

Piano della Performance

2016-2018

Sommario

| | |
|--|----|
| 1. EXECUTIVE SUMMARY..... | 3 |
| 2. PREMESSA..... | 5 |
| 3. IDENTITA' DELL'AZIENDA..... | 6 |
| 3.1 CHI SIAMO E COSA FACCIAMO..... | 6 |
| 3.2 IL CONTESTO..... | 9 |
| 3.3 IL PERSONALE..... | 10 |
| 3.4 LA DIMENSIONE ECONOMICA..... | 11 |
| 3.5 COME OPERIAMO..... | 13 |
| 4. GLI IMPEGNI STRATEGICI E LA DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE..... | 14 |
| 4.1 OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALI..... | 17 |
| 4.2 GLI ORIENTAMENTI STRATEGICI DELLA DIREZIONE..... | 19 |
| 4.3 PROGETTO SPERIMENTALE DI GESTIONE UNICA TRA L'AZIENDA USL DI MODENA "NUOVO OSPEDALE CIVILE SANT'AGOSTINO ESTENSE" DI BAGGIOVARA E L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI MODENA..... | 20 |
| 5. DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE..... | 23 |
| 6. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE..... | 25 |
| 6.1 PERFORMANCE COMPLESSIVA AZIENDALE..... | 26 |
| 6.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE INTERNA..... | 26 |
| 7. INDICATORI DI RISULTATO..... | 29 |
| 7.1 INDICATORI SISTEMA DI VALUTAZIONE SIV-ER PER PP..... | 30 |
| 7.2. RICERCA..... | 35 |
| 7.3. INVESTIMENTI..... | 36 |
| 7.4 ALTRI AMBITI DI INTERESSE AZIENDALE..... | 37 |
| - PERCORSI DEL PAZIENTE..... | 37 |
| - RIORGANIZZAZIONE RETE AMMINISTRATIVA/PUNTI DI ACCESSO /CUP+SAUB..... | 38 |
| - VALORIZZAZIONE DEI RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDERS ESTERNI..... | 39 |
| 8. POLITICHE AZIENDALI IN MATERIA DI TRASPARENZA E INTEGRITÀ..... | 41 |
| 9. PROGETTI STRATEGICI PER IL TRIENNIO 2016-18..... | 43 |

1. EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano della Performance è il documento aziendale che, tramite l'adozione di strumenti per il monitoraggio e la valutazione della Performance aziendale, definisce la programmazione strategica per il prossimo triennio.

Il Piano per l'Azienda 2016-18 dell'AUSL di Modena nasce dall'analisi del contesto provinciale e aziendale, dall'impegno dell'azienda nel rispettare gli obiettivi di programmazione nazionale e regionale e dalla definizione delle linee strategiche aziendali che possano migliorare la capacità realizzativa dell'azienda, sia in termini di comparazione con gli standard nazionali che in termini di creazione di ulteriore valore per il cittadino.

Le dinamiche esterne sono illustrate nei primi capitoli ed evidenziano conferme dei trend segnalati anche a livello nazionale, riguardanti la crescente presenza di malattie croniche a seguito del progressivo invecchiamento della popolazione, la relativa stabilità degli indicatori economici, l'arrestarsi dei flussi di nuovi residenti. Questi andamenti confermano la necessità di spostare l'attenzione dall'ospedale verso altri setting di erogazione delle attività sanitarie, più diffusi e vicini ai bisogni di pazienti e cittadini.

Uno degli obiettivi principali della programmazione delle attività aziendali del prossimo triennio è il progetto di sperimentazione gestionale unica tra il NOCSAE di Baggiovara (AUSL Modena) e l'AOU Policlinico che si avvia nella fase sperimentale dal 1 luglio 2016. Nella stesura delle linee di programmazione pluriennali, data la natura strategica e di forte innovazione delineata dal progetto, si intende continuare nella sua realizzazione e assicurare al territorio provinciale un assetto coerente dell'offerta, per il conseguimento dei vantaggi in termini di qualità, efficienza complessiva e sicurezza, basati su un aumento del livello di integrazione orizzontale con la rete di tutti i servizi provinciali. Una delle leve allo studio per la realizzazione dell'integrazione è lo sviluppo delle piattaforme produttive (insiemi di risorse quali posti letto, sale operatorie, piastre chirurgiche, ambulatori, ecc), che consentiranno un uso interaziendale da definirsi nei prossimi mesi.

Accanto a questo macro obiettivo, sono stati analizzati e sono in via di assegnazione gli obiettivi della programmazione regionale 2016 (DGR 1003/2016), oltre a quelli già assegnati di Budget 2016 derivanti dagli obiettivi di mandato e di programmazione 2015. Si confermano gli obiettivi di attenzione alla sostenibilità economica, al controllo dei tempi di attesa che dal 2016 riguarda anche gli interventi chirurgici programmati, alla creazione di strutture quali Case della Salute, OsCo e hospice, alla continuità assistenziale e ai pazienti fragili e cronici, all'introduzione dei parametri quantitativi e di requisiti per il riordino organizzativo ospedaliero, alla conferma degli obiettivi di promozione della salute, e di prevenzione a cominciare dal tema delle vaccinazioni. Specifici obiettivi riguardano anche i collegamenti tra ospedale, strutture intermedie e territorio attraverso l'attivazione di percorsi integrati che dovranno trovare collocazione nelle Case della Salute.

Orientamenti strategici specifici dell'azienda sono:

- La costruzione di **capitale sociale** verso tutti i portatori di interesse, basata sulla fiducia che l'azione aziendale è in grado di suscitare;
- **l'equità** dei servizi erogati, intesa come la ricerca di condizioni di uguale risposta a uguali bisogni;
- le dimensioni dell'**esperienza** che il cittadino – utente vive durante tutti i momenti di contatto con i servizi erogati dall'Azienda;

- le modalità di **ascolto attivo e di interazione** con i cittadini e gli utenti, sia singoli che associati per la riprogettazione dei processi e dei percorsi;
- la declinazione delle politiche orientate a favorire la prossimità e lo spostamento dall'ospedale verso **strutture intermedie** anche per casistiche complesse.

Per quanto concerne la misurazione delle performance aziendali è stata seguita la linea di confronto con l'insieme di indicatori quantitativi, comuni a tutte le aziende, individuato dalla RER, al fine di garantire la coerenza, la confrontabilità e la trasparenza del sistema di valutazione. Oltre agli indicatori oggetto di valutazione, che evidenziano complessivamente per l'AUSL di Modena un posizionamento molto buono, ve ne sono altri relativi alla misurazione degli "esiti" (PNE), o anche indicatori per il momento "di osservazione". Nel documento si commentano le valutazioni ottenute e si evidenziano quelle che necessitano di miglioramento, in particolare relativamente alla:

- degenza media dei ricoveri acuti chirurgici, che evidenzia una durata mediamente superiore allo standard regionale e
- copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani (>65anni) che evidenzia un posizionamento allineato a quello medio regionale, ma di livello insufficiente rispetto ai target nazionali e alle buone pratiche di prevenzione.

Alcune ulteriori aree di miglioramento sono i costi procapite (assistenza ospedaliera e assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro), l'adesione all'invito allo screening colonrettale, la % di ricoveri in day surgery sui ricoveri LEA chirurgici, la copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini e il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.

Il documento si conclude con una definizione dei progetti strategici per il prossimo triennio, definiti sulla base degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale e all'azienda USL di Modena e dall'analisi degli spunti di miglioramento rilevati dalla valutazione degli indicatori di performance. I progetti individuati, che potranno essere declinati in diverse linee di intervento, sono:

1. Completamento del Progetto di gestione unificata NOCSAE-AOU
2. Miglioramento e controllo dei tempi di attesa
3. Politiche aziendali in un'ottica di Patient Centricity
4. Attivazione rete provinciale su bassa/media complessità per la chirurgia generale
5. PAC Certificazione di Bilancio
6. Miglioramento dei sistemi di rendicontazione interna ed esterna
7. Semplificazione dell'accesso
8. Costruzione del capitale sociale
9. Modalità di ascolto attivo e interazione
10. Politiche e strumenti di equità
11. Progetto Accredimento
12. Miglioramento processi di gestione risorse umane

2. PREMESSA

L'Azienda USL, in coerenza con la delibera 1 del 2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna, adotta il Piano delle Performance. Il Piano individua ed esplicita i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità indicate dalla Regione con gli obiettivi pluriennali ed annuali, le conseguenti strategie e obiettivi aziendali del prossimo triennio.

Tale documento si colloca all'interno del **ciclo di gestione della performance**, che si articola nelle seguenti fasi:

- **definizione e assegnazione degli obiettivi**, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- **collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse**;
- **monitoraggio** in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- **misurazione e valutazione della performance**, organizzativa e individuale;
- **utilizzo dei sistemi premianti**, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- **rendicontazione dei risultati** agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Attraverso il Piano delle Performance, l'Azienda USL di Modena comunica le linee strategiche e gli obiettivi nella loro articolazione complessiva, e indica il grado di performance complessiva che intende conseguire, evidenziando risultati attesi e modalità e strumenti attraverso i quali valutare e misurare gli eventuali scostamenti rispetto ad essi e consentendo quindi di intervenire.

Il Piano delle Performance è uno strumento di forte orientamento per la guida dell'azienda per:

- **un uso interno** per fornire una cornice di riferimento strategica per l'azione gestionale e per la programmazione annuale (che si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati);
- **un uso esterno** al fine di rappresentare ai diversi portatori di interesse le priorità strategiche e la conseguente assunzione di responsabilità esecutiva e di rendicontazione nei loro confronti.

I risultati dell'attività dell'azienda sanitaria, rilevati con modalità multidimensionali, vengono perseguiti attraverso la definizione di obiettivi assegnati alle strutture e servizi aziendali, declinati attraverso obiettivi rivolti fino ai singoli professionisti, sia quelli impegnati in attività di line che quelli dedicati ad attività di staff.

3. IDENTITA' DELL'AZIENDA

3.1 CHI SIAMO E COSA FACCIAMO

L'Azienda USL di Modena è la più grande Azienda sanitaria pubblica provinciale e ha il compito di garantire la tutela della salute delle persone presenti nel territorio provinciale modenese. E' parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Emilia Romagna, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti con la legge regionale n. 29 del 23/12/2004, ha una sua personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e comprende i territori dei 47 Comuni della Provincia di Modena.

La mission dell'Azienda USL di Modena è: "Generare Salute per i Cittadini". L'essenza della mission è focalizzarsi sulla accountability (capacità di ascolto, relazioni con l'ambiente, responsabilizzazione) e sulla generazione, attraverso l'erogazione diretta o indiretta di servizi sanitari, di salute, intesa in senso ampio come non solo come assenza di malattia ma anche a ricomprendere ambiti quali il benessere psicofisico, l'attenzione agli stili di vita sani, alla prevenzione, alla cura nelle fasi post acute di malattia, alla presa in carico del paziente.

Per la realizzazione della mission, è centrale la massimizzazione del capitale sociale cioè: 1) aumentare reputazione, fiducia, legittimazione e legittimità del Servizio Sanitario Pubblico; 2) portare a sistema e valorizzare i contributi degli altri componenti della comunità di riferimento, gli altri contributi del sistema, la co-produzione ad opera degli stakeholders esterni.

L'Azienda organizza le proprie strutture e le attività secondo i principi dell'universalismo in risposta alle necessità di ciascuno, l'evoluzione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, e persegue risultati di salute e cura, entro un quadro di economicità delle scelte, nel rispetto delle risorse disponibili e degli obiettivi di equilibrio economico-finanziario.

L'Azienda, per la realizzazione della propria mission, assume quali principi guida:

- il rispetto della persona e la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute;
- l'equità;
- la trasparenza e l'etica professionale;
- la tutela della privacy;
- la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo;
- l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini;
- la sostenibilità economica e finanziaria.

La rete dei servizi territoriali e ospedalieri

Il territorio provinciale è suddiviso in 7 Distretti: Carpi, Mirandola, Modena, Castelfranco Emilia, Sassuolo, Vignola e Pavullo nel Frignano. Nello stesso territorio sono presenti 5 ospedali aziendali

organizzati in una rete provinciale che include il Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di Modena, e gli altri 4 presidi della provincia: Carpi, Mirandola, Pavullo e Vignola cui si aggiungono il nuovo Ospedale Civile di Sassuolo, a prevalente capitale pubblico della AUSL e a gestione privatistica, e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, la cui produzione è collegata mediante accordi di fornitura alla committenza dell'Azienda USL di Modena.

La rete si compone anche di strutture intermedie, volte a gestire le fasi pre e post ricovero e finalizzate in particolare a pazienti anziani e fragili, volte ad evitare ricoveri evitabili, sostenere il rientro a domicilio post ricovero, costituire un momento di incontro tra paziente, familiari, MMG ed operatori sanitari al fine, ad esempio, di formare i caregivers. Attualmente sono attivi 2 Ospedali di Comunità, 7 Case della Salute e altre sedi sono in programmazione – a diversi livelli di avanzamento - di realizzazione nei prossimi anni.

La rete territoriale aziendale è composta inoltre da 31 Sedi consultori familiari, 38 Nuclei di Cure Primarie, 24 Punti di continuità assistenziale.

Per quanto concerne la continuità assistenziale, sul territorio ci sono 503 Medici di Medicina Generale e 104 Pediatri di Libera Scelta (il 43% lavora in gruppo e il 43% in rete), con un totale di 692.293 assistiti nel 2015.

Tra le attività dei Consultori Familiari, 3677 sono state le donne in gravidanza ad essere assistite (332 in meno rispetto al 2014), sono stati effettuati 904 certificati di IVG (11 in meno rispetto al 2014) e nel complesso gli utenti al 2015 sono stati 35.694 (1.376 in meno rispetto al 2014) (gli utenti totali si intendono gli utenti delle attività ambulatoriali, escluso il pap-test e le attività di educazione sanitaria).

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, 15.333 sono i pazienti totali assistiti a domicilio con un tasso di incidenza sulla popolazione pari al 21,8 x 1000 abitanti, di cui 12.842 pazienti con età maggiore di 75 anni, con un tasso di incidenza pari a 159,3 x 1000 ab.

L'azienda USL di Modena ha realizzato l'attivazione di 8 Case della Salute (CdS) che erano state programmate (Fanano, Montefiorino, Pievepelago, Finale Emilia, Bomporto, Novi-Rovereto, Cavezzo e Concordia), mentre per il 2016 e per gli anni successivi, ha in programma sia la continuazione del piano di realizzazione e apertura di nuove CdS che la progressiva implementazione di contenuti e servizi nelle Case già attive. Ad esempio:

- Estensione del progetto "Lettura integrata della carta del Rischio Cardiovascolare" alla Casa della Salute di Cavezzo;
- Attivazione ambulatori infermieristici per gestione proattiva delle cronicità (nel 2015 ne sono stati attivati 5/8);
- Sviluppo iniziative di diffusione di strumenti informativi e formazione congiunta sul campo per Cure Primarie, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche in tutte le Case della Salute;
- Da attivare un'equipe di accoglienza e valutazione psicosociale e la presa in carico del paziente multi problematico e cronico psicosociale secondo i percorsi integrati.

Il piano di realizzazione delle nuove Case della Salute (CdS), per il 2016 e per gli anni successivi prevede:

- Prossima attivazione delle CdS di Castelfranco Emilia, Guiglia, Spilamberto (le ultime due previste nel 2016, CFE nel 2018);
- Sono state programmate le CdS di Modena 1, Carpi e Mirandola, per gli anni 2018-19;
- È oggetto di approfondimento tecnico l'attivazione delle CdS di Modena 2, Montese, Formigine e Frassinoro.

Nel territorio modenese, inoltre, sono stati inaugurati gli Ospedali di Comunità (OSCO) di Fanano e Castelfranco Emilia (a novembre 2015), mentre per l'anno in corso e per gli anni successivi, la programmazione prevede la prossima attivazione degli OSCO di Finale Emilia e Mirandola. Per quanto riguarda le cure palliative, è prevista l'attivazione di tre Hospice, uno per ogni area territoriale.

Il consumo di servizi evidenzia, anche per il 2015, un tasso di dipendenza della popolazione provinciale dalle strutture (indice di autosufficienza) che per il ricovero ospedaliero è pari all'86,4% (superiore alla media regionale pari all'85%). Le discipline per le quali si registra la maggior mobilità passiva, prevalentemente di confine, sono rappresentate da ortopedia, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, riabilitazione e cardiologia, responsabili di oltre il 52 % della fuga di ricoveri.

Tali indici di mobilità passiva sono ascrivibili in gran parte a motivi "geografici", ma impongono approfondimenti, considerato che l'offerta interna potrebbe in gran parte "recuperare" casistica non legata a condizioni di libera scelta espressione della sola portabilità dei diritti.

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, l'offerta provinciale presenta complessivamente indici di consumo inferiori alla media regionale e tempi d'attesa che, dagli ultimi mesi del 2015, si sono mostrati stabilmente entro gli standard previsti dalle Regione. In questo ambito la fuga maggiore si registra per radiologia, oculistica, laboratorio e medicina Nucleare (58% del costo complessivo della passiva).

La struttura dell'offerta della rete ospedaliera presenta una dimensione (in numero di posti letto) complessivamente allineata alle previsioni delle linee di indirizzo regionali di cui alla DGR 2040/15, che discendono dalla programmazione di cui al DM 70/2015 e successive, ma, entro il rispetto del tetto di 3,7 PL per 1000 abitanti, evidenzia ancora uno sbilancio a favore dei PL per acuti (3,0) a sfavore di quelli per post acuzie (target 0,7). La tabella evidenzia l'attuale dotazione di posti letto X1000 abitanti.

Tabella 1 – Tasso posti letto per 1000 abitanti

| Tassi Posti letto per 1.000 abitanti residenti Ospedali pubblici e privati della provincia di Modena | | | | |
|---|-------------------|-------|----------------|--------------|
| Acuti | Terapia intensiva | DH/DS | Riabilitazione | Lungodegenza |
| 2,61 | 0,14 | 0,32 | 0,28 | 0,32 |
| | 2,76 | 0,32 | | 0,60 |
| | 3,08 | | | 0,60 |
| | | | 3,68 | |

*Popolazione di riferimento - Residenti nella provincia di Modena al 01/01/2015

Per quanto attiene l'ospedalizzazione, la provincia di Modena mantiene un livello inferiore al target previsto dal DM 70/15 (160 x 1.000 abitanti).

Tabella 2 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato per sesso ed età per 1000 abitanti

| Anno 2015 | Tasso di ospedalizzazione standardizzato per sesso ed età (*1.000) | | |
|---------------------|--|---|----------------------------------|
| | Complessivo | di cui per ricoveri in regime ORDINARIO | di cui per ricoveri in regime DH |
| Provincia di Modena | 146,2 | 112,1 | 34,1 |
| Regione E-R | 148,3 | 114,7 | 33,6 |

*Per l'anno 2015 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno 2013, ultima disponibile

3.2 IL CONTESTO

La provincia di Modena si estende su una superficie di 2.688 kmq, ed è al quarto posto, per ampiezza, in Emilia Romagna. In relazione alla conformazione del territorio, la conseguente suddivisione in zone altimetriche vede la "Pianura" con il 47,5% del territorio complessivo e il 73% della popolazione (con la più elevata densità abitativa di 402 abitanti per kmq), la "Collina" con il 17,3% del territorio e il 20,2% della popolazione (307 ab. per kmq) e la "Montagna" con il 35,2% del territorio e il 6,8% della popolazione (50 ab. per kmq). La crisi economica che ha colpito l'Italia a partire dal 2008 ha determinato una diminuzione dell'attrattività del territorio provinciale che ha prodotto una significativa battuta d'arresto dei flussi migratori (il fenomeno riguarda soprattutto la fascia di età 15-64 anni) nonché della crescita della popolazione residente. Di conseguenza si è confermato l'arresto della crescita della popolazione, in gran parte dovuta ai flussi migratori, e al 31.12.2015 la popolazione provinciale modenese si è arrestata a 701.642 residenti (342.049 maschi e 359.593 femmine). Il saldo naturale per il 2015 (differenza tra nati e morti) è in negativo (-1.336). Il numero di famiglie è pari a 300.239 e il numero medio di componenti per famiglia è pari a 2,33.

La popolazione modenese si caratterizza per un forte aumento degli anziani, affetti da patologie croniche, spesso diversificate, complesse e soggette a frequenti riacutizzazioni con progressiva perdita dell'autosufficienza ed aumento delle fragilità. Le famiglie sono sempre più costituite da un solo soggetto, prevalentemente anziani nella bassa modenese e nelle aree montane e giovani nel distretto cittadino di Modena.

La qualità dell'aria gli alti livelli di urbanizzazione ed industrializzazione del territorio, connessi con le caratteristiche meteo-climatiche, favoriscono nella provincia di Modena il ristagno degli inquinanti e generano una situazione ambientale che presenta diverse criticità. La qualità dei suoli risulta influenzata negli ultimi decenni dalla agricoltura intensiva e dagli elevati carichi di sostanze azotate prodotte dai numerosi allevamenti zootecnici diffusi sul territorio provinciale. Contaminazioni puntuali, correlate a pregresse contaminazioni industriali sono in corso di bonifica e quindi in progressiva diminuzione. Anche la qualità delle acque superficiali e di falda presenta criticità da migliorare.

Il profilo socio economico della provincia in estrema sintesi si caratterizza per un incremento del tasso di disoccupazione arrivato nel 2015 al 7,4% degli over-15 (6,7% maschi e 8,4 femmine). La crisi ha colpito in particolare i segmenti più fragili della popolazione: i giovani, le donne e gli stranieri.

Dal punto di vista produttivo, il territorio modenese è tra i più sviluppati in Italia, ricco di distretti produttivi e di aziende leader a livello internazionale in molti settori. Prevalenti sono i settori automotive, alimentare, tessile, biomedicale, meccanico, della ceramica.

Gli scenari previsionali (Fonte Prometeia e Camera di Commercio di Modena) della Provincia di Modena indicano un incremento del PIL di +1,2% nel 2015 e del +1,8% nel 2016. Nei primi nove mesi del 2015 le esportazioni della provincia di Modena registrano un incremento del 3,7% rispetto stesso periodo del 2014, un dato comunque leggermente inferiore a quello regionale (+3,9%) e nazionale (+4,2%).

A livello settoriale si segnala l'ottimo andamento del comparto biomedicale (+39,5%), seguito a distanza da quello della ceramica (+8,6%) e dei mezzi di trasporto (+6,7%) (Fonte ISTAT).

La speranza di vita la provincia di Modena si caratterizza per una elevata speranza di vita: nel 2014 81,2 anni per gli uomini e 85,7 per le donne, con valori superiori a quelli regionali (rispettivamente 80,9 e 85,4) e nazionali (80,2 e 84,9).

La salute fisica dei modenesi misurata nell'indagine ICESMO attraverso il questionario di qualità della vita SF12 è rimasta in media sostanzialmente stabile negli ultimi 6 anni. La salute mentale evidenzia, in coerenza con il dato nazionale, un incremento delle condizioni di disagio e di alcune condizioni patologiche, evolutesi parallelamente allo scenario socio-economico.

Gli stili di vita non idonei rappresentano un importante fattore di rischio per le malattie cronicodegenerative. In particolare l'eccessiva sedentarietà e l'alimentazione scorretta comportano una progressiva tendenza al sovrappeso e all'obesità. Al 2014 in provincia di Modena riferisce di essere completamente sedentario il 24,53% delle persone residenti, il 32,7% della popolazione è sovrappeso, mentre il 13,3% è obeso; rimane elevata la percentuale dei fumatori, in particolare tra gli uomini; per quanto riguarda la dipendenza dall'alcool, il 23,1% della popolazione con età compresa tra 18-69 anni è un bevitore a rischio, il 13,2% fa parte della categoria binge, mentre il 5,8% è un consumatore abituale.

I principali stakeholders dell'Azienda USL di Modena, sono attori, sia interni che esterni, che risentono e al contempo influenzano le strategie aziendali. I principali portatori di interesse interni sono: i responsabili di strutture, i dipendenti e tutti i collaboratori non dipendenti.

In aggiunta, i principali portatori di interesse esterni sono: i cittadini (i pazienti, i familiari, l'opinione pubblica), il terzo settore (le organizzazioni di cittadini, le associazioni di volontariato, le associazioni di pazienti), la Regione e gli Enti Locali, la CTSS, le imprese del territorio modenese (industrie del modenese, PMI, imprese di artigianato, imprese agricole, cooperative), le rappresentanze (ordine dei medici, sindacati dei lavoratori), le associazioni di categoria e il mondo della università e della ricerca (UNIMORE, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena).

3.3 IL PERSONALE

Il personale dipendente dell'Azienda USL di Modena ammonta a 6.026 unità (vedi Tabella). Il trend mostra una riduzione del personale dipendente negli ultimi due anni, in particolare per quanto riguarda il personale di ruolo (-21 unità dirigenza e -75 unità comparto). La quota relativa ai dipendenti non di ruolo rimane pressoché costante.

Tabella 3 - Numero di unità operative impiegate – Confronto Anni 2014/2015

| | Dip di ruolo | | Dip non di ruolo | |
|---------------------------|--------------|------|------------------|------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 |
| Dir. Sanitaria medica | 989 | 969 | 55 | 52 |
| Dir. Sanitaria non medica | 125 | 122 | 24 | 24 |
| Dir. Amministrativa | 16 | 16 | 5 | 5 |
| Dir. Professionale | 24 | 27 | 4 | 1 |
| Dir. Tecnica | 9 | 8 | 2 | 2 |

| | | | | |
|------------------|-------|-------|-----|-----|
| TOTALE DIRIGENZA | 1.163 | 1.142 | 90 | 84 |
| Comp. Sanitario | 3.271 | 3.232 | 188 | 187 |
| Comp. Amm.vo | 535 | 508 | 9 | 2 |
| Comp. Tecnico | 797 | 788 | 62 | 83 |
| TOTALE COMPARTO | 4.603 | 4.528 | 259 | 272 |

Dati al 2015 da consolidare

Ai dipendenti si aggiunge il personale convenzionato, pari a 514 MMG e 102 PLS. Il totale dei dipendenti evidenzia una diminuzione in un anno del -1,2%, risultato in linea con gli andamenti regionali e nazionali del settore.

Alcuni indicatori sintetici relativi al personale indicano una netta prevalenza femminile (72,9%), un'età media in aumento, a causa della scarsità di ingressi rispetto alle uscite, in grande maggioranza dovute a pensionamenti (le classi di età predominanti sono 46-50 e 51-55). Il 624 (10%) dei dipendenti ha un contratto part-time (2% del totale maschi e 13% del totale femmine), distribuito maggiormente nelle classi di età 41-45 e 46-50. Tra questi, la fetta maggiore riguarda il comparto sanitario (79%). Riguardo il titolo di studio dei dipendenti, il 16% ha conseguito una laurea breve/diploma universitario/diploma qualifica, il 6% ha una laurea e il 18% ha un titolo post laurea.

3.4 LA DIMENSIONE ECONOMICA

Il bilancio consuntivo 2015 riporta un risultato d'esercizio in pareggio (utile di poco più di 15 mila euro). Tale risultato è in linea con l'obiettivo assegnato dalla Regione Emilia Romagna. In quest'ultimo anno, il valore della produzione è stato pari a 1.307 milioni di euro. I ricavi sono aumentati di circa 14,7 milioni di euro rispetto al 2014, a fronte di una diminuzione di circa 9 milioni di euro del Fondo di Riequilibrio.

Tabella 4 - Conto Economico AUSL Modena 2013-2015 (valori in migliaia di euro)

| | Consuntivo 2013 | Consuntivo 2014 | Consuntivo 2015 |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Valore della produzione | 1.297.218 | 1.292.276 | 1.307.058 |
| Costi della produzione | -1.276.889 | -1.269.859 | -1.285.609 |
| Proventi e oneri finanziari | | -2.443 | -3.303 |
| Proventi e oneri straordinari | 4.702* | 797 | 1.614 |
| Imposte sul reddito dell'esercizio | -20.823 | -20.738 | -20.745 |
| Risultato | 41 | 33 | 16 |

* Il valore comprende: totale proventi e oneri finanziari, rettifiche di valore di attività finanziarie, proventi e oneri straordinari.

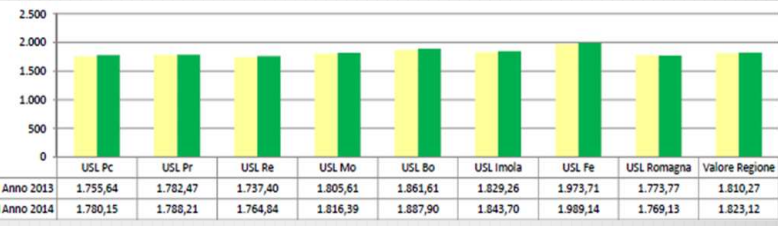
L'analisi dei costi pro-capite riferiti all'anno 2014 (ultimo dato disponibile) evidenzia un costo pro-capite complessivo che continua ad essere inferiore alla media regionale. Tuttavia, la scomposizione della spesa pro-capite tra spesa ospedaliera e territoriale risulta nel primo caso

superiore e nel secondo inferiore al resto della Regione. E' evidente come sia necessario, al fine di meglio perseguire gli obiettivi di innovazione e capacità di risposta all'evolversi del quadro epidemiologico dei bisogni, tendere alla inversione delle componenti dei costi, mantenendo l'equilibrio economico finanziario del sistema provinciale modenese. La composizione percentuale del costo per livelli di assistenza dell'Azienda USL di Modena per l'anno 2013 è 40,42% degenza ospedaliera, 68,43% distretto e 3,15% assistenza sanitaria in ambienti di vita e di lavoro.

Tabella 5 – Costo pro capite totale 2013 - 2014

| COSTO PROCAPITE TOTALE AZIENDA | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| PARTE 1 | Anno 2013 | | | Anno 2014 | | | Variazione % Costo Livello | Variazione % Popolazione pesata | Variazione % Costo Procapite | Differenza Costo procapite |
| | Costo livello (M€) | Popolazione Pesata | Costo procapite (€) | Costo livello (M€) | Popolazione Pesata | Costo procapite (€) | | | | |
| USL Pc | 530,047 | 301.911 | 1.755,64 | 533,215 | 299.535 | 1.780,15 | 0,60% | -0,79% | 1,40% | 24,51 |
| USL Pr | 801,913 | 449.898 | 1.782,47 | 802,311 | 448.666 | 1.788,21 | 0,05% | -0,27% | 0,32% | 5,74 |
| USL Re | 887,641 | 510.903 | 1.737,40 | 895,867 | 507.619 | 1.764,84 | 0,93% | -0,64% | 1,58% | 27,45 |
| USL Mo | 1.236,845 | 685.001 | 1.805,61 | 1.241,131 | 683.294 | 1.816,39 | 0,36% | -0,25% | 0,60% | 10,78 |
| USL Bo | 1.646,112 | 884.239 | 1.861,61 | 1.664,387 | 881.606 | 1.887,90 | 1,11% | -0,30% | 1,41% | 26,29 |
| USL Imola | 244,413 | 133.613 | 1.829,26 | 245,220 | 133.004 | 1.843,70 | 0,33% | -0,46% | 0,79% | 14,44 |
| USL Fe | 754,562 | 382.306 | 1.973,71 | 757,788 | 380.963 | 1.989,14 | 0,43% | -0,35% | 0,78% | 15,43 |
| USL Romagna | 1.992,372 | 1.123.243 | 1.773,77 | 1.978,058 | 1.118.096 | 1.769,13 | -0,72% | -0,46% | -0,26% | -4,64 |
| Valore Regione | 8.093,905 | 4.471.104 | 1.810,27 | 8.117,977 | 4.452.782 | 1.823,12 | 0,30% | -0,41% | 0,71% | 12,85 |

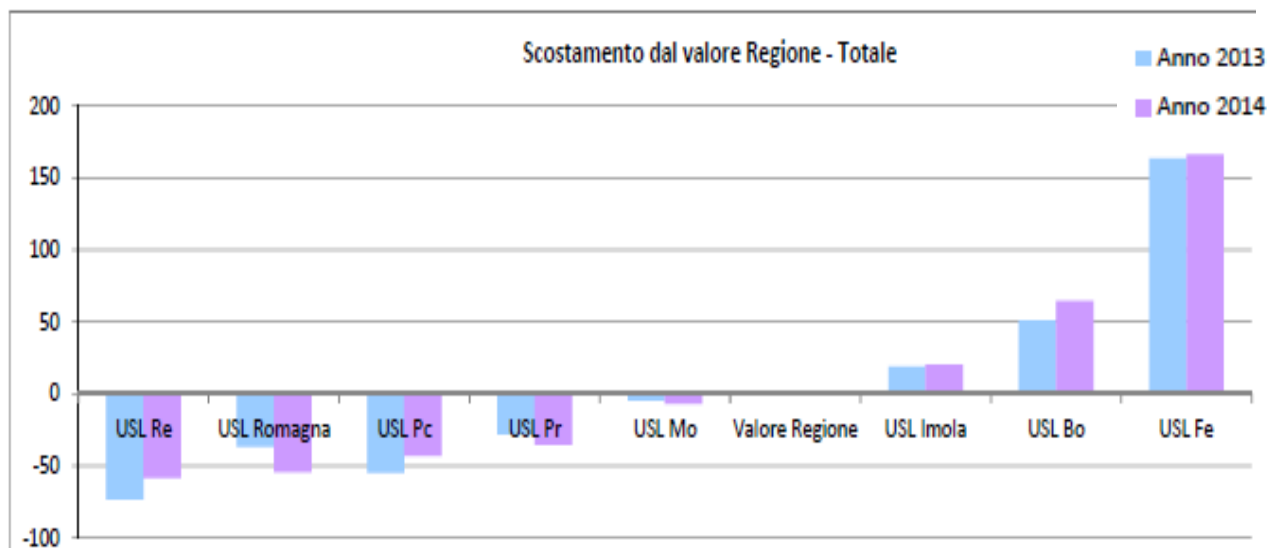
I costi 2013 e 2014 sono stati integrati con quelli relativi alla funzione emergenza pari rispettivamente a 24,000 mln e 33,462 mln di euro. L'attribuzione è stata effettuata sulla base della popolazione pesata ed ammonta a circa 5 euro pro-capite per azienda nel 2013 e a 8 euro pro-capite nel 2014



| | Anno 2013 | Anno 2014 |
|----------------|-----------|-----------|
| USL Pc | 1.755,64 | 1.780,15 |
| USL Pr | 1.782,47 | 1.788,21 |
| USL Re | 1.737,40 | 1.764,84 |
| USL Mo | 1.805,61 | 1.816,39 |
| USL Bo | 1.861,61 | 1.887,90 |
| USL Imola | 1.829,26 | 1.843,70 |
| USL Fe | 1.973,71 | 1.989,14 |
| USL Romagna | 1.773,77 | 1.769,13 |
| Valore Regione | 1.810,27 | 1.823,12 |

17

Scostamento del costo pro capite aziendale dalla media Aziende USL della Regione

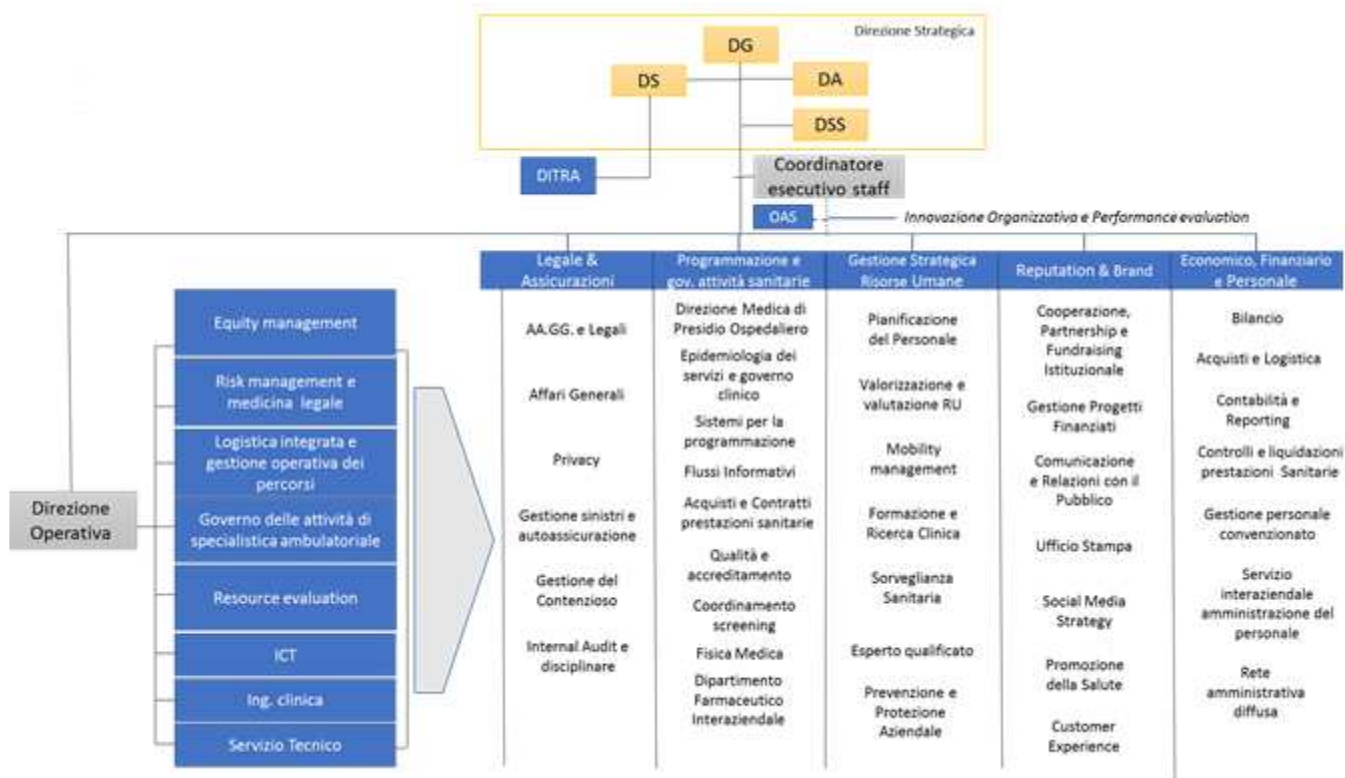


3.5 COME OPERIAMO

All'inizio del 2016 è stata effettuata una riorganizzazione del modello organizzativo degli staff della Direzione Generale. Tale modello è basato sull'unitarietà della **Direzione Generale**, che si avvale di uno staff unico, non più distinto tra staff della direzione generale, sanitaria e amministrativa. Il modello organizzativo è a matrice, modello finalizzato ad agevolare la gestione delle attività per processo e non per funzione.

- La dimensione verticale, suddivisa per Aree, aggrega e integra funzioni, attività e responsabilità afferenti allo stesso ambito professionale o target dei servizi;
- La dimensione orizzontale, rappresentata dalla Direzione Operativa, trasversale a tutte le aree, è direttamente responsabile di attività specifiche e coordina inoltre funzioni verticali che agiscono su uno stesso processo o insieme di processi.

Modello organizzativo degli Staff della Direzione Strategica



Fonte: Allegato 5.1 della Delibera n. 057 del 11/04/2016.

L'attività di riorganizzazione è iniziata dagli staff della direzione strategica e la prospettiva è di attuare gradualmente nei prossimi anni anche una riorganizzazione dei Dipartimenti di produzione dei servizi sanitari, di cui 3 territoriali (Cure Primarie, Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Sanità Pubblica) e 11 ospedalieri. Di tali strutture, alcune sono interaziendali con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena e/o integrati con l'Università di Modena e Reggio Emilia. Alcuni servizi di supporto sono integrati a livello provinciale o di area vasta (es. servizio interaziendale amministrazione del personale, servizio acquisti). A seguito dell'avvio del progetto di integrazione gestionale tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena e il Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense (NOCSAE) di Baggiovara, il processo di integrazione di

funzioni di collaborazione avviate da qualche anno ha avuto grande impatto nel 2016 su nuove modalità organizzative integrate tra le due aziende. Tale progetto di unificazione, proposto dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) della Provincia di Modena, ha avuto inizio nel gennaio 2016 (DGR 2092/2015), vede il coinvolgimento delle due aziende, oltre che del livello tecnico e di quello politico, e avrà durata prevista di sperimentazione triennale, salvo anticipazioni.

4. GLI IMPEGNI STRATEGICI E LA DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE

In questo capitolo sono indicate gli obiettivi strategici ricevuti dalla Direzione e dall'azienda dai diversi livelli di programmazione e gli orientamenti strategici che la stessa si è data per il prossimo triennio.

Le fonti degli obiettivi sono:

1. Obiettivi di mandato e obiettivi del Direttore Generale, DGR n. 901 del 13 luglio 2015 e DGR 1056 del 27 luglio 2015.
2. Programmazione nazionale (DM del 2 aprile 2015, n. 70).
3. Programmazione regionale (Documento di Economia e Finanza Regionale DEFR – 2015, bozza della delibera “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l’anno 2016” che definisce gli obiettivi di programmazione per l’anno in corso.

A questi si aggiungono gli orientamenti strategici della Direzione, finalizzati a offrire nel loro complesso innovazione nelle modalità di interazione con la collettività e nella presa in carico dei cittadini e dei loro bisogni.

Ulteriori impegni di miglioramento derivano dalla valutazione della performance ottenuta dall’Azienda secondo gli indicatori che la RER ha individuato e che consentono di ottenere, in vari ambiti di misurazione della performance aziendale, un posizionamento assoluto e uno relativo a quello delle altre aziende regionali delle dimensioni individuate. Queste misurazioni consentono quindi l’individuazione di necessità di risoluzione di eventuali criticità o al miglioramento del posizionamento e valutazione performance sia secondo criteri e dimensioni regionali che aziendali.

Per quanto riguarda gli obiettivi di mandato, la loro realizzazione è iniziata lo scorso anno e quindi molti sono già stati realizzati o sono in corso di realizzazione. Una sintesi dei macrotemi oggetto di obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale è contenuta nella Tabella seguente.

Tabella 6 - Obiettivi di Mandato Regionali (DGR 901/2015)

1. Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale

1.1 Riordino assistenza ospedaliera

- 1.1.1 Piano riorganizzazione rete ospedaliera
- 1.1.2 Omogeneizzazione procedure soccorso emergenze cardiologiche, traumi e stroke
- 1.1.3 Sviluppo rete clinico-organizzativa paziente oncologico
- 1.1.4 Riorganizzazione rete punti nascita

1.2 Consolidamento cure primarie, sviluppo case salute, integrazione ospedale-territorio

- 1.2.1 Case della Salute
- 1.2.2 Ospedali di Comunità
- 1.2.3 Cronicità, fragilità e integrazione ospedale-territorio
 - 1.2.3.1 PDTA regionali nelle case della salute (BPCO, scompenso e diabete)
 - 1.2.3.2 Uso identificazione proattiva popolazione a rischio cronicità
 - 1.2.3.3 Monitoraggio e promozione della qualità (profili cura NCP e PLS)
 - 1.2.3.4 Valutazione (PACIC e ACIC)
- 1.2.4 Sviluppo cure palliative
- 1.2.5 Sviluppo cure domiciliari
- 1.2.6 Percorsi assistenza protesica
- 1.2.7 Integrazione cure primarie salute mentale dipendenze patologiche
- 1.2.8 Integrazione ospedale-territorio
- 1.2.9 Integrazione socio sanitaria

1.3 Facilitazione accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero

- 1.3.1 appropriatezza prescrittiva ed erogativa (in particolare diagnostica pesante, RM MS e TC OA)
- 1.3.2 gestione controlli
- 1.3.3 sviluppo del day service ambulatoriale
- 1.3.4 contenimento tempi attesa

1.4 Consolidamento presa in carico e percorsi di continuità assistenziale (integrazione rete ospedaliera e territoriale)

- 1.4.1 percorso nascita
- 1.4.2 percorso IVG
- 1.4.3 reti donne e minori vittime di violenza e abuso
- 1.4.4 diabete età pediatrica
- 1.4.5 patologia osteoarticolare anziano (frattura femore e protesica)
- 1.4.6 distribuzione farmaci e attuazione accordo locale distribuzione per conto
- 1.4.7 assistenza socio sanitaria pazienti salute mentale attraverso budget salute
- 1.4.8 percorso chiusura OPG
- 1.4.9 case di promozione e tutela della salute in carcere
- 1.4.10 miglioramento tempistica percorso frattura femore nella fase chirurgica e riabilitativa

1.5 Prevenzione e promozione della salute

- 1.5.1 sostenere interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione
- 1.5.2 empowerment individuale e di comunità per migliorare stili di vita e benessere
- 1.5.3 adottare approccio sanità pubblica che garantisca equità e contrasto a disuguaglianze
- 1.5.4 programmi vaccinali
- 1.5.5 screening oncologici
- 1.5.6 gestione integrata delle emergenze
- 1.5.7 attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (Piano Nazionale Integrato 2015-2018)

1.5.8 Interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei

1.6 Governo domanda e appropriatezza interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico

1.6.1 Assistenza perinatale (taglio cesareo e controllo del dolore travaglio)

1.6.2 Procreazione Medicalmente Assistita

1.6.3 Appropriately farmaceutica

1.6.3.1 attività strutturate con prescrittori ospedalieri e territoriali per farmaci e dispositivi

1.6.3.2 Monitoraggi e audit clinici

1.6.3.3 perseguire appropriatezza specifici farmaci

1.6.3.4 promozione uso farmaci biosimilari ed equivalenti

1.6.3.5 uso farmaci in prontuario

1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

1.7.1 sviluppo sistema aziendale sicurezza delle cure

1.7.2 armonizzare le funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri

1.7.3 integrare le funzioni di rischio clinico, infettivo e occupazionale

1.7.4 applicare le pratiche efficaci nel contenimento del rischio, incluso quello infettivo

1.7.5 applicazione delle raccomandazioni nazionali per la sicurezza delle cure

1.8 Integrazione sociosanitaria

1.8.1 assicurare pieno esercizio funzione di integrazione sociosanitaria

1.8.2 monitoraggio e corretto uso FRNA, FNA e FSR

1.8.3 servizi sociosanitari accreditati

1.8.4 attuazione progetto demenze

1.8.5 attuazione programmi regionali su gravissime disabilità acquisite, area minori, donne e famiglie

2. Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi

2.1 Rispetto equilibrio economico-finanziario ed azioni razionalizzazione spesa

2.1.1 Rispetto vincolo bilancio assegnato e concorso a pareggio bilancio SSR

2.1.2 Aderire gara Tesoreria Unica regionale e garantire uso efficiente liquidità disponibile

2.1.3 Rispetto master plan Intercent-ER per acquisti farmaci e dispositivi e alle indicazioni regionali

2.2 Sviluppo processi integrazione servizi amministrazione, supporto e logistici nelle aziende

2.2.1 Integrazione piena di livello provinciale e/o di Area Vasta dei servizi amministrativi e tecnico-logistici

2.2.2 Produzione piano integrazione dei servizi

2.2.3 completamento centralizzazione acquisti e della logistica di farmaci e dispositivi a livello di area vasta

2.2.4 Stoccaggio e distribuzione dei beni e miglior utilizzo delle piattaforme logistiche del SSR

2.3 Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e al miglioramento dell'accessibilità ai servizi

2.3.1 Implementazione Piano ICT triennale del SSR

2.3.2 Rete Sole

2.3.3 FSE

2.3.4 integrazione socio-sanitaria

2.3.5 innovazione sistemi accesso

2.3.6 razionalizzazione e innovazione sistemi applicativi di area vasta e regionali

2.3.7 anagrafe assistiti regionale

2.3.8 dematerializzazione ciclo passivo degli acquisti

2.3.9 scheda sanitaria individuale dei medici di medicina generale

2.3.10 unificazione software CUP e ALP fra Reggio e Modena

2.4. Razionalizzazione gestione patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

2.4.1 orientare investimenti su ospedali che assumeranno un ruolo nel modello hub e spoke e su case della salute

2.4.2 Adozione di tutte le azioni per accelerare la ricostruzione post sisma, l'adeguamento e il miglioramento sismico

2.4.3 effettuare investimenti tecnologici e garantire appropriato utilizzo apparecchiature

2.4.4 Adozione criteri di gestione del patrimonio edilizio e tecnologico ricercando equilibrio fra accessibilità e prossimità cure

2.5 Gestione delle risorse umane

2.5.1 Predisposizione Piani assunzione annuali

2.6 Adempimenti flussi informativi

2.6.1 Trasmissione tempestiva flussi informativi per adempimenti LEA e regionali

2.7 Valorizzazione capitale umano

- 2.7.1 Integrazione della ricerca e della formazione
- 2.7.2 razionalizzazione offerta formativa ECM
- 2.7.3 Progettazione percorsi formativi innovativi a supporto del cambiamento
- 2.7.4 migliorare sistemi di valutazione delle competenze e orientamento sistemi premianti e i profili di sviluppo individuali

4.1 OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALI

Gli obiettivi declinati nel 2015 (DGR 901/2015) sono stati assegnati nel ciclo di budget 2015, negoziato nei mesi di maggio – giugno 2015, e nel processo di budget 2016, negoziato tra novembre e dicembre 2015. In molti casi si tratta di declinazioni ulteriori degli obiettivi di mandato, che sono stati declinati nelle diverse macroarticolazioni delle responsabilità aziendali, quali i Dipartimenti di produzione, o alcune macrostrutture di staff.

Le fonti dalle quali si è articolato il percorso di budget 2016, avviato con un kick off interno per il management il 25 ottobre 2015, sono rappresentati nella slide seguente:



In sintesi gli obiettivi declinati alle strutture di produzione hanno riguardato:

- La riorganizzazione a seguito dei requisiti di volumi ed esiti della chirurgia oncologica e di altre discipline previsti dal DM 70/2015 verso la creazione e/o il rafforzamento delle reti;
- Il rafforzamento dei meccanismi di governo interno, in primis il monitoraggio periodico delle attività e dei relativi costi;
- Il rafforzamento della dimensione di programmazione orizzontale e trasversale per percorsi, tra i quali quelli rappresentati nella slide seguente:

| GESTIONE PER PROCESSI | |
|--|---|
| Riorganizzazione centrata sui processi produttivi ed erogativi in ambito clinico | |
| Implementazione dei PCA | K mammella, Colonretto, Frattura femore Ictus Scopenso Percorso nascita Demenza Diabete BPCO |

- Una prima focalizzazione sul tema delle operations, con obiettivi di governo delle sale operatorie, di bed management, di accentramento della preparazione antiblastici, di attenzione alla gestione del flusso del paziente.
- L'appropriatezza, accessibilità e le performance specifiche, con indicatori quantitativi.
- Gli obiettivi del PRP, inerenti i corretti stili di vita, la sorveglianza e promozione dell'autocontrollo, il tema delle vaccinazioni e della vigilanza.

Nei prossimi giorni saranno deliberati gli "Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2016". Nello specifico, tali obiettivi, descritti nell'allegato B della bozza della Delibera avente come oggetto le "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per il 2016", sono stati analizzati ed è stata verificata la loro inclusione negli obiettivi di budget già assegnati in sede di programmazione iniziale o di successivo monitoraggio quadrimestrale, attualmente in via di conclusione.

In generale, c'è una buona corrispondenza tra gli obiettivi assegnati nel ciclo di budget 2016 e quelli della programmazione regionale 2016, per quelli invece "nuovi", sono stati oggetto di una tempestiva comunicazione alle strutture/ruoli responsabili durante gli incontri di monitoraggio avanzamento budget realizzate all'inizio di giugno 2016, in modo che nei restanti mesi del 2016 vengano perseguiti al pari degli altri.

Sinteticamente, gli obiettivi della programmazione regionale 2016 trattano i seguenti punti:

1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

(Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018/Sanità Pubblica /Epidemiologia e sistemi informativi/Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni /Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione/Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie)

2 – Assistenza territoriale

(Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale/Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza/Ospedali di Comunità /Cure Primarie/Cure palliative/Continuità assistenziale – dimissioni protette/Percorso nascita/Salute riproduttiva /Promozione della salute in adolescenza/Percorso IVG/Procreazione Medicalmente Assistita/Contrasto alla violenza/Assistenza pediatrica/Formazione specifica in medicina generale/Valutazione e qualità delle cure primarie/Salute Mentale,

Dipendenze Patologiche/Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018/Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale/Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia/Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza/Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari/Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici/Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016 /Assistenza farmaceutica convenzionata/Acquisto ospedaliero di farmaci/Adozione di strumenti di governo clinico/Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici/Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali")

3 – Assistenza ospedaliera

(Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero/Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero/Attività trasfusionale/Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule/Sicurezza delle cure/118 e Centrali Operative)

4 – Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

(Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA/Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR/Il miglioramento del sistema informativo contabile/Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie/Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile/Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi/Il governo delle risorse umane/Programma regionale gestione diretta dei sinistri/Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti/Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare/Le tecnologie biomediche ed informatiche)

4.2 GLI ORIENTAMENTI STRATEGICI DELLA DIREZIONE

Nella impostazione della strategia di realizzazione degli obiettivi assegnati all'azienda, la Direzione intende promuovere un insieme di azioni che sono incentrate su nuove modalità di interazione e di presa in carico dei cittadini, durante l'intero ciclo della presa in carico. Come previsto anche dalla programmazione regionale, grande attenzione è posta alle fasi di prevenzione e di promozione della salute, di primo contatto con l'utente, garantendo equità di accesso e migliore diffusione territoriale dei servizi per garantirne la prossimità in un territorio molto esteso.

La strategia aziendale per il prossimo triennio ruota intorno al concetto di **Patient Centricity**, che si può interpretare come un'evoluzione della capacità di dare una risposta personalizzata a un bisogno espresso da un utente. Si tratta di organizzare informazioni per ottenere un quadro della situazione sanitaria, ma anche sociale ed economica, degli utenti, in modo da poter impostare una presa in carico integrata e rispondente all'insieme dei bisogni, che raramente si possono ridurre a una dimensione sola. Il tipico paziente dell'azienda sanitaria territoriale di Modena è infatti mediamente anziano, spesso con una o più malattie croniche, con episodi acuti, con una appartenenza sociale e di localizzazione geografica molto ampia. Per rispondere alle esigenze di questi pazienti è necessario anticipare le azioni di prevenzione, facilitare percorsi di "engagement e di empowerment" (coinvolgimento attivo) e guidare l'autocura da parte dei cittadini, individuare nuove modalità di interazione comunicativa e di setting di erogazione dei servizi sanitari veri e propri, costruendo il progressivo spostamento dell'erogazione di servizi che, in modo inappropriato, sono assegnati all'ospedale per acuti verso strutture intermedie, quali Case della Salute, Ospedali di Comunità, Hospice, più vicine all'utente e più calibrate intorno alla natura del suo bisogno.

Questa ottica di innovazione è già in atto e per l'Azienda AUSL di Modena diventano centrali alcune capacità di interazione con l'esterno e di implementazione:

- La costruzione di **capitale sociale** intorno all'Azienda con i portatori di interesse, basata sulla fiducia che l'azione aziendale è in grado di suscitare, e che deve essere caratterizzata dalla congiunta capacità realizzativa degli obiettivi annunciati nei tempi concordati: la dimensione realizzativa collegata al tempo di realizzazione è centrale nella costruzione di un rapporto di fiducia;
- **l'equità** dei servizi erogati, intesa come la ricerca di condizioni di uguale risposta a uguali bisogni; questo concetto si sviluppa anche oltre l'equità nell'accesso, e quindi nella capacità di intercettare dei bisogni di fasce o gruppi della collettività che non vengono compiutamente intercettati e che portano di fatto all'esclusione di alcuni dai servizi, in quanto diventa un criterio da seguire durante tutto l'iter di contatto con il cittadino, a cominciare sì dall'accesso, e quindi anche da chi non riesce ad accedere ed esteso in tutte le fasi della presa in carico;
- le dimensioni dell'**esperienza** che il cittadino – utente vive durante tutti i momenti di contatto con i servizi erogati dall'Azienda, che supera il concetto di qualità dipendente dalla percezione del singolo per includere target internazionali di qualità, di outcome e di esito: un tema centrale è appunto l'informazione e comunicazione, nei due sensi, tra cittadino, utente, familiare e azienda, anche qui, secondo un approccio dinamico che si sviluppa nel tempo, unitamente ad elementi organizzativi, di semplificazione e a quelli tecnico-professionali.
- le modalità di **ascolto attivo e di interazione** con i cittadini e gli utenti, sia singoli che associati per la riprogettazione dei processi e dei percorsi, da realizzare con l'introduzione di strumenti di ascolto quali focus group con pazienti e professionisti, per confrontare percezioni e punti di vista;
- la declinazione delle politiche orientate a favorire la prossimità e lo spostamento dell'offerta di servizi dall'ospedale verso **strutture intermedie** anche per casistiche complesse.

4.3 PROGETTO SPERIMENTALE DI GESTIONE UNICA TRA L'AZIENDA USL DI MODENA "NUOVO OSPEDALE CIVILE SANT'AGOSTINO ESTENSE" DI BAGGIOVARA E L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI MODENA

Vista la grande natura strategica e di cambiamento del progetto per l'AUSL di Modena e per il sistema sanitario provinciale, si ritiene utile dedicare un paragrafo all'approfondimento del progetto di sperimentazione gestionale unica tra il NOCSAE di Baggiovara (AUSL Modena) e l'AO Policlinico di Modena, che determinerà numerosi obiettivi da realizzare nel prossimo triennio.

Il progetto è stato avviato qualche anno fa già dal PAL 2011-13, ma nel corso del 2015 ha trovato un forte stimolo, sia dal livello politico, che regionale, che delle due aziende interessate. Rientra infatti tra gli obiettivi di mandato 2015-2020 della Giunta della Regione Emilia-Romagna, che prevedono la definizione di nuovi modelli organizzativi e di governo delle Aziende sanitarie al loro interno e nelle relazioni fra loro e la Regione. Inoltre, anche il Documento di Economia e Finanza Regionale 2016 prevede il completamento dei progetti di integrazione di attività e funzioni tra le Aziende sanitarie,

finalizzati a condividere le migliori pratiche e a razionalizzare la distribuzione e l'utilizzo delle risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie verso migliori economie di scala. In questo senso, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) di Modena, ha proposto alla Regione di avviare un progetto sperimentale di gestione unica del NOCSAE (AUSL di Modena) e del Policlinico di Modena, appartenente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria. La CTSS di Modena ha evidenziato come l'attivazione di questo progetto sperimentale possa configurarsi come strumento finalizzato a:

- Razionalizzare la struttura complessiva dei costi delle due Aziende sanitarie in ambito provinciale;
- Mantenere almeno invariati, e in prospettiva migliorare, i livelli di performance;
- Consolidare la semplificazione e la tempestività dei progetti integrati di cura, in relazione ad un nuovo disegno dei percorsi socio assistenziali fra Policlinico e NOCSAE e gli ospedali della rete provinciale;
- Integrare maggiormente le vocazioni ospedaliere della rete provinciale.

Il progetto sperimentale intende assicurare nell'area della Provincia di Modena un assetto migliore dell'offerta per livello di integrazione, per i vantaggi in termini di efficienza complessiva, sicurezza e qualità, consentendo, al contempo, l'aumento del livello di integrazione orizzontale con la rete dei servizi ospedalieri provinciali.

Il progetto di gestione sperimentale è iniziato il 1° gennaio 2016, con l'istituzione del Nucleo Tecnico responsabile (DGR 2092/2015), con il supporto delle direzioni generali delle due aziende e di alcuni dipartimenti produttivi ospedalieri, della stesura del progetto di gestione unificata, a partire dalle linee guida generali. Il Nucleo Tecnico ha da pochi giorni concluso la sua attività di progettazione con un documento in approvazione da parte della Giunta Regionale per fine giugno 2016. Il documento ha definito le modalità macro con le quali realizzare la piena integrazione delle attività coinvolte e, una volta approvato, sarà nominata un'apposita cabina di regia (CTSS e Regione Emilia-Romagna) per la governance complessiva di attuazione del progetto di gestione sperimentale prevista per i 3 anni.

Alla fine del periodo di sperimentazione della gestione unificata di NOCSAE e Policlinico da parte dell'AOU, si valuterà se le soluzioni introdotte avranno prodotto gli effetti attesi in termini di efficienza, funzionalità, qualità dei risultati prodotti in termini di salute rispetto alla programmazione regionale. Al termine del periodo di sperimentazione quindi la Regione e la CTSS potranno valutare le soluzioni sperimentate e approvarle in via definitiva o prevederne la revoca anche parziale.

La definizione dettagliata delle operazioni di riorganizzazione che interesseranno direttamente le strutture del NOCSAE e dell'AOU e che saranno nella responsabilità gestionale diretta dell'AOU, dovrà essere ulteriormente specificata dall'organismo di indirizzo e verifica della sperimentazione e trovare quindi collocazione nell'accordo generale strategico tra le due Aziende - eventualmente d'intesa con l'Università - e successivamente negli accordi annuali di committenza che dovranno essere siglati.

Uno dei principali obiettivi della sperimentazione (L.R. n. 29/2004) è il riordino delle reti cliniche provinciali in modo da avviare una più complessiva ridefinizione dei percorsi assistenziali finalizzati a garantire la continuità della presa in carico. A tal proposito sarà necessario realizzare economie di conoscenza fra professioni e discipline, sviluppare modelli di funzionamento a rete caratterizzati anche dalla logistica integrata dei processi. La riorganizzazione della rete di offerta potrà infatti consentire la ridistribuzione delle casistiche per complessità, specializzazione, vocazioni operative e di service-mix delle strutture con ulteriore concentrazione delle casistiche ad alta complessità,

specializzazione di «piattaforme produttive» e decentramento dell'attività chirurgica ad alta diffusione, anche ambulatoriale.

Sarà necessario lo sviluppo di team professionali - anche integrati fra le due Aziende - operanti tra i diversi poli di erogazione della rete, ed il potenziamento di sinergie nei programmi/progetti di ricerca e didattica tra Università.

L'adozione di "percorsi assistenziali" condivisi rappresenta una modalità che consente di consolidare i contesti di cura più appropriati, l'approccio multi-professionale e multidisciplinare, la proporzionalità dell'intensità e della prossimità delle cure, in un contesto che deve orientarsi a garantire cure ospedaliere appropriate, limitate nel tempo, ad alto contenuto tecnologico e multi-specialistico, ma focalizzate ed collocate in un contesto di crescente medicina di iniziativa, orientata alla gestione della cronicità e della polipatologia, in ambiti connotati dalla massima prossimità possibile, nei quali valorizzare il ruolo delle professioni sanitarie, del self-care, del welfare di comunità, della tutela delle gravi vulnerabilità e della integrazione socio-sanitaria. A questo fine, è indispensabile l'avvio di programmi strutturati di sviluppo professionale e l'adeguamento dei servizi informativi a supporto delle reti e dei percorsi ma anche della programmazione e rendicontazione.

Il riordino del sistema di offerta, della vocazione e del livello di service mix delle diverse strutture, è propedeutico alla redistribuzione della casistica in funzione della complessità del caso clinico, ed alla competenza professionale e "di struttura". Accanto a questi elementi, anche l'insieme delle dotazioni tecnologiche, dei servizi di supporto, siano esse precedenti, concomitanti o successive alla erogazione della prestazione stessa, rappresentano uno degli elementi che qualificano la rete dei servizi in ambito ospedaliero e la qualità erogata.

Per l'area medica sarà necessario garantire, sia la risposta di base alla domanda di ricovero per accertamenti e cure di pazienti provenienti dai Pronto Soccorso, che quella di maggiore complessità propria di alcune discipline internistiche di stampo specialistico (fatto salvo l'ambito degli interventi che ricadono nell'area della emergenza). Entrambi gli ospedali, infatti, hanno funzioni di Hub che verranno ulteriormente progressivamente differenziate coerentemente alla loro vocazione attuale, ma mantengono anche funzioni di prossimità e di area per la popolazione modenese, quindi con attività caratterizzate da maggiore frequenza e minore complessità.

Per la chirurgia generale, la più precisa definizione delle vocazioni operative delle strutture dovrà essere condotta innanzitutto sulla base dei volumi critici di attività secondo le indicazioni che discendono dal Piano Nazionale Esiti e dal DM 70/2015, allo scopo di garantire i massimi livelli di qualità e sicurezza delle cure.

In aggiunta alla centralizzazione già realizzata del trattamento delle emergenze tempo dipendenti per Ima, ictus, politraumi gravi, patologie vascolari ed emorragie digestive, appare opportuno promuovere la riflessione relativa alla centralizzazione delle urgenze chirurgiche e questo a partire da quelle notturne e festive di pertinenza chirurgica e ortopedica.

Elemento organizzativo distintivo per la realizzazione operativa di quanto sopra sono le "piattaforme produttive", integrazione di risorse produttive da mettere a disposizione delle due aziende per la realizzazione delle attività, rispetto alla organizzazione baricentrata sulle specialità e le risorse

dedicate. Come risorse alla base del concetto di piattaforma si identificano il personale, i beni e le attrezzature, la logistica dei beni e dei pazienti.

Tutti questi elementi dovranno trovare una nuova sintesi in percorsi e reti da realizzare con le altre strutture, ospedaliere, intermedie e territoriali, della rete provinciali dei servizi, elemento indispensabile alla piena realizzazione degli obiettivi assegnati e da realizzare con il progetto.

Inoltre, le aziende AUSL e AOU continueranno con le scelte, già intraprese ed operative in alcuni casi, di integrazione tra i servizi anche di carattere amministrativo e tecnico, orientati al potenziamento delle sinergie tra le 2 aziende. Sono già operativi i Servizi Interaziendali di Amministrazione del Personale e del Farmaceutico, e sono in corso avanzato di progettazione, entro un quadro normativo costruito a partire da un accordo quadro in via di adozione, anche Ingegneria Clinica, Servizio Tecnico, Fisica Medica, Acquisti e Logistica.

5. DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE

L'azienda, con il Piano della Performance 2015-17 aveva individuato le seguenti dimensioni della performance e le aveva declinate come caratterizzanti la strategia aziendale e a seguito degli obiettivi di mandato regionale:

- 1) L'area delle Politiche integrate della promozione e tutela della salute
- 2) L'area delle Politiche per la semplificazione e l'equità nell'accesso ai servizi
- 3) L'area dei Percorsi clinico-assistenziali
- 4) L'area delle Politiche per la valorizzazione professionale
- 5) L'area del Performance management per la creazione di valore
- 6) L'area delle Politiche di controllo, misurazione, valutazione e rendicontazione interna ed esterna

La descrizione di ciascuna area è contenuta nel Piano della Performance 2015-17.

Le nuove dimensioni e aree della performance introdotte dalla programmazione Regionale con il sistema della Performance di cui alla Delibera OIV 3/2016, sono leggermente più disaggregate, ma è possibile stabilire le connessioni logiche tra le due classificazioni.

Nella tabella seguente sono messe a confronto le "Dimensioni della Performance" presenti nel Piano Performance aziendale 2015-17 con il nuovo "Albero della Performance" introdotto dalla Delibera 3/2016 dell'OIV.

La declinazione aziendale delle dimensioni di valutazione della performance riportata in tabella orienta attualmente alcuni strumenti operativi, quali il Cruscotto Direzionale, che individua una serie di indicatori per la misurazione della performance, rivolta prioritariamente a dare alla Direzione Generale un quadro complessivo e sintetico degli andamenti aziendali principali, con una periodicità trimestrale - quadrimestrale.

Tabella 7 – Albero della Performance: Dimensioni/Aree

| Delibera 3/2016 OIV | | Dimensioni della Performance: PP 2015-2017 | | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|--------------------------------|---|------------------------|--|--------------------------------|
| Dimensione di performance | Area di performance | Politiche integrate della promozione e tutela della salute | Politiche per la semplificazione e l'equità nell'accesso ai servizi | Percorsi clinico assistenziali | Politiche per la valorizzazione professionale | Performance management | Politiche di controllo, misurazione, valutazione e rendicontazione. Int. ed est. | Politiche per la sostenibilità |
| per l'utente | Area dell'accesso e della domanda | ○ | ○ | ○ | | | | |
| | Area dell'Integrazione | | ○ | ○ | | | | |
| | Area degli Esiti | | | | | ○ | | |
| dei processi interni | Area della Produzione | ○ | ○ | | | ○ | | |
| | Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico | | | | | ○ | ○ | |
| | Area dell'organizzazione | | ○ | | ○ | ○ | | |
| | Area dell'anticorruzione e trasparenza | | | | ○ | ○ | | |
| di innovazione e di sviluppo | Area della ricerca e della didattica | ○ | | | | ○ | ○ | |
| | Area dello sviluppo organizzativo | | | | ○ | | | |
| della sostenibilità | Area Economico Finanziaria | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | Area degli investimenti | | | | | ○ | ○ | ○ |

6. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Nel seguito vengono illustrate le modalità che l'Azienda AUSL di Modena, quale parte del SSR, utilizza per la misurazione, il controllo e la presa di decisioni sull'attività aziendale, sia complessiva che riferita a singoli processi o ambiti di attività, quindi come orienta e strumentala il proprio ciclo della performance e i processi di misurazione ad essa collegati.

La misurazione e valutazione della performance è un processo che può essere condotto a diversi livelli, da quello aziendale e complessivo a quello più operativo e collegato a singoli aspetti, processi, o ambiti di attività.

Dal punto di vista dei destinatari, le misurazioni della performance possono essere rivolte prioritariamente all'esterno, ai portatori di interesse – quali istituzioni locali, regionali e nazionali, cittadini organizzati e non, utenti, aziende, fornitori ecc – e/o all'interno – management, dipendenti. Normalmente il livello strategico e complessivo interessa entrambi, mentre ovviamente la gestione operativa aziendale è alimentata anche da indicatori di performance o di risultati inerenti aspetti più di dettaglio.

I diversi portatori di interesse, interni o esterni, utilizzano insiemi di indicatori diversi verso la performance aziendale, atti proprio a rappresentare la varietà e ampiezza dei punti di vista e degli elementi di interesse, da quelli puramente qualitativi a misurazioni quantitative standard, valide a livello internazionale.

Nel seguito vengono presentati alcuni insiemi di indicatori e modalità di misurazione che rappresentano lo standard che la RER ha fornito alle aziende sanitarie regionali e che consente quindi sia valutazioni assolute verso target definiti quando confronti rispetto al posizionamento delle altre aziende sanitarie della regione.

L'azienda USL di Modena si è nel tempo dotata di meccanismi operativi che consentano, a partire dall'attività di programmazione pluriennale ed annuale, l'attribuzione di obiettivi alle diverse strutture operative dell'azienda, la raccolta di dati inerenti lo sviluppo dei processi, in termini di obiettivi raggiunti, tempi e costi, la valutazione periodica dell'andamento e l'eventuale intervento riorientativo qualora la valutazione evidenzi scostamenti indesiderati. Come detto, quindi, sono operativi i sistemi:

- di attribuzione degli obiettivi annuali ai Responsabili di Dipartimento e di funzione di Staff, quantitativi e qualitativi;
- di monitoraggio e controllo sia del grado di raggiungimento che del livello di spesa, con monitoraggio mirato per i "gestori di risorse", con la produzione di report e la realizzazione di incontri specifici;
- di rilevazione e circolarizzazione delle informazioni relative agli stati di avanzamento, con la pubblicazione su intranet dei risultati periodici;
- con la definizione di collegamenti tra il processo di programmazione e di budgeting con il sistema di valutazione delle prestazioni del personale.

6.1 PERFORMANCE COMPLESSIVA AZIENDALE

Il livello di misurazione e valutazione delle performance complessiva aziendale si esprime mediante una programmazione triennale (formalizzata mediante questo documento) e una rendicontazione annuale (formalizzata dalla Relazione della Performance), secondo dimensioni della performance e indicatori di risultato comuni per tutte le aziende (in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio)

Per quanto riguarda il livello di misurazione macro, che misura la performance complessiva dell'azienda, diventa molto importante poter disporre di un sistema di misurazione che sia comune e omogeneo tra diverse aziende e che consenta quindi di poter confrontare la propria performance a quella di altre aziende simili. Questo è il meccanismo cosiddetto di "benchmark", importante proprio per il confronto a maggior ragione in un contesto quale quello delle aziende sanitarie pubbliche che a livello regionale si muovono in un quadro strategico comune.

La RER ha sviluppato un sistema proprio di indicatori, SIVER, alcuni comuni a quelli del Bersaglio (sistema utilizzato anche in altre Regioni), altri derivati dalla valutazione esiti a livello nazionale (PNE), altri dalla griglia dei LEA, altri dalla letteratura scientifica internazionale, altri ancora prodotti dal confronto tra aziende sanitarie della Regione. Questo sistema, operativo dal 2016 sui dati 2014-15, diventerà lo standard di riferimento per le aziende sanitarie regionali ed è, per la AUSL di Modena, ripreso e commentato nelle pagine seguenti.

6.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE INTERNA

Il livello di valutazione aziendale interno, anche a partire da quanto visto sopra, viene integrato con ulteriori dimensioni di misurazione e si traduce in una serie di strumenti già attivi, ovvero:

- budget annuale,
- sistema di reporting interno aziendale (dal cruscotto direzionale ai report operativi),
- il sistema di valutazione delle prestazioni, sistema premiante di gruppo e/o individuale, collegato a sua volta anche alla valutazione di fine incarico dirigenziale;
- il sistema di monitoraggio delle competenze.

La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale e interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi e azioni da attuare nel corso di un anno, ma in coerenza con le strategie pluriennali indicate nel piano della performance aziendale ed in attuazione degli obiettivi di programmazione pluriennali e annuali regionali.

Questi strumenti sono finalizzati a rappresentare ulteriori ambiti del sistema di valutazione delle performance aziendali in particolare il collegamento tra performance aziendale e i comportamenti dei gruppi e /o dei singoli, ai quali è anche associato l'eventuale riconoscimento di una quota di retribuzione accessoria e variabile. Il monitoraggio delle competenze agite nell'erogare le proprie prestazioni lavorative offre la possibilità di personalizzare e quindi rendere più efficaci gli interventi formativi e non si collega in alcun modo ad elementi retributivi o di carriera.

La AUSL di Modena sta investendo per innovare il processo di budget, anticipandolo nei tempi e rafforzandolo come momenti di monitoraggio infrannuali, nonché nella definizione di obiettivi e

indicatori quantitativi significativi tesi a rafforzare la dimensione orizzontale e di integrazione. In questo senso, il percorso avviato dalla RER con il sistema SIVER è senz'altro molto positivo e aiuta le aziende in questa dimensione.

Per rafforzare la dimensione orizzontale e processuale, si stanno aumentando gli obiettivi di budget collegati alla realizzazione integrata di processi tra diverse funzioni piuttosto che singoli obiettivi verticali, nella convinzione che la lettura per processi sia più coerente alla misurazione del valore prodotto per il cittadino e quindi anche per l'azienda.

Come detto, l'Azienda USL di Modena, nell'ultimo anno, ha messo a punto un Cruscotto Direzionale, finalizzato al periodico monitoraggio dell'andamento aziendale. La creazione di tale cruscotto nasce dalla volontà della Direzione Aziendale di poter disporre di un sistema di reporting strutturato e sintetico. I dati contenuti nel cruscotto sono stati costruiti seguendo la linea delle Dimensioni della Performance 2015-2017, alle quali è stata aggiunta un'ulteriore dimensione, di particolare rilevanza, che è quella della sostenibilità.

A titolo di esempio, si riportano nel box di seguito i temi sintetizzati nell'Executive Summary dell'ultima edizione prodotta, con i dati aggiornati a marzo-aprile 2016:

- Politiche integrate di promozione e tutela della salute – Il contesto demografico della provincia di Modena è variato nell'ultimo anno, con una riduzione della popolazione totale, causata principalmente dalla diminuzione delle immigrazioni; sono aumentate le coperture vaccinali nei bambini di 12 mesi ma sono diminuite nei bambini di 24;
- Politiche per la semplificazione e l'equità nell'accesso ai servizi – Si è verificata una riduzione del tasso di PL per 1000 ab. residenti negli ospedali pubblici e privati accreditati; è aumentato il tasso di ospedalizzazione in SPDC/SPOI ma è diminuito in TSO; buona la % di estensione screening colon utero, mammografico e colon retto, rimane migliorabile la % di adesione agli screening; aumenta il trend della popolazione assistita a domicilio, in particolare per gli over 75 (anche se con differenze nei vari distretti); sono diminuite le gravidanze in carico, rimangono costanti i certificati IVG e diminuiscono gli utenti dei consultori familiari; aumenta l'associazionismo medico e il numero degli assistiti; in forte crescita la visibilità aziendale e l'interazione con i cittadini tramite i social network;
- Percorsi clinico assistenziali – La valutazione complessiva è buona per Ca Mammella (con margini di miglioramento per gli indicatori di esito) e sul Ca Colon; la valutazione è molto buona per il Percorso Nascita, l'Ictus, la Frattura di Femore nel paziente anziano (fatta eccezione per la fase di follow up) e per lo Scompenso Cardiaco;
- Politiche per la valorizzazione del personale – Il numero dei dipendenti di ruolo diminuisce leggermente, mentre aumenta di poco il numero dei dipendenti non di ruolo; la maggioranza dei dirigenti è di sesso femminile; la quota più consistente dei dipendenti ha un'età compresa tra 45 e 55 anni;

- Performance management per la creazione di valore – Resta costante la % di abbandoni da PS dopo il triage e la % di accessi in PS seguiti da ricovero; c'è stata una leggera diminuzione del tempo d'attesa medio in triage e un lieve aumento degli accessi in PS in codice giallo e rosso; ottimo l'indice di performance per le prime visite specialistiche ambulatoriali e per le prestazioni di diagnostica; sono migliorabili i tempi d'attesa per le prestazioni chirurgiche programmate; per quanto riguarda la mobilità è da sottolineare l'aumento della passiva di degenza e della specialistica infraregionale; in crescita la % di casi medici di un giorno e rimane costante la % di ricoveri potenzialmente inappropriati; diminuisce il tasso standardizzato di complicanze e rimane costante la % di DRG medici e chirurgici;
- Politiche di controllo, misurazione, valutazione, rendicontazione interna ed esterna – Sono in diminuzione le ospedalizzazioni evitabili per lo Scopenso Cardiaco, Asma e Gastroenterite, mentre aumentano per Diabete e BPCO; sono in fase di elaborazione i dati relativi alla sicurezza e infortuni e la % di realizzazione/avanzamento del piano prevenzione corruzione e trasparenza 2015/2017.
- Politiche di sostenibilità – Il bilancio consuntivo 2015 si è chiuso con utile di circa 15 mila €; il risultato è notevole se si considera che per quanto concerne i ricavi sono diminuite le risorse disponibili a budget e per quanto riguarda i costi si è verificata una riduzione per servizi appaltati, del FRNA e dei dispositivi medici; al contempo sono aumentati i costi della protesica, della farmaceutica e il saldo negativo mobilità.

7. INDICATORI DI RISULTATO

Per le diverse Dimensioni/Aree della Performance è stato individuato dalla RER un insieme di circa 80 indicatori quantitativi comuni a tutte le aziende, al fine di garantire la coerenza, la confrontabilità, e la trasparenza del sistema. Di questi, 40 sono quelli quest'anno utilizzati per la valutazione della Performance e sono questi quindi quelli presentati e commentati nel seguito, come posizionamento attuale della AUSL di Modena e come integrazione agli obiettivi del prossimo triennio. In aggiunta ai 40 obiettivi di valutazione, ve ne sono:

- 18, che sono gli indicatori PNE relativi alla misurazione degli esiti compiuta a livello nazionale, che, rispetto agli stessi dati pubblicati dal Ministero della Salute, presentano alcuni disallineamenti dovuti alla assenza, nella fonte regionale, degli aggiustamenti su base nazionale operata dal Ministero (in rosa nella Tabella seguente di pag 24).
- 22, che sono gli indicatori di "osservazione" che quindi consentono all'azienda di apprezzare la propria performance senza essere oggetto di valutazione, per "novità" dell'indicatore o del calcolo, per necessità di consolidare il target/termine di riferimento (in blu nella Tabella seguente di pag 24).

La griglia di valutazione utilizzata è normalizzata tra 0 (risultato pessimo) e 5 (ottimo) e colorata dal rosso (pessimo), arancione (scarso), giallo (medio), verdino (buono), verde (ottimo). I 40 indicatori sono raggruppati nelle 4 dimensioni e 11 aree di valutazione della Performance (delibera 3/OIV).

Tabella 8 – Dimensioni di Valutazione e Aree/Indicatori di sintesi sistema SIV-ER PP

| Dimensione di Valutazione | Aree/indicatori di sintesi | EMILIA-ROMAGNA | MODENA |
|---------------------------|--|----------------|--------|
| UTENTE | Accesso e Domanda | 4,04 | 4,19 |
| | Integrazione | 3,26 | 3,39 |
| | Esiti | - | - |
| PROCESSI INTERNI | Produzione-Ospedale | 3,26 | 3,02 |
| | Produzione-Territorio | 4,59 | 4,65 |
| | Produzione-Prevenzione | 3,40 | 3,42 |
| | Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico | - | - |
| | Organizzazione | 3,75 | 4,00 |
| | Anticorruzione-Trasparenza | 4,38 | 4,94 |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | Sviluppo Organizzativo | 3,30 | 3,40 |
| SOSTENIBILITA' | Economico-Finanziaria | 3,43 | 3,22 |

Fonte: RER, Sistema SIVER – Elaborazione per Piano della Performance, dati estratti a giugno 2016. Dati al 2015.

Il posizionamento dell'Azienda USL di Modena, con i dati al 2015 e relativamente alle dimensioni individuate, è molto positivo: tutti gli indicatori di sintesi si posizionano nei livelli verde o verdino, corrispondenti a una valutazione ottima o buona. L'azienda è anche sempre allineata alla valutazione media regionale, con un posizionamento più alto nell'area Organizzazione. Questo alto livello di

valutazione a livello macro, comunque, non significa che non siano presenti alcuni punti di miglioramento, che infatti sono presentati e discussi nel seguito.

7.1 INDICATORI SISTEMA DI VALUTAZIONE SIV-ER PER PP

Nella tabella seguente sono riportati gli indicatori di dettaglio che esplodono le aree sopra descritte:

Tabella 9 - Indicatori sistema SIV-ER PP

| Indicatore | EMILIA-ROMAGNA | MODENA |
|--|----------------|--------|
| Accesso e Domanda | 4.04 | 4.19 |
| Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 141.08 | 139.97 |
| Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg | 97.17 | 96.92 |
| Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg | 97.77 | 96.82 |
| % di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni | 68.93 | - |
| Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti | 12.13 | 8.42 |
| Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA | 16 | - |
| % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti | 68.82 | 70.4 |
| % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora | 64.54 | 67.7 |
| Tasso di accessi in PS | 380.84 | 409.66 |
| Integrazione | 3.26 | 3.39 |
| Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA | 188.83 | 167.65 |
| Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA | 418.24 | 393.66 |
| % di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA | 4.31 | 4.19 |
| Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni | 26.05 | 14.81 |
| Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti | 63.55 | 57.49 |
| % di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni | 17.41 | - |
| Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni | 198.13 | 218.83 |
| Esiti | - | - |
| % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | 77.62 | 77.84 |
| Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico | 1.69 | 1.14 |
| Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola | 2.26 | 2.09 |
| Mortalità a 30 giorni per IMA | 9.2 | 7.74 |
| % di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA | 42.67 | 38.39 |
| Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio | 12.13 | 9.99 |
| Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale | 1.65 | 0.98 |

| Indicatore | EMILIA-ROMAGNA | MODENA |
|--|-----------------------|---------------|
| Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico | 11.6 | 9.72 |
| Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale | 1.56 | 1.29 |
| Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata | 9.48 | 7.48 |
| % di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella | 6.42 | 4.35 |
| Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone | 1.04 | 0 |
| Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco | 4.35 | 3.2 |
| Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon | 3.76 | 2.55 |
| % di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali | 0.83 | 0.88 |
| % di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei | 0.97 | 0.8 |
| % interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione | 70.38 | 65.45 |
| Proporzione di parti con taglio cesareo primario | 18.65 | 11.81 |
| % interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui | 77.21 | 89.07 |
| % interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui | 79.08 | 84.35 |
| Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone | 2 | 2 |
| Produzione-Ospedale | 3.26 | 3.02 |
| % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni | 3.18 | 2.63 |
| Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici | -0.47 | 0.25 |
| Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici | -0.72 | -0.9 |
| Degenza media pre-operatoria | 0.8 | 0.94 |
| Volume di accessi in PS | 1857137 | 203168 |
| Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici | 339417 | 34987 |
| Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici | 262852 | 24335 |
| Volume di ricoveri in DH per DRG medici | 76952 | 6256 |
| Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici | 88286 | 8865 |
| Produzione-Territorio | 4.59 | 4.65 |
| Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 20.18 | 19.18 |
| Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile | 7.06 | 7.74 |
| Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica | 6755149 | 876074 |
| Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite | 6144837 | 680128 |
| Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio | 46172919 | 7059928 |
| Produzione-Prevenzione | 3.4 | 3.42 |
| % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare | 48.6 | 53 |
| % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica | 33.8 | 31 |
| % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate | 75.3 | 78.06 |

| Indicatore | EMILIA- ROMAGNA | MODENA |
|---|----------------------------|---------------|
| % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate | 50.29 | 49.87 |
| Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA | 51.86 | 53.94 |
| Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | 92.91 | 93.8 |
| % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA | 10.07 | 10.01 |
| Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti | 98.73 | 96.42 |
| Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico | - | - |
| % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici | 49.84 | 51.78 |
| Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA | 6.6 | 5.09 |
| Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 2.97 | 1.82 |
| Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 122.71 | 93.46 |
| Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA | 0.22 | 0.19 |
| Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti | 10.03 | 9.09 |
| Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni | 4.1 | 5.83 |
| Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico | 2.54 | 2.95 |
| % di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno | 35.8 | 18.71 |
| Organizzazione | 3.75 | 4.0 |
| Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza | 7.5 | 8 |
| Anticorruzione-Trasparenza | 4.38 | 4.94 |
| % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza | 96.91 | 99.69 |
| % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER | 44.41 | 51.85 |
| % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta | 30.49 | 25.31 |
| Sviluppo Organizzativo | 3.3 | 3.4 |
| % di adesione all'indagine di clima interno | 26.52 | 27.02 |
| Economico-Finanziaria | 3.43 | 3.22 |
| Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG | 228.89 | 156.81 |
| Costo pro capite totale | 1823.12 | 1816.39 |
| Costo pro capite assistenza ospedaliera | 710.4 | 735.55 |
| Costo pro capite assistenza distrettuale | 1058.59 | 1021.74 |
| Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro | 54.13 | 58.72 |
| Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici | 94.57 | 87.34 |
| Spesa farmaceutica territoriale pro-capite | 157.54 | 163.26 |
| Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti | - | 41 |
| % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza | 79.84 | 79.39 |

La valutazione aziendale di dettaglio indica l'assenza di indicatori critici (rossi), e invece 2 indicatori che evidenziano un posizionamento **scarso** (arancione), in particolare:

- Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici, che confronta la degenza media rispetto ad uno standard interregionale a parità di casistica e che evidenzia una durata mediamente superiore allo standard per l'Azienda;
- Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani (>65anni) - GRIGLIA LEA: il dato evidenzia un posizionamento allineato a quello medio regionale, ma di livello insufficiente rispetto agli standard della griglia LEA e delle buone pratiche di prevenzione.

8 indicatori di valutazione si posizionano al livello giallo (performance **media**) ed evidenziano alcune aree di miglioramento, tra le quali i costi procapite (assistenza ospedaliera e assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro), indicatori anche al di sotto della media regionale per l'Azienda. Ulteriore spunto di miglioramento è l'adesione allo screening colonrettale rispetto alle persone invitate, la % di ricoveri in day surgery sui ricoveri LEA chirurgici che dovrebbe aumentare, la copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini e il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.

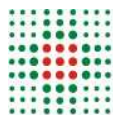
Relativamente agli obiettivi di miglioramento che l'azienda si pone sugli indicatori individuati nel prossimo triennio, questi sono di almeno il mantenimento per tutti gli indicatori di colore verde o verdino. Invece, per quanto riguarda gli elementi da migliorare, a partire dagli indicatori arancioni o gialli, sono stati ricompresi nelle schede di budget (qualora non lo fossero stati) e sono quindi oggetto di una azione di orientamento e cambiamento: gli andamenti qualitativi che orienteranno la programmazione annuale e triennale saranno quelli rappresentati nella tabella seguente ¹.

Gli indicatori di misurazione degli Esiti, ancorchè ancora osservazionali, indicano anch'essi dei buoni risultati da parte dell'azienda con la evidenziazione di alcuni miglioramenti da avviare in modo da anticipare il momento della valutazione vera e propria, come quelli relativi alla % di interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione, decisamente inferiore al corrispondente dato medio regionale e inferiore allo standard.

Tabella 10 - Indicatori sistema SIV-ER PP e obiettivi triennali di performance

| Indicatore | EMILIA-ROMAGNA | MODENA | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|----------------|--------|------|------|------|
| Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA | 188.83 | 167.65 | = | - | - |
| Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti | 63.55 | 57.49 | + | + | ++ |
| Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici | -0.47 | 0.25 | - | -- | -- |

¹ Legenda: - riduzione; -- riduzione decisa; = mantenimento; + aumento; ++ forte aumento.



| Indicatore | EMILIA-ROMAGNA | MODENA | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|-----------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate | 50.29 | 49.87 | + | ++ | ++ |
| Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA | 51.86 | 53.94 | + | ++ | ++ |
| Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | 92.91 | 93.8 | + | ++ | ++ |
| % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici | 49.84 | 51.78 | + | ++ | ++ |
| Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 122.71 | 93.46 | - | - | = |
| Costo pro capite assistenza ospedaliera | 710.4 | 735.55 | - | -- | -- |
| Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro | 54.13 | 58.72 | - | -- | = |
| % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | 77.62 | 77.84 | = | = | = |
| Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico | 1.69 | 1.14 | = | = | = |
| Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoplastica o sostituzione di valvola | 2.26 | 2.09 | = | = | = |
| Mortalità a 30 giorni per IMA | 9.2 | 7.74 | = | = | = |
| % di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA | 42.67 | 38.39 | + | + | + |
| Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio | 12.13 | 9.99 | = | = | = |
| Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale | 1.65 | 0.98 | = | = | = |
| Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico | 11.6 | 9.72 | = | = | = |
| Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale | 1.56 | 1.29 | = | = | = |
| Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata | 9.48 | 7.48 | = | = | = |
| % di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella | 6.42 | 4.35 | = | = | = |

| Indicatore | EMILIA-ROMAGNA | MODENA | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|----------------|--------|------|------|------|
| Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone | 1.04 | 0 | n.a. | | |
| Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco | 4.35 | 3.2 | = | = | = |
| Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon | 3.76 | 2.55 | = | = | = |
| % di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali | 0.83 | 0.88 | - | - | - |
| % di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei | 0.97 | 0.8 | = | = | = |
| % interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione | 70.38 | 65.45 | + | ++ | ++ |
| Proporzione di parti con taglio cesareo primario | 18.65 | 11.81 | = | = | = |

7.2. RICERCA

Nel corso del 2015, scelta formalizzata successivamente nel 2016 con il modello organizzativo degli staff, le attività di ricerca sono state distinte tra ricerca clinica e ricerca socio-organizzativa, in primis sui servizi erogati.

Per quanto riguarda la prima, l'Azienda mantiene una capacità di attrazione nelle discipline oncologiche, delle neuroscienze, della medicina interna e riabilitativa. Nel 2015 l'Azienda ha seguito 45 progetti di ricerca non derivanti da Bandi Pubblici Competitivi, di questi 8 erano "Profit" e 37 "no Profit", per complessivi 117mila euro, cui si aggiungono Bandi Pubblici Competitivi per 82mila euro.

Inoltre, il numero di progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore o di unità partecipante sono:

Deliberati:

Dipartimento Neuroscienze € 520.059,16;

Dipartimento di Medicina Interna, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria € 230.087,76;

Approvati dal Ministero della Salute (non ancora deliberati):

Dipartimento Neuroscienze € 1.007.038;

La ricerca socio-organizzativa sui servizi è orientata a sviluppare modelli di segmentazione dell'utenza al fine di tracciare i servizi concretamente erogati dall'azienda e a valutarne a posteriori l'efficacia e l'appropriatezza, oltre che l'equità e gli effetti sull'esperienza vissuta dal paziente. E' quindi un ambito di

intervento strategico e utilizza strumenti di analisi che si collegano trasversalmente a diverse aree aziendali.

7.3. INVESTIMENTI²

Il piano degli investimenti che l'Azienda USL di Modena intende realizzare nel triennio 2016-2018 è costituito, secondo le regole regionali, da:

- Investimenti in corso di realizzazione – sono indicati gli interventi in corso di realizzazione oppure quelli per i quali è stata ultimata la fase di progettazione esecutiva (Scheda 1);
- Investimenti in corso di progettazione - sono indicati gli interventi, con copertura finanziaria, per i quali è in corso la fase di progettazione (Scheda 2);
- Interventi in programmazione - sono indicati quegli interventi che, pur non avendo copertura finanziaria, sono considerati necessari per fornire adeguata risposta ai bisogni sanitari. In particolare vanno indicati gli interventi aventi ipotetica copertura da fondi in conto esercizio. Tali interventi possono essere realizzati soltanto dopo avere certezza delle necessarie fonti di finanziamento. Gli interventi vanno elencati in ordine di priorità (Scheda 3).

Tabella 11 – Piano Investimenti 2016 (in .000€)

| Investimenti da realizzare | Anni | | | |
|--------------------------------------|--------|--------|-------|-----------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | Anni successivi |
| Interventi in corso di realizzazione | 18.901 | 5.562 | 300 | 0 |
| Interventi in corso di progettazione | 11.791 | 14.490 | 8.730 | 756 |
| L.R. n. 16/12 corso di progettazione | 3.774 | 4.486 | 1.309 | 3.000 |
| Interventi in programmazione* | 2.540 | 9.168 | 8.097 | 12.844 |

Per quanto riguarda gli **investimenti in corso di realizzazione**, il valore complessivo ammonta a 32.337.000 di euro, con un totale di investimenti da realizzare nel prossimo triennio pari a 17.168.000 euro, in particolare 16.018.000 euro per l'anno 2016 e 1.150.000 euro per il 2017.

Tra questi, gli investimenti più consistenti riguardano:

- la Casa della Salute di Modena 1 (Via Fanti) (5.712.000 euro),
- lavori per l'adeguamento antincendio presso edifici dell'AUSL e sul Presidio Ospedaliero (3.786.000 euro),
- lavori per l'adeguamento antincendio presso Castelfranco Emilia (HCFE per 1.992.000 euro).

Per quanto riguarda gli **investimenti in corso di progettazione**, il valore complessivo ammonta a 35.767.000 di euro, composti da 11.791.000 euro per l'anno 2016, 14.490.000 euro per il 2017 e

² Le stime riportate nel seguito del paragrafo sono oggetto di valutazione al momento dell'emissione del presente documento e quindi passibili di qualche aggiustamento.

8.730.000 per il 2018. Il totale comprende anche una quota che riguarda gli investimenti da realizzare negli anni successivi al 2018 (756.000 euro).

Gli investimenti più consistenti in questa scheda riguardano:

- interventi edilizi sull'ospedale di Mirandola (7.788.000 euro),
- la realizzazione della Casa della Salute di Carpi (3.980.000 euro),
- i lavori di sistemazione per l'ex Ospedale Estense a Modena (3.500.000 euro)
- e la ristrutturazione del complesso ospedaliero di Castelfranco Emilia (3.405.000 euro).

Ai progetti sopra descritti vanno aggiunti gli interventi in corso di progettazione L.R.16/12 – “norme per la ricostruzione dei territori interessati dal sisma del 20 e 29 maggio 2012” - per un ammontare complessivo di 12.569.000 euro, dei quali la gran parte (9.309.000 euro) è dedicata alla realizzazione della CdS di Finale Emilia.

Per quanto riguarda gli **investimenti in programmazione**, cioè quelli per i quali non vi è ancora copertura finanziaria, il valore complessivo ammonta a 40.352.000 anche se per questi non vi è ancora una corretta stima per il prossimo triennio; la stima parziale prevede 2.540.000 euro per gli investimenti da realizzare nel 2016, 9.168.000 nel 2017, 8.097.000 nel 2018 e 12.844.000 negli anni successivi.

7.4 ALTRI AMBITI DI INTERESSE AZIENDALE

Elementi ulteriori di definizione di obiettivi e di predisposizione di indicatori atti a misurarne la realizzazione, sono riportati nel seguito, come esempi di aree di innovazione o miglioramento che l'azienda ha intrapreso, collegate agli obiettivi regionali, ma anche frutto di riflessioni strategiche interne.

Sono stati scelti, per una loro rappresentazione in questo Piano, 3 progetti afferenti diverse dimensioni, quali quella del miglioramento della presa in carico dei pazienti (Percorsi), del miglioramento dei processi amministrativi interni e in particolare di quelli dell'accesso amministrativo, di relazione con il contesto esterno, istituzionale e del terzo settore.

- PERCORSI DEL PAZIENTE

Tra le principali linee strategiche che l'Azienda USL di Modena vuole sviluppare per il prossimo triennio c'è lo sviluppo e il consolidamento dei PDTA, come strumento non solo di modalità condivise di erogazione dei servizi, ma anche sotto il profilo organizzativo, in quanto “contenitore” di innovazione nelle responsabilità, nei tempi e modi di intervento attivo sui pazienti.

Tali percorsi saranno generalmente sviluppati a livello interaziendale, proprio per garantire continuità della presa in carico, sia per pazienti cronici che acuti, anche a partire, come già accennato in precedenza, dalle piattaforme produttive che verranno individuate.

Nello specifico si intende rafforzare i PDTA esistenti e garantirne la condivisione e diffusione interna e avviare la progettazione e implementazione di quelli che sono necessari a una risposta più efficace al bisogno dell'utenza.

I PDTA diventano quindi all'interno del Piano della Performance aziendale elementi importanti per monitorare l'andamento dell'attività aziendale nelle diverse fasi assistenziali della presa in carico, dalla eventuale pre/ospedalizzazione alla fase post acuta e di riabilitazione, se prevista.

Nella tabella di seguito sono riportati i dati di monitoraggio degli indicatori di performance individuati nel Cruscotto direzionale dell'azienda, relativi a 6 PDTA sviluppati e implementati, con la valutazione al primo trimestre 2016:

Tabella 12 – Monitoraggio PDTA Aziendali

| Percorso clinico assistenziale | Valutazione complessiva | Fasi | | | | | |
|--|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| | | Diagnosi | Pre-ospedalizzazione | Acuta | Post-Acuta/Riabilitativa | Follow-up | Esito |
| CA Mammella | 81% | 100% (2 indicatori) | 100% (1 indicatore) | 90% (4 indicatori) | 100% (1 indicatore) | 55% (5 indicatori) | 100% (1 indicatore) |
| CA Colon | 89% | 99% (2 indicatori) | 77% (1 indicatore) | 100% (1 indicatore) | 62% (1 indicatore) | 84% (2 indicatori) | 100% (1 indicatore) |
| Percorso nascita | 92% | - | 95% (5 indicatori) | 90% (4 indicatori) | - | 93% (1 indicatore) | - |
| Ictus | 96% | 91% (2 indicatori) | - | 100% (2 indicatori) | 90% (1 indicatore) | 100% (1 indicatore) | 100% (1 indicatore) |
| Frattura femore nell'anziano | 94% | 85% (2 indicatori) | - | 91% (3 indicatori) | 93% (1 indicatore) | 79% (2 indicatori) | 97% (1 indicatore) |
| Scompenso Cardiaco | 98% | - | - | 100% (1 indicatore) | - | 96% (3 indicatori) | - |

Fonte: Tableau del Bord per Direzione Aziendale, dati a marzo 2016.

Tale rappresentazione di sintesi permette di monitorare l'andamento dell'assistenza erogata tramite percorsi clinico assistenziali e di poter intervenire tempestivamente nelle fasi in cui si evidenziano margini di miglioramento.

- RIORGANIZZAZIONE RETE AMMINISTRATIVA/PUNTI DI ACCESSO /CUP+SAUB

L'Azienda USL di Modena ha inserito tra le priorità di programmazione per il prossimo triennio la riorganizzazione della rete amministrativa, che nasce dall'esigenza di semplificazione delle attività aziendali, di superamento della frammentazione delle competenze che si è nel tempo realizzata, di garantire omogeneità alle attività e soprattutto ai servizi nei diversi territori dell'azienda, di assorbire il trend di riduzione del personale amministrativo in corso da alcuni anni.

Alcune leve in fase di introduzione sono l'accentramento di alcune attività di back office, a livello locale (un distretto è responsabile di un'attività per tutti gli altri) o a livello centrale (lo è una funzione di staff della direzione), la creazione di sinergie attraverso la possibile informatizzazione di fasi/processi, l'empowerment dell'utente, che possa autonomamente ottenere dei servizi più evoluti con un minore impegno di risorse interne.

Per quanto riguarda i punti di prenotazione, lo sviluppo per i prossimi anni prevede:

- Potenziamento degli accessi diretti ai prelievi: da 2 a 6 (1 per distretto);
- Allargamento della prenotabilità CUPWEB: dal 30% della prenotabilità attuale (esami di laboratorio, visite/esami diagnostica strumentale, visite LP) al 50% nel 2016, al 70% nel 2017;
- Attivazione di punti di prenotazione CUPWEB assistiti per facilitarne l'utilizzo;
- Implementazione di App su smartphone per prenotazione, disdette, funzioni assistenza di base;
- Miglioramento portale internet per prenotazione e disdette CUP e implementazione portale per funzioni assistenza di base;
- Consegna referti diffusa anche c/o portinerie ospedali con orari coincidenti con apertura portineria;
- Completamento della rete unitaria di prestazioni allo sportello: sportello multifunzione (prenotazione, disdetta, anagrafe sanitaria, pagamento ticket) con priorità di localizzazione nelle Case della Salute;
- Estensione delle possibilità di pagamento ticket alle farmacie e alle barriere cassa degli ipermercati;
- Attivazione delle prenotazioni / pagamento ticket c/o parafarmacie;
- Campagna di comunicazione dei servizi alternativi allo sportello: multicanalità per i pagamenti, call center e cupweb per la prenotazione, ritiro on line dei referti;
- Sviluppo della gestione on line delle funzioni di assistenza di base (ex SAUB) e front office;
- Sviluppo della gestione on line delle funzioni di assistenza di base e front office:
 - implementazione di una specifica procedura guidata on line;
 - scelta del medico o pediatra per tutti i richiedenti (italiani, comunitari, stranieri);
 - tutte le richieste di assistenza integrativa e rimborsi: (dialisi, vaccini, cure all'estero, contributi per invalidi, patologie croniche, protesica);
 - comunicazioni con i cittadini relative al ticket per specialistica ambulatoriale (richieste rimborso, riscontri a solleciti, ecc.);

- VALORIZZAZIONE DEI RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDERS ESTERNI

Nella programmazione per il prossimo triennio, è importante considerare anche l'impatto che le linee strategiche avranno sui portatori di interesse aziendali, sia interni che esterni. Gli interessi dei diversi stakeholders che devono essere soddisfatti sono diversi, ma sono integrati tra loro nei progetti e nelle attività necessarie per il perseguimento della mission aziendale.

Presidiare e valorizzare la relazione significa individuare momenti e tematiche di interscambio che, ad esempio, possano collegare alcuni percorsi di innovazione realizzati nelle aziende del territorio a quelle in corso nell'AUSL. Da questi momenti nascono interessanti contaminazioni, scambi di esperienze e di punti di vista, di metodi per affrontare il cambiamento, che sono utili alla riflessione sia in ambito privato che nell'ambito dell'azienda sanitaria pubblica.

Un altro ambito di interazione importante è la progettazione congiunta di interventi, che possono riguardare servizi sanitari specifici, come eventi di promozione e/o prevenzione rivolti ai cittadini, o anche il disegno di orari di apertura più adatti alle esigenze rappresentate dall'esterno.

Ulteriore stimolo è stato dato dal 2015 e verrà consolidato nel triennio 2016-18 alla corretta finalizzazione di finanziamenti dall'esterno utili a sostenere progetti di miglioramento aziendale, in una logica di collaborazione, di co-design e di responsabilizzazione congiunta sui risultati.

Il presidio della dimensione della valutazione di impatto sugli stakeholders richiede la predisposizione di meccanismi informativi specifici, di rendicontazione mirate sulle attività realizzate e i tempi necessari, sia standard, sia relative ai progetti congiunti che si svolgono.

Tabella 13 – Stakeholders aziendali

Relazione con i portatori di interesse

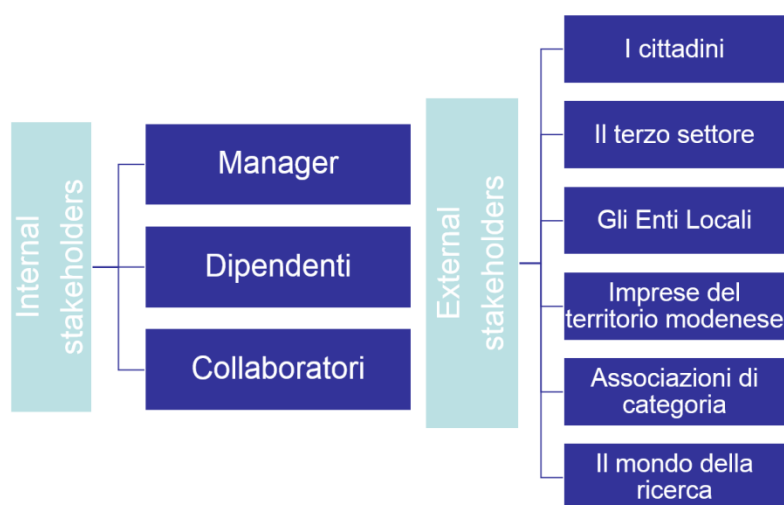
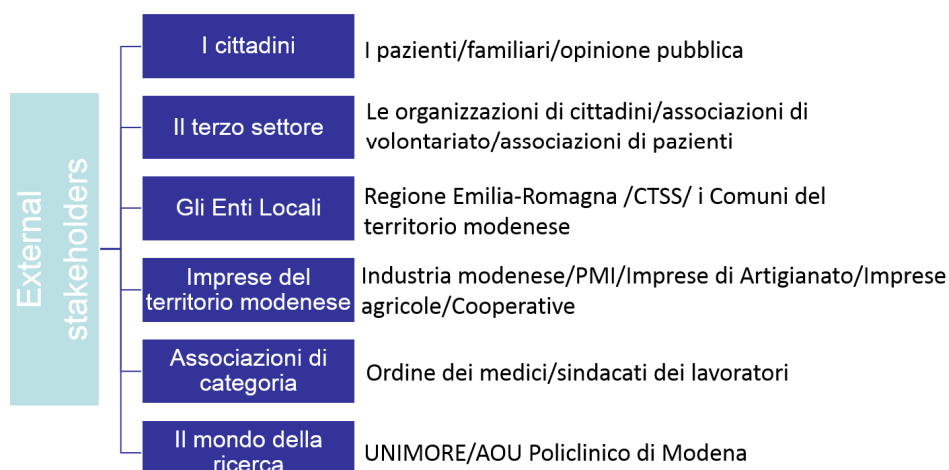


Tabella 14 – Stakeholders aziendali esterni

Relazione con i portatori di interesse esterni



8. POLITICHE AZIENDALI IN MATERIA DI TRASPARENZA E INTEGRITÀ

Il posizionamento rappresentato dagli indicatori SIVER per l'Azienda è buono. Relativamente ai tre indicatori legati alla integrità (di valutazione: % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza e di osservazione: % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER) il posizionamento è superiore alla media regionale, mentre il terzo indicatore, sempre di osservazione, la % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta è oggetto di ulteriori approfondimenti e comunque inferiore alla media regionale.

Come azioni di mantenimento e miglioramento del prossimo triennio, già dall'anno corrente l'obiettivo è realizzare il pieno raggiungimento dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, e mantenerlo nei successivi 2 anni di Piano.

Accanto alle politiche di prevenzione legate al benessere fisico e mentale della popolazione modenese, dal 2012 l'Azienda USL di Modena ha iniziato a disegnare politiche mirate a garantire l'integrità delle azioni messe in campo per tutelare il benessere dei pazienti e l'uso ottimale delle risorse che i cittadini mettono a disposizione dell'Azienda.

Quindi una azione di prevenzione mirata a evitare la corruzione in senso allargato, così come richiesto nel Piano Nazionale Anticorruzione elaborato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, che include non solo le problematiche di origine penale e amministrativa, ma tutte le azioni di "mal-amministrazione" e quindi di cattivo uso delle risorse pubbliche.

Gli obiettivi generali delle politiche per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, esplicitate ogni anno nel relativo Piano Triennale, sono tre: ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione ed eventuali fattori di rischio e creare un contesto sfavorevole alla stessa.

Gli obiettivi triennali che in questo ambito l'Azienda intende raggiungere sono:

1. La definizione di **politiche di rotazione del personale** capaci di integrare le esigenze legate alla prevenzione dell'instaurarsi di relazioni improprie in un determinato ambito, a quelle ancora più importanti legate allo sviluppo delle capacità professionali, valorizzando oltre alle capacità acquisite anche quelle potenziali e future.

Nello specifico, l'Azienda ha già recentemente proceduto ad alcune rotazioni del personale, in diversi ambiti aziendali, e intende continuare con la scelta che sta dando anche buoni risultati sotto il profilo motivazionale. Inoltre, sarà prodotto un documento aziendale contenente le scelte per orientare le politiche di rotazione del personale e l'obiettivo del triennio sarà la realizzazione completa di tali indicazioni.

2. **Politiche di trasparenza**, anche oltre quanto previsto dalla normativa, è necessario individuare e introdurre concretamente azioni che sappiano valorizzare, accanto ai processi tradizionali di

supporto aziendale, anche il tema dei percorsi assistenziali, evidenziando le risorse e le performance raggiunte dall'Azienda.

Nello specifico l'obiettivo sarà quello di avere il 100% nell'assolvimento degli obblighi di trasparenza così come misurati a livello regionale.

3. Uno sviluppo del **sentire e dell'agire in modo etico** da parte di tutti i dipendenti e collaboratori, attraverso attività formative legate alla trasformazione dei principi e valori contenuti nel Codice di Comportamento in azioni concrete percepite direttamente dai cittadini.

Nello specifico l'obiettivo sarà quello di coinvolgere il 100% delle strutture e dipartimenti aziendali nelle attività formative specifiche, sia standard che in risposta ad eventi "sentinella".

4. **Sviluppo di una cultura del rischio** capace di trasformare situazioni potenzialmente negative per l'Azienda e per i cittadini in termini di integrità in opportunità di miglioramento, anche attraverso l'implementazione di **politiche di controllo interno** capaci di ridurre al minimo il rischio di verificarsi di eventi corruttivi.

Nello specifico l'obiettivo è quello di mettere in campo il Sistema dei Controlli Interni, aggiornando quanto già in essere, monitorando con controlli di secondo e terzo livello il 100% delle strutture e dipartimenti aziendali e soprattutto i processi più a rischio.

9. PROGETTI STRATEGICI PER IL TRIENNIO 2016-18

In sintesi, sulla base degli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale e all'azienda USL di Modena, della rilevazione degli spunti di miglioramento rilevati dalla valutazione degli indicatori di performance, la programmazione triennale 2016-18 sarà orientata alla realizzazione dei seguenti progetti:

1. Completamento del Progetto di gestione unificata NOCSAE-AOU

E' imminente dal 1 luglio 2016 l'avvio concreto della fase di sperimentazione del nuovo modello di gestione unificata che darà una scansione temporale degli eventi che la caratterizzeranno. Obiettivo dell'Azienda è sostenerne la completa realizzazione, contribuendo nel concreto a individuare e implementare le soluzioni sui diversi ambiti di cambiamento previsto: patrimonio, personale, sistemi informativi, percorsi di cura, modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni, identificazione delle piattaforme produttive, ecc.

2. Miglioramento e controllo dei tempi di attesa

A questo obiettivo strategico fanno capo i progetti di gestione e controllo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale e della diagnostica, già posti sotto controllo dal 2015 con il sistema MAPS2 che ha visto l'AUSL di Modena chiudere il 2015 con un risultato molto soddisfacente che intende quindi continuare a mantenere. Dal 2016 in questo ambito sarà importante anticipare i cambiamenti intervenienti dalla gestione unificata del NOCSAE e Policlinico, così come mantenere una buona capacità di programmazione della domanda con la rete dei produttori interni (sia dipendenti che specialisti convenzionati), il NOS e con i produttori privati accreditati del territorio.

A questo obiettivo, si è aggiunto il controllo dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati, obiettivo assegnato formalmente alle aziende nel 2016. I prossimi anni saranno quindi caratterizzati da un progressivo impegno per il miglioramento dei livelli attuali di attesa, a partire dagli interventi per tumore maligno e di protesi d'anca, per poi essere esteso ad altre procedure.

3. Politiche aziendali in un'ottica di Patient Centricity

Nel tempo l'azienda ha definito percorsi di gestione dei pazienti relativamente ad alcune patologie al fine di garantire e migliorare la presa in carico di pazienti cronici e complessi, investendo sulla continuità assistenziale. Come visto in precedenza, ci sono 6 percorsi definiti e già attualmente monitorati, ma ve ne sono altri sui quali si sta implementando un set di misurazioni trasversali di performance.

Emerge comunque una necessità di consolidamento, di diffusione degli stessi a tutti i territori aziendali, di revisione, sia a seguito dell'unificazione di BGV all'AOU sia a seguito dell'attenzione più completa all'"esperienza del paziente".

I percorsi sui quali si intende lavorare nel prossimo triennio sono riferiti a pazienti cronici e acuti e si tratta almeno di:

- Diabete
- Scopenso Cardiaco (lavoro già avviato nel 2016)
- Ortopedia: Frattura di Femore nel Paziente anziano + Protesica (lavoro già avviato nel 2016)
- Fibrillazione atriale e TAO (lavoro già avviato nel 2016)
- Oculistica (cataratta 1° occhio e 2°occhio)
- STAM (progr. regionale 2016)
- Percorso Nascita
- Otorinolaringoiatria
- Dolore Lombare
- Epilessia
- Trauma donna e bambino
- Endoscopia
- Vaccini

4. Attivazione rete provinciale su bassa/media complessità per la chirurgia generale

Questo progetto risponde ad un'esigenza di razionalizzazione dei punti di erogazione delle prestazioni chirurgiche, e si collega ai progetti precedenti, sia relativi ai tempi di attesa degli interventi che di revisione dei percorsi che della gestione unificata del NOCSAE.

Ulteriore punto qualificante sarà la progettazione delle piattaforme produttive chirurgiche e dei flussi dei professionisti che garantiranno le prestazioni nelle diverse piattaforme di erogazione, con la previsione di flussi centro – periferia e viceversa, atti a garantire omogeneità ed equità dell'offerta e, per i professionisti, possibilità di accedere alla varietà e diversa complessità tecnico-professionale che saranno gestite nelle diverse piattaforme aziendali e interaziendali.

5. PAC certificazione di bilancio

Il progetto che tenderà alla certificazione di bilancio è già in corso e verrà continuato secondo il programma definito dalla Regione, con lo sviluppo di procedure e regolamenti inerenti i principali processi che impattano sulle voci di bilancio.

6. Miglioramento dei sistemi di rendicontazione interna ed esterna

In questo ambito si svilupperanno diversi interventi progettuali, tra i quali la ridefinizione del processo di budget che porterà ad una maggiore strutturazione dei tempi di avvio e di quelli di monitoraggio intermedio nell'anno, ad una maggiore rilevanza degli obiettivi comuni e trasversali rispetto a quelli funzionali, al maggiore peso dato agli obiettivi di risultato, di esito e outcome delle attività aziendali (inclusione degli indicatori di SIVER) negli obiettivi di budget delle strutture di produzione e nel cruscotto direzionale, sul versante interno.

Dal 2016 è anche operativo e verrà quindi implementato l'utilizzo del Data base fondi esterni, strumento di supporto alla gestione, monitoraggio e rendicontazione dei finanziamenti, donazioni, commesse ricevute dai diversi servizi dell'Azienda da erogatori esterni, pubblici o privati.

Sul fronte esterno, grande attenzione è posta sulla comunicazione agli stakeholders utilizzando tutti i mezzi comunicativi a disposizione e investendo su quelli più innovativi. Tale comunicazione vedrà il consolidarsi della progettazione congiunta di eventi rivolti alla cittadinanza e alle istituzioni, così come avviato dal 2015.

7. Semplificazione dell'accesso

In questo ambito, oltre al già citato insieme di progetti inerenti la riduzione dei tempi di attesa, si sono introdotte e verranno ulteriormente arricchite nuove modalità di comunicazione utili alla semplificazione del rapporto con il cittadino, ad esempio attraverso nuove App che consentano facilmente di effettuare operazioni con l'azienda.

Ulteriori sviluppi attesi in questo ambito riguardano una migliore presa in carico del paziente fragile per cui sarà il medico specialista o il MMG a garantire e a organizzare per il paziente i controlli e o la diagnostica successiva alla visita, agevolando il paziente e, attraverso sistemi informativi più flessibili e finalizzati, senza creare un semplice spostamento di attività non a valore ma anzi proponendone una semplificazione.

8. Costruzione del capitale sociale

L'azienda intende promuovere diverse attività volte a creare un rapporto di congiunta con i portatori di interesse aziendali. Pertanto, oltre al coinvolgimento dei diversi attori, uno dei modi migliori è quello di mettere in atto tutte le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi costruiti in fase di programmazione nei tempi concordati: la dimensione realizzativa collegata al tempo di realizzazione è centrale nella costruzione di un rapporto di fiducia.

Alcuni esempi sono attività, quali gli *open day*, che possano coinvolgere i cittadini con informazioni dirette sulle modalità di svolgimento delle attività aziendali, per creare dei punti di contatto con i servizi erogati dall'Azienda. Queste attività sono finalizzate a far conoscere gli operatori, i servizi e le attività dell'ospedale e del territorio modenese.

9. Modalità di ascolto attivo e interazione

Nel prossimo triennio il tema del rafforzamento della partecipazione dei cittadini, a partire da un loro ascolto attivo da parte dell'azienda è centrale. Nel 2016 sono già stati avviati dei percorsi di ascolto attivo, attraverso focus group, sia di pazienti che di professionisti, inerenti la percezione di alcuni percorsi dei pazienti (fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, k mammella, frattura di femore). Questa attività si integra con altri filoni di attività relativi ai percorsi e l'arricchisce di spunti di miglioramento importanti. Obiettivo del prossimo triennio è estendere questo approccio ad altri percorsi, a rivederli e consolidarli quando opportuno, a diffonderli e omogenizzarli nel territorio.

Sul tema della partecipazione dei cittadini, si è avviato un progetto che continuerà nei prossimi anni di partecipazione nelle Case della Salute dell'azienda (ad oggi 7 attive ma con almeno 3 in prospettiva

di apertura nel prossimo triennio). Il progetto, a partire dall'ascolto attivo della cittadinanza, potrebbe arrivare anche alla coprogettazione di alcuni servizi, ragionando anche della sostenibilità per i professionisti.

10. Politiche e strumenti di Equità

Il tema dell'equità è trasversale e caratterizzante sia i processi rivolti all'esterno che all'interno ed è un tema centrale nella definizione delle politiche di intervento nei prossimi anni. Valutare l'impatto delle scelte strategiche e operative anche come impatto sulle diverse possibilità di accesso o di fruizione o di continuità di servizio per diverse fasce, gruppi, o singoli individui è un elemento imprescindibile. Consente infatti di comprendere se le scelte aziendali – involontariamente – possono precludere l'equa offerta dei servizi, o l'accesso a tutte le persone cui si rivolgono.

L'azienda, anche sulla base degli obiettivi specifici in materia di equità assegnati nella programmazione regionale 2016, attiverà alcuni strumenti utili alla valutazione delle attuali condizioni di equità nell'accesso, nella fruizione e negli esiti dei propri servizi.

Nel corso del prossimo triennio, verranno utilizzati strumenti quali:

- Health equity audit, che verrà avviato dal 2016, e che prevede su un arco temporale di un triennio, la realizzazione di un equity profile del servizio o aspetto oggetto di analisi da parte di un gruppo di lavoro interdisciplinare al fine di individuare gli elementi da rimuovere o modificare per migliorarne l'equità; il percorso passa anche attraverso una valutazione di fattibilità e di sostenibilità economica. I primi processi che potrebbero essere analizzati con questo approccio sono il k mammella e diabete. In prospettiva si potrà ampliare l'approccio anche ad altri ambiti oncologici.
- Equality Impact Assessment: è uno strumento di valutazione di diversi items di equità da attuare su progetti specifici, quali ad es. in collegamento agli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione e con quanto emergente nell'ambito della partecipazione dei cittadini. L'azienda ha già avviato insieme all'AOU l'utilizzo di questo strumento su alcuni temi quali la disabilità, l'attività motoria e la disabilità mentale e l'attività motoria e la donne >50 anni.

11. Progetto accreditamento

L'Agenas, il Ministero della Salute e le Regioni/Province Autonome, sono giunti alla definizione di un modello nazionale di accreditamento per le strutture sanitarie, rappresentato nel "Disciplinare tecnico per l'Accreditamento". Le Regioni e le aziende sanitarie accreditate dovranno uniformarsi ai criteri e requisiti del Disciplinare tecnico nei tempi previsti dall'Intesa sancita in data 19 febbraio 2015.

Il Progetto accreditamento (in adeguamento alla DGR 1604/2015) ha come obiettivo prioritario quello di promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione, attraverso un modello che permetta alle strutture di misurare con continuità il livello di attuazione e applicazione dei requisiti e orientare lo svolgimento delle attività al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

L'azienda si propone di lavorare secondo alcune linee di principio così riassumibili:

- Promozione e supporto ai processi di cambiamento/innovazione
- Informazione, coinvolgimento e partecipazione di tutte le articolazioni aziendali interessate
- Confronto/benchmarking con altre aziende regionali e best-practice a livello nazionale
- Orientamento al miglioramento delle performance più che alla conformità

La durata complessiva del progetto è di anni 2 coerentemente con quanto previsto con la DGR 1604/2015 che proroga la durata degli accreditamenti in vigore fino al Luglio 2018.

12. Miglioramento processi di gestione risorse umane

Nel corso del triennio, si prevede la revisione dei sistemi di valutazione del personale, del monitoraggio delle competenze e della valutazione al termine dell'incarico creando sinergie e collegamenti tra i processi che ad oggi sono relativamente indipendenti e invece rappresentano, pur da diversi punti di vista, un sistema integrato. Collegati a questi vi sono poi i processi formativi, anch'essi da collegare meglio ai precedenti e anche alla pianificazione strategica aziendale.

Alcune aree di lavoro riguardano la valutazione di fattibilità di introduzione di modalità di Telelavoro e lavoro a distanza, per una migliore conciliazione dei luoghi e dei tempi di lavoro – vita privata. Altri progetti sono attualmente oggetto di approfondimento per avviare azioni a seguito dell'ageing del personale. Parallelamente, l'Azienda sarà impegnata dal 2016 nella comunicazione e nella individuazione di azioni di miglioramento interno alla luce dei risultati appena ottenuti dall'Analisi di clima svolta nel mese di marzo – aprile 2016, nella quale si è verificata una soddisfacente quota di adesione (27%).

Da ricordare uno strumento importante che è stato recentemente introdotto in azienda e che verrà ulteriormente utilizzato in tutte le situazioni in cui sarà possibile, cioè la *job rotation* o rotazione dei dirigenti, per i quali sia fattibile come competenze possedute. Gli effetti benefici della rotazione sono evidenti in letteratura e nella pratica delle aziende private come un forte agente di ri-motivazione; inoltre, lo strumento è anche una delle leve consigliate nell'ambito delle buone pratiche della Trasparenza e Anticorruzione.