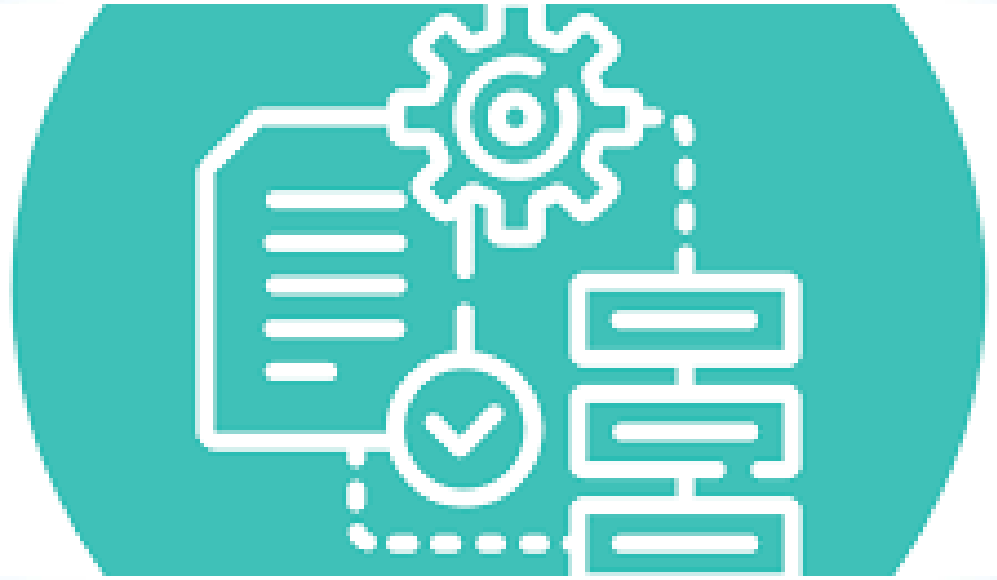
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Sistema Qualità e Accreditamento



Piano Programma Aziendale Qualità e Accreditamento 2026

INDICE

IL CONTESTO **3**

LA MISSION AZIENDALE **3**

IL SERVIZIO QUALITÀ E ACCREDITAMENTO **4**

LA RETE DEI REFERENTI 4

Referenti per la Qualità *4*

Rete degli Auditor Interni *4*

CONTRIBUTO ALLA TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PROCESSI AZIENDALI CON GLI STRUMENTI DELLA QUALITÀ **5**

INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA PROFESSIONALE DEI PROCESSI GESTIONALI TRA LE AZIENDE SANITARIE MODENESI. **6**

AUTOVALUTAZIONE: MANTENIMENTO REQUISITI SPECIFICI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE **6**

QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO **7**

RINNOVO DI ACCREDITAMENTO AZIENDA USL DI MODENA 7

Domanda di rinnovo *7*

Rinnovo di accreditamento: 1ª linea progettuale *8*

Rinnovo di accreditamento: 2ª linea progettuale *11*

Next steps *13*

AZIONI A SUPPORTO DELL'EQUITÀ E DELLA MEDICINA DI GENERE **13**

POSSIBILE SVILUPPO: CERTIFICAZIONE PARITÀ DI GENERE 13

EQUITÀ 14

SUPPORTO AI PROGETTI AZIENDALI E INTERAZIENDALI **15**

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE PER UN'ASSISTENZA DIABETOLOGICA EFFICACE E PROSSIMA AI BISOGNI DEI PAZIENTI .. 15

IL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO DI SECONDO LIVELLO 16

MAPPATURA E MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO GERIATRICO TERRITORIALE: QUALITÀ E SICUREZZA 16

PROGETTO VI.SI.T.A.RE (UOS RISCHIO CLINICO) 17

RACCOMANDAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE – VISITE PER LA SICUREZZA, LA TRASPARENZA E L'AFFIDABILITÀ. 17

Documento redatto da *Luisa Iannotti – Responsabile Reti e Sistemi di Verifica della Qualità*

IL CONTESTO

L'Azienda USL di Modena (AUSL) nasce nel 1994 dalla fusione di sei Unità Sanitarie Locali. Il territorio su cui svolge le proprie attività istituzionali coincide con quello della Provincia di Modena: una superficie di 2690 Kmq, suddivisa in 47 Comuni, con una popolazione che ha raggiunto le 706.972 unità (al 1° gennaio 2024). È organizzata in 7 Distretti socio-sanitari che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti, 4 Ospedali (Carpi, Mirandola, Vignola, Pavullo) a gestione diretta (riuniti in un presidio unico), organizzati in una rete che include funzionalmente anche l'Ospedale di Sassuolo, società per azioni che dal 2022 è a completa partecipazione pubblica da parte dell'Ausl di Modena, il Policlinico e l'Ospedale Civile di Baggiovara dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena (questi ultimi, a gestione unica e integrata a far tempo dal 1° gennaio 2017).

Fanno parte della rete socio-sanitaria dell'Azienda USL di Modena (dato aggiornato ad agosto 2025):
20 Case della comunità (ex Case della salute)
36 Nuclei cure primarie
31 Consultori familiari
21 Punti di continuità assistenziale
3 Ospedali di comunità (OsCo)
1 Hospice
5 Centri di assistenza e urgenza (CAU)
5 Ospedali privati accreditati
130 Strutture residenziali
200 Farmacie pubbliche e private
26 Strutture ambulatoriali private accreditate

La programmazione provinciale prevede a regime la presenza di 27 Case della Comunità, 8 Os.Co., 4 Hospice, oltre 50 punti di infermieristica di Comunità e 7 COT. La tabella a seguire evidenzia le strutture attive e quelle di prossima realizzazione.

Programmazione provinciale di Modena	ATTIVE					IN PROGRAMMAZIONE				
	Case della comunità	Infermieristica di comunità	OS.CO	Hospice	COT	Case della comunità	Infermieristica di comunità	OS.CO	COT	Hospice
Distretto di Carpi	3	7	1	0	1	1	0	0	0	1
Distretto di Mirandola	4	8	0	0	1	1	0	1	0	
Distretto di Modena	2	4	0	0	1	1	4	1	0	1
Distretto di Sassuolo	4	7	0	0	1	0	0	1	0	1
Distretto di Pavullo	2	6	1	0	1	2	4	0	0	
Distretto di Vignola	2	7	0	0	1	4	0	1	0	
Distretto di Castelfranco	2	5	1	1	1	0	1	0	0	
Provincia di Modena	**19**	**44**	**3**	**1**	**7**	**9**	**9**	**4**	**0**	**3**
					Previste a regime	27	53	7	7	4

All'interno dell'Azienda USL di Modena operano 5450 dipendenti (al 22/10/2025) dipendenti di cui:
- 900 dirigenti sanitari (medici, veterinari e non medici),
- 3.750 unità di personale sanitario e tecnico addetto all'assistenza,
- 800 unità di personale amministrativo e tecnico non addetto all'assistenza.

A questi si aggiunge il personale convenzionato tra cui: 446 medici di medicina generale e 95 pediatri di libera scelta.

LA MISSION AZIENDALE

L'Azienda USL di Modena 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 assistenza, entro un quadro di sostenibilità 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, la centralità e coinvolgimento del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute
- ✓ l'equità
- ✓ la trasparenza nell'agire della pubblica amministrazione
- ✓ 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 partecipazione dei cittadini alla programmazione e dei servizi, alla loro valutazione, nonché la partecipazione alle scelte assistenziali
- ✓ la sostenibilità economica e finanziaria

IL SERVIZIO QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

Il servizio supporta la Direzione strategica aziendale e le articolazioni organizzative sui temi dell'**accreditamento, della qualità organizzativa, clinica e percepita nei servizi** sanitari e socio-sanitari.

Gli ambiti principalmente trattati sono i seguenti:

- ✓ accreditamento istituzionale e certificazione;
- ✓ qualificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali collaborando alla definizione degli standard di qualità e degli strumenti di monitoraggio, valutazione degli aspetti di sicurezza del paziente e mappatura delle competenze cliniche;
- ✓ gestione della documentazione per la qualità, supportandone la redazione e la diffusione nelle articolazioni aziendali;
- ✓ valutazione della qualità clinica ed organizzativa mediante il sistema degli audit e con l'implementazione di specifici indicatori.

Sulla base della DGR 1943/2017, l'Azienda USL di Modena ha sostenuto la verifica regionale di Accreditamento Aziendale nei giorni 16, 17 e 18 aprile 2019 con successiva emanazione della Determina di Accreditamento n. 3914 del 3 Marzo 2022.

La rete dei Referenti

Per il raggiungimento della propria mission si è reso necessario implementare un modello a rete con lo sviluppo di competenze e professionalità trasversali all'intera Azienda, con professionisti interni che possano svolgere la funzione di facilitatori del Sistema di Gestione in Qualità (rete dei Referenti Qualità e Accreditamento - RAQ) e di Valutatori (rete degli Auditor) dei processi attivati. Entrambe le Reti sono state definite attraverso la Deliberazione del Direttore Generale n°342 del 29/10/2024.

Referenti per la Qualità

La scelta di costituire una r**ete di referenti accreditamento e qualità (RAQ)** individuati dai direttori di dipartimento in base a precisi criteri (Job description) ha portato alla costruzione di specifici percorsi formativi, in aula e sul campo, risultati efficaci in termini di ricaduta per:

- ✓ la condivisione di processi e percorsi;
- ✓ la diffusione delle best practices;
- ✓ il governo delle interfacce.

Il Referente Qualità e Accreditamento – RAQ - rappresenta l'interfaccia tra l'organizzazione di appartenenza e l'Ufficio Qualità e Accreditamento Aziendale dal quale recepisce e al quale fornisce indicazioni per la promozione delle attività inerenti la qualità, facilitando il processo d'implementazione del sistema di gestione per la qualità (Accreditamento RER/ o Certificazione).
Il RAQ risponde dell'applicazione dei requisiti di qualità relativi alla propria Struttura di afferenza e promuove l'attuazione e la gestione di azioni correttive e preventive nell'ottica del miglioramento continuo.

Rete degli Auditor Interni

L'Auditor, inteso come valutatore interno, verifica la conformità delle strutture aziendali alla normativa e a tal fine definisce i criteri di valutazione per il singolo caso, seleziona il metodo appropriato di valutazione e conduce il processo di valutazione.

L'Auditor deve possedere competenze in relazione a:

- ✓ principi, processi e metodi di audit,
- ✓ sistema di gestione e documenti di riferimento, al fine di comprendere il campo di applicazione dell'audit e di applicare i criteri dell'audit;
- ✓ contesto organizzativo, al fine di comprendere la struttura, le prassi aziendali e di gestione dell'organizzazione auditata;
- ✓ requisiti legali e contrattuali applicabili e altri requisiti che si applicano all'organizzazione auditata, nonché gli altri requisiti eventualmente previsti dalla normativa di riferimento e dai documenti tecnici.

CONTRIBUTO ALLA TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PROCESSI AZIENDALI CON GLI STRUMENTI DELLA QUALITÀ

L'applicazione degli strumenti di gestione in qualità secondo le normative regionali e internazionali ha come fine ultimo la tenuta sotto controllo dei processi trasversali o specifici degli Staff o della Line aziendale. Tenere sotto controllo questi processi serve in ultima analisi ad identificare le aree di miglioramento e quindi contribuire ad evitare possibili criticità e relative conseguenze.
Nella figura sotto riportata si dà evidenza in sintesi di quanto affermato.

Processi tenuti sotto controllo	Sistema di gestione in qualità	Servizi coinvolti
Analisi del fabbisogno, acquisizione, collaudo, manutenzione, sicurezza, monitoraggio, implementazione, valutazione e sviluppo del parco tecnologico aziendale dei Dispositivi Medici, Dispositivi Diagnostici in Vitro, Hardware e Software medicali.	Certificazione ISO 9001/15 Periodicità di controllo annuale	Servizio Unico Ingegneria Clinica
Gestione tecnica e amministrativa del patrimonio immobiliare aziendale, supportata dal sistema informativo INFOSAT, nelle fasi di programmazione, progettazione, appalto, direzione e collaudo dei lavori e supervisione. Gestione della manutenzione. Validazione dei progetti.	Certificazione ISO 9001/15 Periodicità di controllo annuale	Servizio Unico Attività Tecniche
Erogazione di servizi sanitari e prestazioni sanitarie in Corelab, Diagnostica delle Proteine Sieriche, Ematologia e Coagulazione Diagnostica, Immunopatologia e Allergologia Diagnostica, Immuno e Chimica Attività off line.	Certificazione ISO 9001/15 Periodicità di controllo annuale	Medicina di Laboratorio
Implementazione dei Centri Screening secondo le linee di indirizzo regionali, monitoraggio della formazione e delle clinical competence del personale, modalità di controllo degli inviti e la loro gestione.	Audit interni per la preparazione alla verifica regionale Periodicità di controllo definita dalla RER	Centro Screening
Diagnosi, trattamento e follow up delle donne con patologia mammaria	Certificazione EUSOMA Periodicità di controllo annuale	Breast Unit c/o Carpi
Procreazione Medicalmente Assistita	Autorizzazione regionale. Audit interni per la preparazione alla verifica regionale. Utilizzo della check list predisposta a livello regionale Periodicità di controllo biennale	Centro di PMA "Centro di sterilità di coppia" di Carpi (MO) - I livello.

Processi tenuti sotto controllo	Sistema di gestione in qualità	Servizi coinvolti
Attività di procurement	Audit interni per la preparazione alla verifica regionale (Commissione del Centro Riferimento Trapianti Emilia Romagna) Periodicità di controllo definita dalla RER	Coordinamento Ospedaliero Procurement

INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA PROFESSIONALE DEI PROCESSI GESTIONALI TRA LE AZIENDE SANITARIE MODENESI

L'esperienza maturata in questi anni ha rafforzato la convinzione che la risposta alla domanda e l'organizzazione dell'offerta debbano essere affrontate in un'ottica di integrazione dei processi gestionali delle tre Aziende sanitarie pubbliche (indirizzi e obiettivi comuni, budget condiviso). Risulta, infatti, ampiamente condivisa, la consapevolezza che occorra superare l'approccio "tradizionale" per struttura e perseguire una modalità di lavoro per processi/progetti concordati e condivisi, in grado di dare risposte alla complessità del quadro provinciale al quale siamo chiamati a rispondere in modo congiunto.

A fronte di un contesto e di obiettivi comuni per la nostra provincia, gli indirizzi tra le Aziende sanitarie modenesi devono essere concordati e le strategie (indirizzi, obiettivi e budget) condivise come pure le risorse (strutture, tecnologie, professionisti, beni) in modo da rispondere in modo integrato, efficace ed efficiente alle sollecitazioni provenienti sia dall'ambiente esterno che interno all'organizzazione.

Tenuto conto che alcuni dipartimenti afferiscono ad entrambe la Aziende e ritenuto prioritaria la necessità di garantire una gestione sempre più integrata dei processi assistenziali, appare rilevante la necessità di condivisione (tra le tre Aziende) degli indirizzi e la negoziazione congiunta degli obiettivi facendo comunque salva l'autonomia gestionale in capo alle singole Aziende. Alla luce di quanto espresso nelle Linee di Indirizzo al Budget, il Sistema Qualità e Accreditamento ha condiviso con gli uffici qualità dell'Azienda Ospedaliera e dell'Ospedale di Sassuolo, obiettivi comuni.

AUTOVALUTAZIONE: mantenimento requisiti specifici Accreditamento Istituzionale

Finalità delle attività di autovalutazione

L'obiettivo principale delle attività di autovalutazione, è quello di individuare possibili ambiti di miglioramento attraverso il confronto con requisiti assunti come riferimento e rispetto ai quali possono emergere situazioni di mancata o non completa rispondenza.

Sebbene la conformità / non conformità ai requisiti possa comunque offrire una "fotografia" della rispondenza al modello di riferimento (motivo per cui il ritorno delle checklist viene elaborato anche in termini di conformità), lo scopo dell'autovalutazione rimane quello di identificare le aree di criticità e le conseguenti azioni / piani di miglioramento che devono essere attuati.

Inoltre, quando l'attività di autovalutazione viene svolta contestualmente su strutture differenti, possono emergere situazioni "convergenti o comuni" che possono evidenziare necessità di azioni trasversali con il coinvolgimento di strutture aziendali anche esterne rispetto a quella sottoposta ad autovalutazione.

Per queste motivazioni ogni autovalutazione si conclude con una pagina di sintesi nella quale, alla luce delle risultanze, è richiesto di evidenziare le criticità riscontrate e le azioni / piani di miglioramento che si dovranno attuare.

FASI	2026											2027
	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	
FASE 1: aggiornamento delle checklist												
FASE 2: compilazione delle checklist												
FASE 3: raccolta ed elaborazione risultati												
FASE 4: Individuazione ambiti di miglioramento prioritari e relative azioni correttive												
FASE 5: Predisposizione della relazione finale												

Professionisti e RAQ Servizio Qualità Servizio Qualità, Direzione Sanitaria e di Dipartimento

QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

Rinnovo di Accreditamento Azienda USL di Modena

Scadenza Marzo 2027 invio domanda di rinnovo entro Novembre 2026

Domanda di rinnovo

La domanda, corredata della documentazione richiesta, deve essere:

- ✓ presentata al Direttore generale competente in materia di sanità, utilizzando la specifica modulistica;
- ✓ firmata digitalmente dal titolare / legale rappresentante;
- ✓ inviata, dall'indirizzo di posta elettronica certificata del richiedente, al seguente indirizzo PEC: dgsanaccreditamento@postacert.regione.emilia-romagna.it

I moduli predisposti e la documentazione richiesta hanno lo scopo di descrivere l'organizzazione sanitaria, le strutture e le attività svolte per le quali si richiede l'accreditamento. La loro corretta ed esaustiva compilazione è necessaria per la valutazione, da parte del Coordinatore, del possesso dei requisiti ed è propedeutica alla concessione dell'accreditamento.

La DGR nr. 886 del 06/06/2022 fornisce indicazioni operative circa i contenuti e le modalità di presentazione della domanda di rilascio, rinnovo e variazione dell'accreditamento delle organizzazioni e strutture sanitarie.

Di seguito l'elenco dei documenti da predisporre per l'invio:

Modulo 1 **Domanda di concessione, rinnovo e/o variazioni dell'accreditamento**

Modulo 2 **Scheda sintetica di presentazione delle attività**

Modulo 3 **Modello di dichiarazione del possesso dei requisiti generali di Accreditamento – Autovalutazione**

Modulo 4 **Modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00**

Modulo 8 **Domanda di concessione, rinnovo e/o variazione dell'accreditamento di Provider ECM**

Per la predisposizione della domanda è necessario pertanto vi sia il coinvolgimento diretto della Direzione Strategica e degli Staff per le parti di competenza in particolare il Servizio Formazione deve rispondere ad ulteriori due DGR la 1333/2011 "Accreditamento della funzione di provider ECM" e la DGR 1332/2011 "Accreditamento della funzione di governo aziendale della formazione continua"

Rinnovo di accreditamento: 1ª linea progettuale

Al fine di introdurre a livello aziendale quanto richiesto dalla normativa, si ritiene opportuno avviare due linee progettuali. La **prima finalizzata** al miglioramento/adeguamento dei processi trasversali e di supporto, la **seconda relativa** all'adeguamento dei processi primari (di erogazione del servizio).
La visione per processi/linee strategiche è coerente con gli attuali indirizzi organizzativi aziendali e consente di superare modelli per funzione/struttura a favore di una visione più integrata anche del sistema di gestione della qualità.
Ci si propone di lavorare secondo alcune linee di principio così riassumibili:

- Allineamento delle priorità di intervento con gli indirizzi strategici della direzione
- Allineamento del progetto con eventuali indicazioni subentranti di livello nazionale, regionale e variazioni degli obiettivi aziendali
- Promozione e supporto ai processi di cambiamento/innovazione
- Informazione, coinvolgimento e partecipazione di tutte le articolazioni aziendali interessate
- Orientamento al miglioramento delle performance più che alla conformità

La durata complessiva del progetto è di anni 2 coerentemente con quanto previsto dalla Determinazione n. 3914 del 03/03/2022 "Rinnovo con variazioni accreditamento Azienda USL di Modena".
Di seguito sono presentati la struttura operativa (WBS) del progetto, ed il relativo tempogramma.

Work Breakdown Structure (WBS)

Il progetto, costruito sulla base della metodologia già adottata dall'Azienda in occasione dei precedenti adeguamenti (DGR 1314/2024), è aggiornato all'organigramma aziendale 2025 e declinato sui seguenti otto criteri di accreditamento:

1. Sistema di gestione delle strutture sanitarie
2. Prestazioni e servizi
3. Aspetti strutturali e tecnologici
4. Competenze del personale
5. Comunicazione
6. Appropriatezza clinica e sicurezza
7. Processi di miglioramento e innovazione
8. Umanizzazione

Struttura del progetto (WBS)

WP1 – Project Management e Governance

- Costituzione gruppo di progetto multidisciplinare (DS, DG, DA, Direzioni di Staff)
- Piano di comunicazione interna
- Monitoraggio milestones e reporting alla Direzione Strategica

WP2 – Autovalutazione iniziale (T0)

- Identificazione referenti per ciascun criterio/requisito
- Predisposizione strumenti di autovalutazione
- Raccolta evidenze su processi direzionali e trasversali
- Gap analysis e presentazione risultati alla Direzione

WP3 – Piano di Adeguamento e Miglioramento

- Definizione delle priorità per ciascun criterio
- Elaborazione action plan per area/processo
- Redazione schede progettuali con responsabilità, tempi e risorse
- Condivisione e validazione del piano complessivo

WP4 – Implementazione

4.1 Processi trasversali e di supporto:

- Definizione policy, procedure, piani (es. sicurezza cure, risk management, formazione)
- Adeguamento sistemi ICT e flussi informativi
- Valutazione qualità dati e trasparenza verso cittadini

4.2 Ricaduta sulle aree operative:

- Manuali, protocolli, PDTA
- Campagne formative e informative
- Introduzione strumenti di supporto (software, attrezzature)

4.3 Formalizzazione evidenze:

- Documenti, report, registri di monitoraggio
- Evidenze auditabili per la Regione

WP5 – Audit e Autovalutazione

- Pianificazione audit interni su criteri e requisiti
- Verifiche documentali e sul campo
- Verbali audit e piani di miglioramento
- Presentazione esiti alla Direzione Strategica

WP6 – Revisione finale e mantenimento

- Riesame direzione e chiusura progetto
- Implementazione azioni correttive
- Validazione finale del sistema di accreditamento
- Predisposizione piano di mantenimento continuo (ciclo PDCA)

Matrice di correlazione Requisiti DGR 1314/2024 – Organizzazione AUSL Modena 2025

Criterio DGR 1314/2024	Requisiti principali	Aree/Funzioni AUSL Modena 2025 coinvolte
1. Sistema di gestione	Pianificazione, responsabilità, sistemi informativi, valutazione performance	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Programmazione e Governo Produzione, ICT, Internal Auditing
2. Prestazioni e servizi	Carta servizi, PDTA, continuità assistenziale, gestione documentazione sanitaria	Direzione Sanitaria, Gov. Clinico, Gestione percorsi assistenziali, ICT, Comunicazione, Psicologia
3. Aspetti strutturali e tecnologici	Idoneità strutture, manutenzione impianti e attrezzature, dotazione tecnologica	Servizi Tecnici, Ingegneria Clinica, Acquisti e Logistica, Prevenzione e Protezione Aziendale
4. Competenze del personale	Programmazione formazione, valutazione competenze, inserimento e addestramento	Formazione Ricerca e Innovazione, Servizio Unico Gestione Personale, Sviluppo Organizzativo HR
5. Comunicazione	Comunicazione interna, clima organizzativo, informazione ai cittadini	Comunicazione e Rapporti con esterno, Direzione Strategica, Risk Management (trasparenza)
6. Appropriatezza clinica e sicurezza	Protocolli, linee guida, risk management, sicurezza cure, gestione eventi avversi	Risk Management e Medicina Legale, Igiene e Controllo Infezioni, Comitato Valutazione Sinistri, Direzione Sanitaria
7. Miglioramento e innovazione	Programmi miglioramento, innovazioni tecnologiche e organizzative, integrazione ricerca	Formazione e Ricerca, Gov. Clinico, ICT, Direzione Strategica
8. Umanizzazione	Equità, centralità del paziente, qualità relazionale, partecipazione cittadino	Direzione Assistenziale, Servizi Socio-Sanitari, Comunicazione, Psicologia, Volontariato e Associazioni di tutela

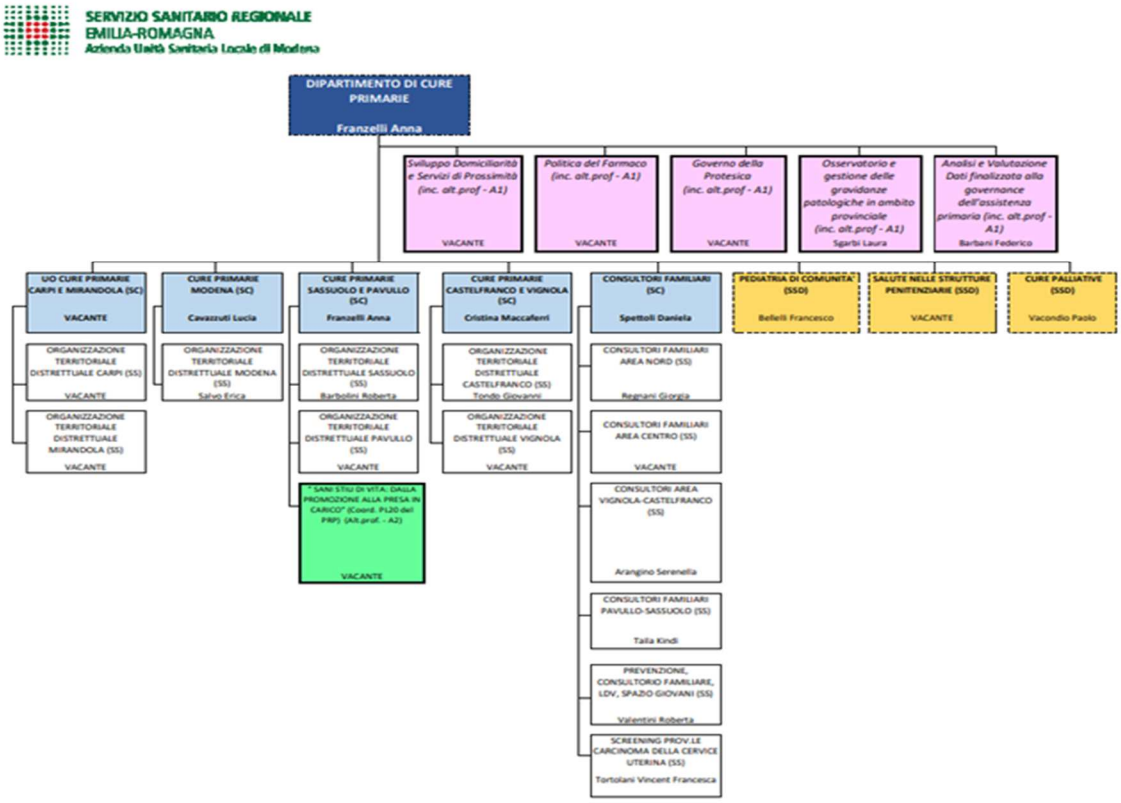
Diagramma di Gantt

		2026											2027			
		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo
1.1	Identificazione gruppo di progetto															
1.2	Allineamento indirizzi RER															
1.3	Comunicazione e informazione															
1.4	Supporto e monitoraggio WP															
2.1	Identificazione referenti per area/criterio															
2.2	Predisposizione strumento di autovalutazione															
2.3	Compilazione autovalutazione															
2.4	Presentazione e condivisione															
3.1	Definizione delle priorità d'intervento															
3.2	Definizione delle azioni e responsabilità e tempi															
3.3	Elaborazione piano complessivo/aree															
3.4	Progettazione di dettaglio															
4.1	Implementazione: processi trasversali															
4.2	Implementazione: ricaduta sulle aree operative															
4.3	Formalizzazione evidenza															
5.1	Identificazione aree da sottoporre ad audit															
5.2	Pianificazione degli audit															
5.3	Realizzazione degli audit															
5.4	Verbalizzazione degli audit															

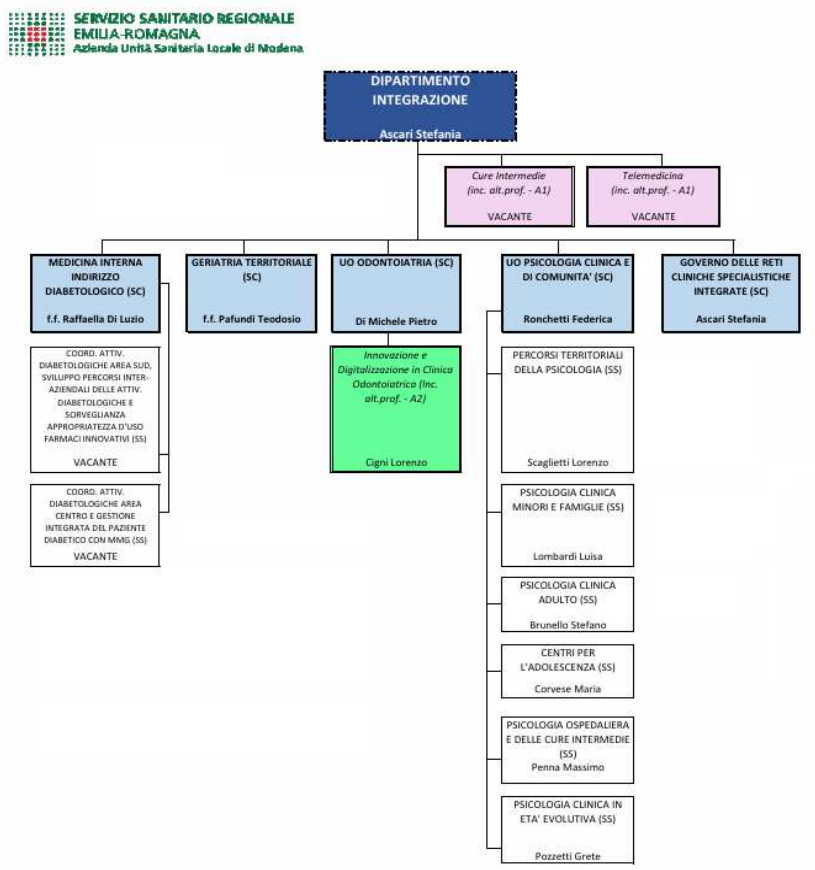
Rinnovo di accreditamento: 2ª linea progettuale

Con la Determinazione n. 3914 del 03/03/2022 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha concesso il rinnovo di Accreditamento all'Azienda USL di Modena e che, in attuazione dell'art. 18, comma 3 della L.R. n. 22/2019, l'Organismo Tecnicamente accreditante (OTA) dovrà accertare il possesso dei requisiti di accreditamento, che devono comprendere oltre al livello aziendale anche:

- il Dipartimento Aziendale Cure Primarie;
- il Day Hospital Oncologico c/o Ospedale Civile di Sassuolo;
- l'Hospice c/o la Casa della Comunità di Castelfranco Emilia.



Non indicato nella Determina ma individuato dalla Direzione Aziendale anche il Dipartimento dell'Integrazione dovrà essere preparato secondo la normativa regionale in tema di accreditamento istituzionale.



Per la preparazione di tali Strutture alla verifica si è ritenuto opportuno formalizzare la costituzione del Gruppo di Lavoro dell'Azienda USL di Modena per il coordinamento tecnico e metodologico delle attività necessarie. Il suddetto gruppo di lavoro, nello svolgimento delle proprie attività, potrà avvalersi della partecipazione di professionisti dell'Azienda USL di Modena afferenti agli altri servizi aziendali, individuati sulla base delle specifiche competenze ed in relazione alla tipologia degli argomenti trattati.
Di seguito i nominativi del Coordinamento tecnico e metodologico (Deliberazione N° 55 del 27/02/2026):

- Luisa Iannotti – Coordinamento;
- Francesca Annamaria Perrone - Gestione Operativa Percorsi Chirurgici;
- Giacomo Pagoto – Controllo di Gestione;
- Massimo Mantovani – Governo Clinico
- Roberta Barbolini – Cure Primarie
- Francesca Cecchini – Cure Primarie
- Erica Salvo – Cure Primarie

Criticità: Attualmente i requisiti specifici di accreditamento applicabili al DACP sono normati dalla **DGR 221/2015** non comprendono però tutti i successivi atti riguardanti strutture afferenti all'attuale organigramma dipartimentale es:

- Delibera Giunta regionale n. 1770/2016 – "Requisiti specifici per l'accreditamento della **rete locale di Cure Palliative"**
- Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 "Requisiti di autorizzazione e di accreditamento per lo svolgimento delle **Cure Domiciliari**"

- **D.M.** 23 maggio 2022, **n. 77**: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
- DGR n. 2221 del 12/12/2022 “Primo provvedimento di programmazione dell’assistenza territoriale dell’Emilia Romagna in attuazione del D.M. 77 del 23 maggio 2022”.

Next steps

- Nomina / conferma dei referenti Qualità almeno per UOC
- Verifica atti autorizzativi (mappatura delle sedi di erogazione)
- Verifica, aggiornamento della documentazione esistente e portare la stessa sotto gestione del Sistema Qualità
- Organigramma e Funzionigramma delle UOC e UOS e identificazione delle interfacce interne al Dipartimento ed esterne
- Identificazione delle principali macro attività / ambiti di attività da porre in relazione, ove necessario / utile, a: Funzioni Responsabili, Sedi di erogazione con indicazione di orario e modalità di accesso, Tipologia di utenza compresi criteri di accesso / esclusione, Identificazione e descrizione delle interfacce interne ed esterne (quali funzioni / strutture sono interfaccia per lo svolgimento dell’attività).

AZIONI A SUPPORTO DELL’EQUITÀ E DELLA MEDICINA DI GENERE

Possibile sviluppo: Certificazione parità di genere

Norma europea **UNI EN ISO 53800 “Linee guida per la promozione e l'attuazione della parità di genere e dell'emancipazione femminile”**

Il raggiungimento della parità di genere e dell'emancipazione femminile all'interno di un'organizzazione è un percorso di trasformazione. Inizialmente le organizzazioni tendono a concentrarsi sulla conformità e sul raggiungimento di obiettivi numerici. A ciò seguono generalmente formazione, seminari e colloqui con gli stakeholder. Le organizzazioni più mature attuano nuove iniziative che si concentrano sulle disparità di genere sistemiche. Le organizzazioni pienamente mature praticano la parità di genere all'interno e in tutti gli aspetti dell'organizzazione.
Intervenendo sulle quattro aree dell'organizzazione e utilizzando le linee guida della ISO, è possibile raggiungere i seguenti obiettivi, che si ispirano all'Obiettivo di sviluppo sostenibile Numero 5 delle Nazioni Unite:

- sensibilizzare, prevenire e porre fine a tutte le forme di discriminazione basata sul genere e promuovere i diritti delle donne e delle ragazze;
- abolire gli stereotipi di genere e i pregiudizi di genere nell'organizzazione;
- prevenire e porre fine alla violenza sessuale e di genere;
- educare e migliorare l'accesso all'istruzione e alla formazione, compresa la formazione professionale;
- tutelare la salute, in particolare quella mentale, nonché la salute e i diritti sessuali e riproduttivi;
- migliorare l'emancipazione femminile, soprattutto l’emancipazione economica;
- aumentare la partecipazione e le pari opportunità di leadership nella vita politica e istituzionale, professionale e aziendale.

Equità

Descrizione analitica

La promozione dell'equità rappresenta a livello regionale un obiettivo trasversale per la programmazione dei servizi e va tradotta in un accompagnamento sistematico e capillare del sistema regionale nel suo complesso e nel coinvolgimento attivo (attraverso processi partecipativi) dei servizi sanitari e sociali e delle comunità locali, come leva operativa di contrasto alle disuguaglianze.

In Azienda USL, con Decisione numero 3393 del 28/12/2021, è stato nominato il Responsabile Equità e Medicina di Genere.

Responsabilità

Responsabile Aziendale Equità e Medicina di Genere– UOS Qualità e Accreditamento

Descrizione	Target
Definizione del piano delle azioni locali per le procedure di equity assessment, in relazione alla governance locale del Piano Regionale della Prevenzione	SI
Realizzazione della mappatura aziendale sulle pratiche di diversity management, secondo le indicazioni regionali	SI
Partecipazione agli incontri del tavolo tecnico di Coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità" in tema di percorsi, ricerca, formazione e comunicazione	SI
Stesura del nuovo piano aziendale triennale a supporto dell'equità e per il contrasto delle disuguaglianze in salute, anche quale esito del percorso regionale di accompagnamento	SI

L'Azienda USL di Modena ha attivato un board Aziendale Equità che ha predisposto il piano Aziendale Equità per gli anni 2022-2025.

Su indicazione Regionale è stato deciso di intraprendere percorso condiviso con tutte le Aziende Sanitarie avente come obiettivo l'aggiornamento dei board aziendali equità e la predisposizione di nuovi piani aziendali Equità. Il percorso si è aperto a Ottobre 2024 con incontri Regionali a cui hanno partecipato l'alta Direzione e i referenti Equità di tutte le Aziende Sanitarie.

Le due Aziende Sanitarie Modenesi nel 2025 hanno pertanto individuato, come prioritaria, la necessità di costituire di un Board Provinciale Equità e hanno condiviso tale scelta con l'Area Innovazione sociale del Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociale (ISSS) che da circa un decennio svolge azione di coordinamento e supporto metodologico/formativo alle Aziende sanitarie per il consolidamento di un approccio sistematico di equità e della relativa governance locale.

Il lavoro iniziato nel 2025 ha visto la sua approvazione con Delibera AUSL 21 del 30/01/2026 “Approvazione del Piano Interaziendale Equità triennio 2026-2028 e del Board Provinciale per l’Equità ed Istituzione della Cabina di Regia del Board”

Il suddetto organismo provinciale si pone, quindi, l’obiettivo di adottare una visione sistemica ed integrata sul tema e a tal fine, a livello locale, si è proceduto attraverso non una mera sovrapposizione dei due board aziendali esistenti e distinti ma attraverso un ripensamento dell’organismo stesso.

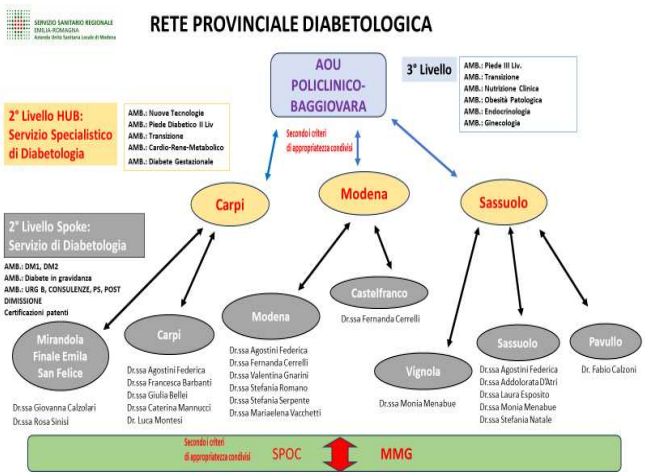
Il Board intende, dunque, caratterizzarsi come organismo intersettoriale, prevedendo al suo interno: rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, la componente universitaria, le diverse diramazioni del territorio, i vari referenti coinvolti negli organismi aziendali strategici (CUG, HPH, ecc.) e le Direzioni delle due aziende. Tale board si struttura come un gruppo ristretto con l’obiettivo di procedere in modo snello ed efficace ma si contraddistingue per la capacità di allargarsi sulla base delle tematiche affrontate

SUPPORTO AI PROGETTI AZIENDALI E INTERAZIENDALI

Di seguito la sintesi dei progetti di livello aziendale e interaziendali a cui il Sistema Qualità ha dato supporto metodologico con la definizione degli obiettivi, fasi, attività, tempi e responsabilità per il raggiungimento di quanto pianificato. Per maggiori dettagli si rimanda ai singoli progetti agli atti presso il Sistema Qualità.

Piano di riorganizzazione per un’assistenza diabetologica efficace e prossima ai bisogni dei pazienti

Nell’ambito dei lavori della Rete Provinciale Diabetologica sono stati sviluppati protocolli diagnostici e terapeutici assistenziali in collaborazione con il territorio, in particolare con MMG/PLS e la costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari con i colleghi AOU per lo sviluppo di PPDTA efficaci, efficienti, appropriati dal punto di vista clinico ed organizzativo e coerenti con gli indirizzi della programmazione aziendale, regionale e nazionale.



L’Unità Operativa Complessa di Medicina Interna a Indirizzo Diabetologico dell’Azienda USL di Modena propone una riorganizzazione interna che faciliti equità nella proposta terapeutica in tutto il territorio provinciale e prossimità di cura e, allo stesso tempo, consenta una presa in carico “sartoriale” e precoce del paziente attraverso la nascita di percorsi e ambulatori ultraspecialistici che consentano anche una valutazione multidisciplinare, quando necessario, nell’ottica di una efficientazione e razionalizzazione delle risorse.

Obiettivi del progetto sono:

- ampliamento ed equità di proposta terapeutica in tutti i 7 Distretti della Provincia nell’ottica di una maggiore prossimità delle cure;
- miglioramento degli esiti clinici e della qualità di vita dei pazienti con diabete presi in carico negli ambulatori ultraspecialistici diabetologici;
- utilizzo più appropriato e sostenibile delle risorse multispecialistiche.

Il Sistema di Controllo Interno di Secondo Livello

Con determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 18471 del 10 settembre 2024, la Regione Emilia-Romagna ha approvato le Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, con l'obiettivo di definirne i requisiti minimi, nonché le caratteristiche organizzative e di funzionamento, a cui ogni Azienda sanitaria è tenuta ad uniformarsi, seppur nella propria autonomia.

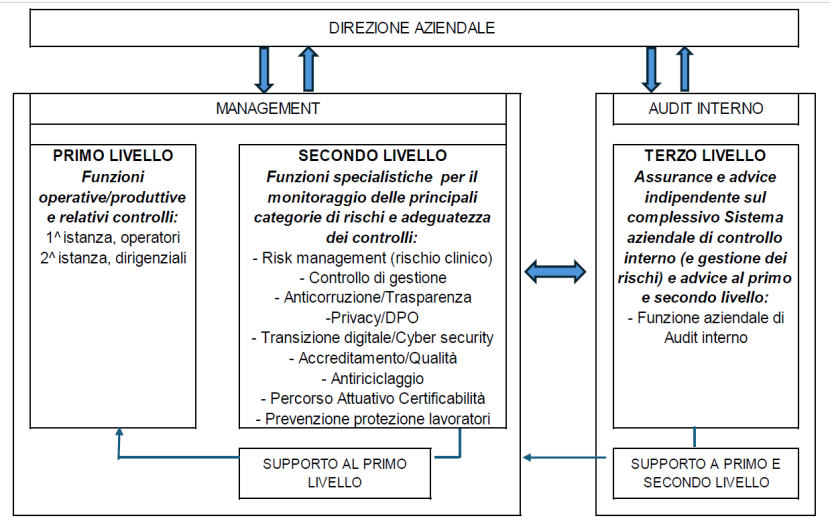


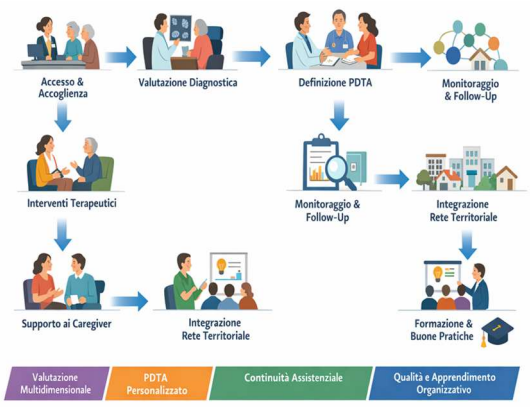
Figura 2 Le tre linee di difesa del Sistema di Controllo Interno

La UOC Internal Audit dell'Azienda partecipa in Regione al Tavolo istituito per l'applicazione di quanto indicato dalla normativa, in tale sede è stato condiviso un modello comune di lavoro per le varie Aziende della RER.

Il Progetto definisce le attività di controllo della seconda linea di difesa con riferimento ai rischi presidiati da ciascuna funzione, previa identificazione dei processi e delle unità organizzative coinvolte e previa analisi del contesto interno ed esterno:

- definisce metodologie di misurazione/valutazione del rischio ed individua idonei controlli/misure, per assicurarne un efficace ed efficiente trattamento, anche ai fini della definizione della soglia di rischio residuo accettabile;
- programma le tempistiche di attuazione dei controlli/misure, verificandone l'attuazione, anche attraverso controlli a campione; monitora e riesamina gli esiti dei controlli/misure ai fini del miglioramento continuo;
- rivaluta il rischio alla luce degli esiti dei controlli / misure.

Mappatura e miglioramento del percorso geriatrico territoriale: qualità e sicurezza



A seguito della conclusione del progetto di revisione della clinical competence del personale (dirigenti e area del comparto) la Direzione aziendale ha indicato il proseguimento del percorso di miglioramento attraverso la definizione dei processi e dei relativi possibili rischi. Il Sistema Qualità e accreditamento ha pertanto richiesto la collaborazione della UOS Rischio clinico per l'applicazione della FMEA – FMECA per l'analisi proattiva. La strategia integrata prevede dunque la mappatura fine del processo (fasi-attività-responsabilità-criticità-barriere-esiti), adozione di FMEA/FMECA sull'"Accesso e Accoglienza" per priorità d'azione (RPN, soglia 150), standardizzazione del triage e dell'instradamento, consolidamento delle istruzioni operative, sistemi di alert e controllo (terapie e appuntamenti), gestione dei no-show con SMS e politiche di ripescaggio, comunicazione organizzativa ai MMG/utenti, allineamento dei canali di accesso tra distretti, verifica infrastrutturale per telemedicina, policy su certificazioni, e un piano di audit per valutare efficacia delle barriere. Il lavoro si articola in una fase più operativa con gruppo ristretto per la definizione di strumenti condivisi

(schede, format, esempi). Secondo il cronoprogramma definito, il progetto dovrebbe trovare conclusione a giugno 2026.

Progetto VI.SI.T.A.RE (UOS Rischio Clinico)

Raccomandazione per la sicurezza delle cure – visite per la sicurezza, la trasparenza e l'affidabilità.

Il progetto Vi.Si.T.A.RE ha l'obiettivo di introdurre nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna lo strumento delle Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità attraverso il quale:

- promuovere la connessione tra le reti della sicurezza;
- stimolare un approccio etico al tema della sicurezza;
- verificare il livello di implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione;
- far emergere nei contesti coinvolti le eventuali criticità legate ai pericoli presenti e i fattori di rischio correlati agli eventi avversi, per individuare e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione;
- favorire la comunicazione e la relazione interdisciplinare sia tra gli operatori che tra i servizi coinvolti.

Da anni la UOS Rischio Clinico coinvolge i Servizi maggiormente impegnati nella sicurezza aziendale con la costituzione di un Team che può avvalersi di specifiche professionalità, tra cui il Servizio Qualità e Accreditamento, nell'analisi del rischio, effettua delle visite presso strutture sanitarie di volta in volta individuate per raccogliere informazioni su condizioni individuate dagli operatori come fattori di rischio per la sicurezza. L'attenzione del Team si focalizza inoltre sulle tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e alle buone pratiche per la sicurezza degli operatori, nonché all'adozione di comportamenti finalizzati a garantire una maggiore affidabilità dell'organizzazione. Obiettivo del progetto è andare ad identificare anche possibili misure condivise da assumere per il miglioramento della sicurezza del paziente e dell'affidabilità dell'organizzazione; a cura del Team il monitoraggio dell'implementazione delle azioni di miglioramento condivise.

Per l'anno 2026 l'obiettivo è di verificare almeno una Struttura/Servizio aziendale.