l'Azienda un contesto il più possibile favorevole alla conduzione di sperimentazioni cliniche di buona qualità

Svolgendo funzioni di supporto metodologico attraverso l'istituzione di una Unità con competenze biostatistiche, informatiche ed epidemiologiche, utile in tutte le fasi del processo di produzione della ricerca clinica, nonché attraverso l'istituzione della Segreteria Centrale del Comitato Etico di Area Vasta Emilia Nord.

Monitorare le attività di ricerca aziendali

In particolare attraverso strumenti efficaci di programmazione, rendicontazione e controllo come ad esempio il Piano delle Attività di Ricerca e Innovazione (PARI) che ha l'obiettivo di realizzare una programmazione e rendicontazione efficace delle attività di ricerca aziendali, nel rispetto degli obiettivi strategici del Servizio sanitario regionale e delle attività di ricerca finanziate dalla Regione, anche al fine di aumentare la capacità di attrazione della nostra Azienda nei confronti di finanziamenti pubblici e privati.

10. Tabella di sintesi degli obiettivi 2018

