

# Piano delle Performance

## 2021 - 2023

30 luglio 2021

## Sommario

Sommario .....	2
1 EXECUTIVE SUMMARY.....	3
2 PREMESSA.....	7
3 IDENTITA' DELL'AZIENDA .....	9
3.1 Chi siamo e cosa facciamo.....	9
3.2 Come operiamo – organizzazione .....	10
3.3 Il contesto di riferimento.....	12
3.4 I dati di attività .....	24
3.5 I dati economici .....	35
3.6 Il personale .....	36
4 DIMENSIONI / AREE DELLA PERFORMANCE .....	42
4.1 Dimensione di performance dell'utente .....	45
4.2 Dimensione di performance dei Processi Interni .....	60
4.3 Dimensione di performance della ricerca, innovazione e sviluppo .....	75
4.4 Dimensione di performance della Sostenibilità .....	78
5 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE.....	91
5.1 Sistema di valutazione delle performance OIV-SSR.....	91
5.2 Sistema di valutazione della performance organizzativa .....	91
5.3 Sistema di valutazione della performance individuale.....	92
6 COLLEGAMENTO CON ALTRI PIANI E DOCUMENTI .....	93

## 1 EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano della Performance 2021 -2023 è uno documento di programmazione che contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse necessarie alla loro realizzazione nonché gli indicatori per la misura della performance raggiunta. Il presente piano ha validità triennale, 2021-2023, ed è stato redatto in conformità alla normativa nazionale in materia ed alle indicazioni emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV-SSR). Come si dirà ampiamente in seguito, la fonte principale del Piano è costituito dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale, non meno rilevanti i periodici indirizzi regionali ed ancora gli obiettivi di mandato della Giunta Regionale insediatasi all'inizio del 2020 e, del tutto recentemente, gli orientamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'Executive Summary riporta la sintesi del Piano ponendo in evidenza i principali obiettivi strategici. Nei primi due capitoli si richiama il significato del Piano quale strumento di pianificazione strategica e di comunicazione, all'ambiente interno ed esterno (stakeholder), dei contenuti della programmazione e delle performance raggiunte, e questo, anche in rapporto con le altre Aziende della Regione (benchmarking). In più parti del documento vi è un ampio richiamo alla revisione organizzativa e dei modelli erogativi imposti dalla pandemia da SARS Cov -2, per una più ampia trattazione si rimanda allo specifico capitolo riportato nella relazione alle performance del 2020 redatta a fine giugno<sup>1</sup>.

Nel terzo capitolo (Identità dell'Azienda) è illustrato il contesto esterno ed interno in cui opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta ed ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la descrizione dell'attuale assetto organizzativo, l'illustrazione dei principi di riferimento e la mappatura delle risorse umane ed economiche gestite. Di fatto si tratta di un "*chi siamo, cosa facciamo e come operiamo*" sono presenti indici di produzione, qualità e sicurezza (anche di esito), che descrivono l'andamento gestionale degli ultimi anni, ovviamente è presente un richiamo più specifico alla performance conseguita nell'anno della pandemia.

Il quarto capitolo (Gli impegni strategici e le dimensioni della performance) riguarda gli obiettivi strategici aziendali individuati dall'Azienda, per la realizzazione del mandato di Direzione; gli stessi, sono stati declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione nazionale e regionale pervenuti nel tempo e a diverso titolo (si veda al proposito anche griglia di correlazione tra obiettivi di mandato e albero della performance con specifiche dimensioni ed aree). La Fig 1, riportata a seguire, reca uno schema sintetico degli obiettivi di mandato della direzione generale che si è insediata a metà dell'anno 2019.

---

<sup>1</sup> <https://www.ausl.mo.it/relazioneperformance>

Figura 1. Obiettivi di Mandato Direzione Generale Azienda USL Modena

Obiettivi di mandato	
1. Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale	2. Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi
1. Riordino dell'assistenza ospedaliera	1. Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione della spesa
2. Consolidamento delle cure primarie, sviluppo cds, integrazione ospedale – territorio	2. Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende
3. Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	3. Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
4. Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	4. Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti
5. Attività di prevenzione e promozione della salute	5. Governo delle risorse umane
6. Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico	6. Adempimenti nei flussi informativi
7. Azioni a supporto dell'equità	7. Valorizzazione del capitale umano
8. Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	8. Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e implementare la funzione aziendale di audit
9. Integrazione sociosanitaria	

Il capitolo 4 è dunque il core del documento ed in esso si richiamano, in particolare, gli obiettivi di mandato che qui di seguito sono riportati in modo sintetico ed integrati con le aree del piano delle performance.

- Governo delle risorse umane e la valorizzazione del capitale umano**, attraverso lo sviluppo prioritario delle competenze del personale, individuate in funzione prioritaria delle vocazioni e delle mission ed allo scopo di ottimizzare i processi produttivi, rendendoli sicuri ed efficaci. Coerenza tra valutazione delle competenze, dossier formativo e PAF. (Riferimento dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria: obiettivo 4.1.2), (Riferimento dimensione di performance 6 della innovazione e dello sviluppo – area dello sviluppo organizzativo: obiettivo 3.2.1), (Riferimento dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area della ricerca: obiettivo 3.1.1);

**Prevenzione e promozione della salute**: strategica su questo tema l'adozione di un approccio interdisciplinare (interistituzionale), coniugando interventi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale, dando, infine, anche piena applicazione al Piano Nazionale/Regionale della Prevenzione (Riferimento dimensione di performance dell'utente – area della produzione: obiettivo 2.1.3);
- Integrazione socio-sanitaria**: prioritaria la completa attuazione dei nuovi LEA, (ruolo del care-giver, pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria a livello aziendale) garantendo adeguati ed omogenei processi negli ambiti distrettuali con riferimento alla distribuzione e al sistematico monitoraggio del corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR, dei servizi sociosanitari accreditati, all'attuazione del progetto demenze e all'attuazione dei programmi regionali relativi alle gravissime disabilità acquisite, all'area minori, donne e famiglie. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: obiettivo 1.2.2);
- Riordino dell'assistenza Ospedaliera e territoriale** che dovrà proseguire e completarsi secondo le linee relative al riordino della rete sviluppate secondo le previsioni del DM 70/15 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera" e dei due documenti approvati in CTSS nel giugno 2018 e nel dicembre 2019. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della produzione: obiettivo 1.1, 1.2, 1.4, 1.6, 1.7, 1.8);
- Consolidamento delle cure primarie, lo sviluppo case della salute, l'integrazione ospedale-territorio** attraverso i modelli proattivi di intervento e di presa in carico del paziente acuto e cronico, occorrerà dare evidenza al diverso e più centrale ruolo attribuito al territorio rispetto agli altri livelli assistenziali

erogati (Ospedaliero in primis), con una specifica attenzione particolare allo sviluppo dell'assistenza territoriale potenziando la capacità di intercettare la domanda di assistenza, soprattutto per quanto riguarda la cronicità ( ma anche la riacutizzazione e l'acuzie), con lo sviluppo di nuovi modelli proattivi (medicina di iniziativa) di gestione a tutto tondo del caso e di presa in carico, che trovano nel luogo, Case della Salute, il loro elemento ottimale di sintesi ma che possono e devono essere agiti anche indipendentemente da queste. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della produzione: obiettivo 2.1.2);

- **Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale**, con l'impegno prioritario orientato a migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio con particolare riferimento all'integrazione dei percorsi con la rete ospedaliera provinciale (Riferimento dimensione di performance dell'utente – area dell'integrazione: obiettivo 1.2.1);
- **Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero** prioritarie, occorre definire ( e dichiarare), quali sono le reali priorità erogative, e su queste declinare gli impegni in termini di gestione delle liste di attesa e accesso ai servizi al fine di garantire, per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero prioritarie, tempi di attesa che rispettino gli standard di qualità (efficacia e sicurezza prima ancora che di efficienza); questo dovrà avvenire anche e soprattutto attraverso lo sviluppo di azioni di governo clinico per promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (indicazioni) ed azioni di riorganizzazione del modello erogativo. (Riferimento dimensione di performance dell'utente – area dell'accesso: obiettivo 1.1.1);
- **Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero**, in cui rivestono particolare rilevanza l'Assistenza perinatale, dove sarà necessario garantire l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione ed al controllo del dolore nel travaglio di parto, la PMA (procreazione medicalmente assistita), dove andrà perfezionato il percorso assistenziale in integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Appropriatezza farmaceutica, dove dovranno essere realizzate attività strutturate che coinvolgano i medici prescrittori in ambito ospedaliero e territoriale e nella continuità ospedale territorio, al fine di perseguire l'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici, secondo le indicazioni contenute nei documenti Regionali. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: obiettivo 2.2.2);
- **Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**, fornire le migliori e più appropriate cure possibili, assicurare sia adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi che il soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale, rappresentano principi inderogabili dell'Azienda che orientano le attività in tutte le articolazioni e le scelte programmatiche. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: obiettivo 2.2.1);
- **Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari**, si dovrà proseguire nel consolidare il nuovo assetto strutturale unitario delle funzioni amministrative, tecnico professionali delle Aziende Sanitarie provinciali, e nell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari articolandone le modalità nei diversi contesti. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della organizzazione: obiettivo 2.3.1);
- **Sviluppo dell'infrastruttura ICT** a supporto della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità ai servizi, al fine di creare le condizioni affinché a livello aziendale possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi per lo sviluppo di strumenti a supporto della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità. Particolare impegno si richiede nell'adozione sviluppo e supporto dei progetti di telemedicina. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della organizzazione: obiettivo 2.3, 2.6);

- **Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo integrato con la programmazione degli investimenti**, orientando prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici sulle strutture che nell'ambito del riordino della rete territoriale e ospedaliera, assumeranno il ruolo definito dal modello di rete clinica integrata. (Riferimento dimensione di performance della sostenibilità- area degli investimenti: obiettivo 4.2.1);
- **Governo dei processi di acquisto di beni e servizi**, con l'obiettivo prioritario della piena adesione alle azioni di centralizzazione avviate, di economicità e pronta fruizione dei beni. (Riferimento dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria: obiettivi 4.1.1);
- **Adempimenti finalizzati alla garanzia dei flussi informativi**, ponendo particolare attenzione alla raccolta dei dati, al consolidamento dei sistemi informativi, ai registri ed alle sorveglianze, provvedendo con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale, regionale, ma anche e soprattutto a supporto della programmazione , della valutazione delle attività erogate (Riferimento dimensione di performance dei processi interni- area dell'organizzazione: obiettivo 2.3.3);
- **Sostenibilità economica**, che è condizione necessaria (vincolo) per il perseguimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale. (Riferimento dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria: obiettivi 2.1, 2.2, 2.4);
- **Comunicazione interna ed esterna quale strumento per la esplicitazione e diffusione delle strategie e delle ragioni sottese alle scelte programmatiche**;
- Modalità con cui si intende realizzare lo strumento di collegamento ed integrazione, nel processo di programmazione aziendale, tra le aree di attività della trasparenza e integrità ed il ciclo di gestione della performance, come indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il quinto capitolo (Misurazione e Valutazione della Performance), descrive il ciclo e le fasi di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo. Viene allegato il panel di indicatori rinnovato rispetto alle precedenti indicazioni, nei contenuti e nei numeri, dalle linee guida (LG) regionali del giugno 2021; la tabella riporta l'atteso in termini di traiettoria nel triennio di vigenza del Piano. Il report è strutturato per dimensione/area di performance e reca il confronto con la media regionale. Tali indicatori di risultato assicurano coerenza di sistema, confrontabilità nel tempo, ed esplicitano la performance che l'Azienda intende conseguire al fine di rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini.

## 2 PREMESSA

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale redatto in coerenza con la delibera 1 del 2014 e la delibera 3 del 2015 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) degli Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna. Le indicazioni per la stesura del Piano della Performance sono state aggiornate nel 2021 con la DGR 728/2021 "Linee Guida per lo Sviluppo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nelle Aziende e negli Enti del SSR» ed il presente documento è stato elaborato avendo a riferimenti questi indirizzi.

L'Azienda USL di Modena esplicita gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance aziendale del medio periodo nel Piano delle Performance; tale documento è redatto con cadenza triennale, in coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale e la programmazione locale e traduce nel contesto provinciale gli indirizzi sanitari derivati da quelli indirizzi nazionali e regionali (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Piano Socio Sanitario, Piano Prevenzione, LEA, obiettivi di mandato della Giunta regionale, obiettivi assegnati annualmente dalla Regione alle Aziende, ...).

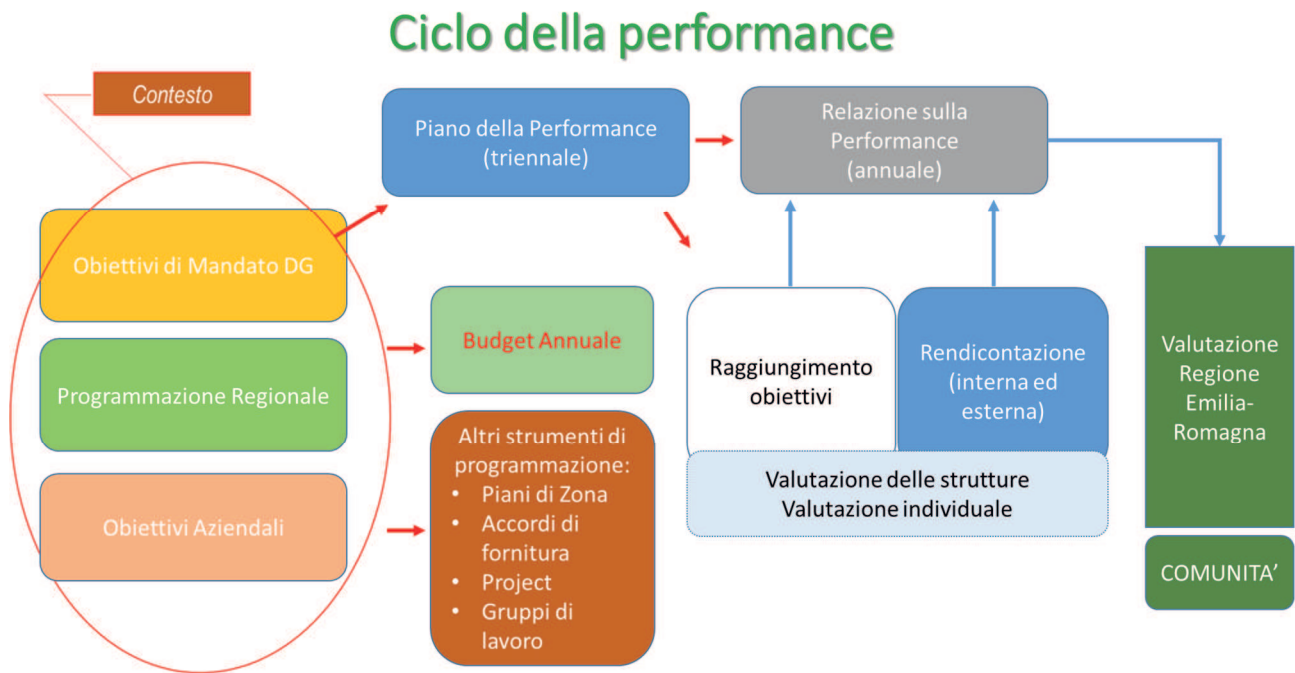
Il Piano delle performance fornisce una versione di sintesi della pianificazione ed una sistematizzazione delle strategie, risulta fortemente integrato con altri documenti di programmazione aziendale anche più strutturati quali PAL, Piano investimenti, Piano triennale assunzione personale, Piano Azioni Positive ecc, ai quali è possibile riferirsi per maggiori approfondimenti.

Il Piano ha una duplice valenza, verso l'esterno e verso l'interno. Nel primo caso con l'obiettivo di rappresentare in modo chiaro ai vari stakeholder i principali obiettivi strategici aziendali, le azioni per da porre in essere per la loro realizzazione, le modalità di monitoraggio e rendicontazione ed i risultati attesi e raggiunti; questi ultimi, valutati anche in rapporto alle performance delle altre province della regione (benchmarking). La valenza interna, risulta invece utile quale cornice di riferimento strategica per orientare l'azione gestionale e la programmazione annuale delle articolazioni interne all'Azienda che si esplicita attraverso vari strumenti di programmazione quali Piani di Zona, programmi, project, budget.

Per tale ragione questo documento, è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, che, come previsto dal D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, definisce i processi di pianificazione strategica pluriennale e di controllo strategico, articolati nelle fasi di seguito riportate:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, 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.

Figura 2. Ciclo della Performance Azienda USL Modena



Il sistema definito dal Piano delle Performance, si traduce negli obiettivi annuali di budget, con riflessi significativi sul sistema di valutazione annuale del personale che è stato formalizzato attraverso gli accordi firmati con le OO.SS. delle tre aree contrattuali (Comparto, Dirigenza Medico-Veterinaria e SPTA) ed è in vigore dal 2018.

Nello specifico il sistema si caratterizza per l'identificazione delle due diverse dimensioni valutative:

- Performance Organizzativa, che misura il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali, dipartimentali e delle singole strutture declinato sui risultati raggiunti relativamente agli obiettivi assegnati con il sistema di budgeting;
- Contributo Individuale, che misura la qualità del contributo di ciascun professionista operante in azienda nel concorrere ai risultati organizzativi ottenuti; questo avviene attraverso una valutazione orientata su alcuni item, differenti nelle 3 aree contrattuali, ma comunque orientati al rispetto dei valori fondamentali aziendali e definiti dal Codice di Comportamento e su altri aspetti fondamentali per una buona erogazione di servizi quali la flessibilità, le buone relazioni con gli utenti interni ed esterni.

Lo stato d'avanzamento delle attività programmate e delle progettualità messe in atto trovano rendicontazione nella Relazione annuale delle Performance che riporta i risultati conseguiti con valenza interna, pertanto oggetto di comunicazione con le articolazioni aziendali territoriali e ospedaliere, ed esterna all'Azienda, ovvero nei confronti dei diversi portatori di interesse (Comuni, terzo settore, associazioni di patologia ... cittadini/utenti).

Il biennio 2020-2021 è stato fortemente caratterizzato dalla pandemia da coronavirus che ha avuto ripercussioni su molti ambiti, modificando profondamente sia la domanda sia l'offerta di prestazioni e servizi, con importante modifica dei consumi sanitari. È per questo motivo che molti dei trend attesi e degli indicatori individuati per il triennio, fanno riferimento all'anno 2019 (e precedenti), ovvero a performance pre-pandemia; risulta comunque evidente che, anche in prospettiva, gli effetti della pandemia non potranno essere scotomizzato anche per le



conseguenze che hanno determinato in modo permanente sul sistema della domanda, dell'offerta e dell'organizzazione sottesa.

Come anticipato la programmazione aziendale si sviluppa annualmente attraverso il sistema di budget che rappresenta il principale strumento attraverso il quale l'Azienda orienta l'attività delle proprie articolazioni, il processo risulta in stretta connessione con gli altri meccanismi operativi aziendali come i sistemi di misurazione, controllo e valutazione dei risultati conseguiti. Il sistema di budget aziendale si articola nel budget operativo, nel budget trasversale e nel budget dello staff. Le tre tipologie di strumenti garantiscono la gestione unitaria aziendale in quanto coinvolgono tutte le articolazioni aziendali seppur con modalità operative diverse.

L'Azienda Usl di Modena ha consolidato ormai da qualche anno la prassi di avviare alla fine dell'anno precedente (o all'inizio dell'anno di riferimento) il ciclo di Budget. L'avvio in genere ha luogo nell'ambito del Collegio di Direzione che rappresenta la sede di condivisione con le articolazioni aziendali coinvolte (staff e dipartimenti) delle linee guida per la programmazione dell'anno, a cui segue la negoziazione degli obiettivi con le articolazioni aziendali.

Durante l'anno si effettuano sistematicamente, con cadenza trimestrale/quadrimestrale, i monitoraggi dell'andamento dell'attività e attraverso la valutazione degli indicatori che misurano gli obiettivi definiti in negoziazione. I monitoraggi rappresentano l'occasione per confermare, integrare o revisionare obiettivi, indicatori e target di riferimento (budget revision) e per confrontarsi con i professionisti sulle criticità emergenti e sull'avvio di azioni di miglioramento e correzione dei trend.

Trascorso l'anno di riferimento e consolidati i dati relativi ai 12 mesi con la chiusura dell'esercizio, si dà seguito alla rendicontazione che si conclude in genere entro i primi quattro mesi dell'anno successivo a quello a cui il budget si riferisce, i dati consuntivi definitivi e le relazioni/valutazioni dei responsabili di struttura sono poi alla base del processo di valutazione della performance organizzativa che, come detto, misura il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali, dipartimentali e delle singole strutture e del contributo individuale, che misura la qualità del contributo di ciascun professionista.

## 3 IDENTITA' DELL'AZIENDA

### 3.1 Chi siamo e cosa facciamo

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 2450 del 07/06/1994 è stata costituita l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis del D.Lgs. 502/92 come modificato e integrato dal D.Lgs 229/99, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e comprende i territori dei Comuni della Provincia di Modena. L'Azienda USL di Modena è 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<sup>2</sup>.

L'Azienda USL di Modena garantisce il soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute e di presa in carico delle persone presenti nel proprio territorio. A tale scopo, l'Azienda organizza le proprie strutture e attività ricercando in modo costante le soluzioni più innovative dal punto di vista organizzativo e tecnologico e garantendo i principi di sicurezza, efficacia, appropriatezza, ascolto ed empatia dei propri operatori, universalità ed equità d'accesso ai servizi, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza, oltre che un uso efficiente delle risorse disponibili.

---

<sup>2</sup> Si rimanda all'atto aziendale, scaricabile dal sito <https://www.ausl.mo.it/atto-aziendale>;

La visione attraverso cui attuare la missione aziendale è legata all'utilizzo dei percorsi assistenziali, che partendo dalla promozione della salute, privilegiano gli interventi territoriali e di comunità, ponendo al centro le case della salute. Al fine di valorizzare il bene comune saranno messi in campo percorsi:

- di condivisione e partecipazione con la società civile;
- di integrazione professionale e dei servizi sanitari e sociali presenti sui territori;
- di valorizzazione delle risorse umane all'interno dei servizi;
- di trasformazione dei valori in azioni concrete quotidiane;
- di snellimento delle procedure burocratiche;
- di riduzione ed eliminazione delle diseguaglianze di accesso ai servizi.

### 3.2 Come operiamo – organizzazione

L'assetto organizzativo è legato alle finalità e agli obiettivi che l'Azienda intende perseguire. In considerazione dei continui mutamenti del contesto ambientale in cui opera, l'Azienda trasforma il suo assetto organizzativo, adattandolo anche rispetto ai cambiamenti intervenuti, nel tempo, nelle finalità e negli obiettivi da perseguire.

L'organizzazione aziendale si ispira ai seguenti principi fondamentali:

- la flessibilità organizzativa attraverso l'individuazione di entità organizzative temporanee o permanenti, generate dall'aggregazione di risorse provenienti dalle strutture organizzative aziendali, con il compito di realizzare piani o programmi specifici dell'Azienda, di affrontare sistematicamente problematiche afferenti a gruppi omogenei di popolazione individuati per problemi di salute o per altre caratteristiche della popolazione target e, infine, per affrontare criticità aziendali anche di carattere contingente;
- l'integrazione intesa quale raccordo sistematico tra le numerose articolazioni aziendali e tra soggetti che si occupano del complessivo processo di assistenza sanitaria e sociale dei pazienti;
- il decentramento inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi;
- la chiarezza, ossia la precisa definizione delle finalità della tecnostruttura, delle funzioni di supporto e della linea produttiva, condizioni necessarie per una piena responsabilizzazione verso i risultati da ottenere;
- l'orientamento al dinamismo inteso come promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovatività, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo; · l'economicità intesa come ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione e di coordinamento dell'organizzazione. La ricerca dell'economicità si concretizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative capaci di rendere condivise, tra più articolazioni aziendali, le risorse strutturali e il patrimonio tecnologico e professionale dell'Azienda e nella realizzazione di soluzioni improntate ad un principio di essenzialità e non ridondanza, in una visione che abbia a riferimento l'intera rete assistenziale provinciale.

Allo scopo di realizzare i principi dichiarati, l'Azienda assume il Distretto quale organismo decentrato del governo aziendale e il Dipartimento quale assetto organizzativo fondamentale atto all'organizzazione e gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali.

Il modello organizzativo dell'Azienda è raffigurato nelle illustrazioni seguenti, così come è stato formalmente introdotto con la Deliberazione n. 48 del 05/03/2020; la rappresentazione grafica a seguire, evidenzia, l'esito del percorso di revisione organizzativa avviata dalla nuova Direzione Generale dell'Azienda che si è insediata a giugno

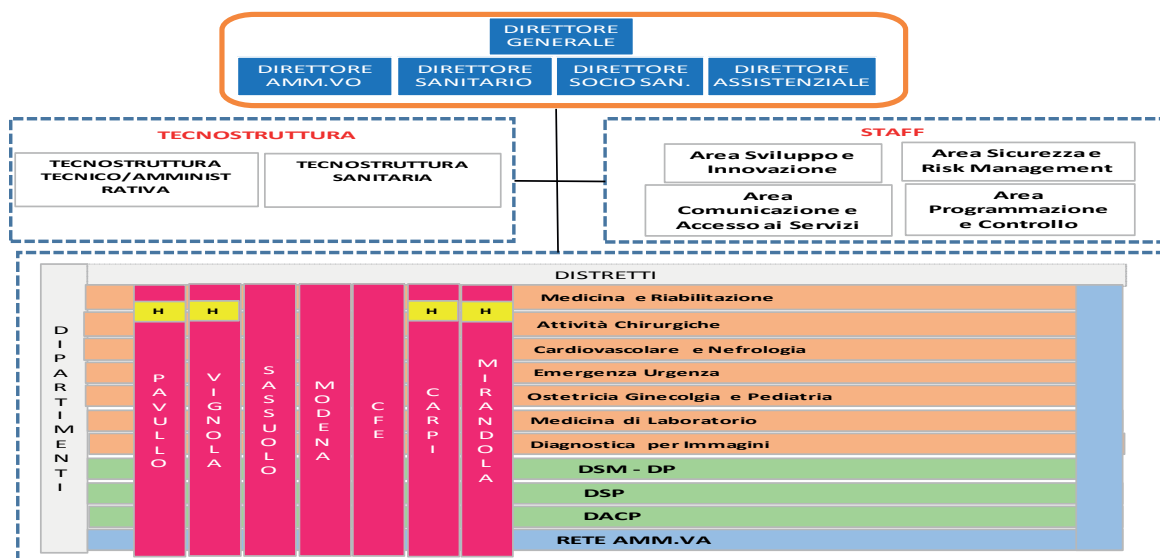
2019. La revisione del modello ha interessato in particolare le aree di staff, la tecnostruttura e la Direzione delle Professioni Sanitarie. Il percorso ha visto la conclusione nei primi mesi del 2020, con l'esordio della pandemia.

Gli obiettivi del percorso di revisione organizzativa sono stati:

- ridefinire il ruolo dei Servizi Centrali e delle funzioni di Staff, quali articolazioni al servizio dell'Azienda e rete di supporto alle strutture di produzione che garantiscono l'assistenza ed i servizi ai cittadini della provincia modenese;
- suddividere tali funzioni tra Tecnostruttura, formata dai Servizi ad alto contenuto tecnico-specialistico e operativo, e funzioni di Staff, ausiliarie e non inserite nella gerarchia operativa diretta;
- semplificare la struttura matriciale esistente anche attraverso una riduzione della parcellizzazione delle articolazioni di supporto;
- rendere più chiare ed univoche le diverse tipologie di responsabilità ed in particolare recuperare il ruolo delle funzioni gestionali, quale fondamentale snodo per la gestione ed il buon funzionamento dell'Azienda;
- con riferimento al modello organizzativo della Direzione delle Professioni Sanitarie la necessità di un assetto che garantisca una più efficace capacità di governo e presidio gestionale sui territori aziendali, un minor accentramento a favore della velocità e della capacità di risposta ai bisogni organizzativi dei territori e delle varie realtà aziendali;
- una più puntuale e chiara definizione delle caratteristiche della Direzione delle Professioni Sanitarie quale struttura della direzione strategica aziendale e dei suoi rapporti con la tecnostruttura, le articolazioni di produzione e le funzioni di Staff;

Preme evidenziare che il percorso è stato partecipativo e che le considerazioni e le proposte emerse durante il percorso di confronto interno hanno fattivamente contribuito alla stesura finale della rimodulazione organizzativa formalizzata a marzo 2020. La struttura organizzativa è rappresentata in modo schematico dalla Fig 3 riportata a seguire; sono rappresentate la Direzione Strategica aziendale, con lo staff e la tecnostruttura, i Distretti Sanitari e i Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali.

Figura 3. Modello Organizzativo Azienda USL Modena



Nelle figure successive (Fig 4 e 5) sono raffigurate in modo più articolato le composizioni dello staff e tecnostruttura e della direzione assistenziale.

Figura 4. Modello Organizzativo Staff e Tecnostruttura Azienda USL Modena

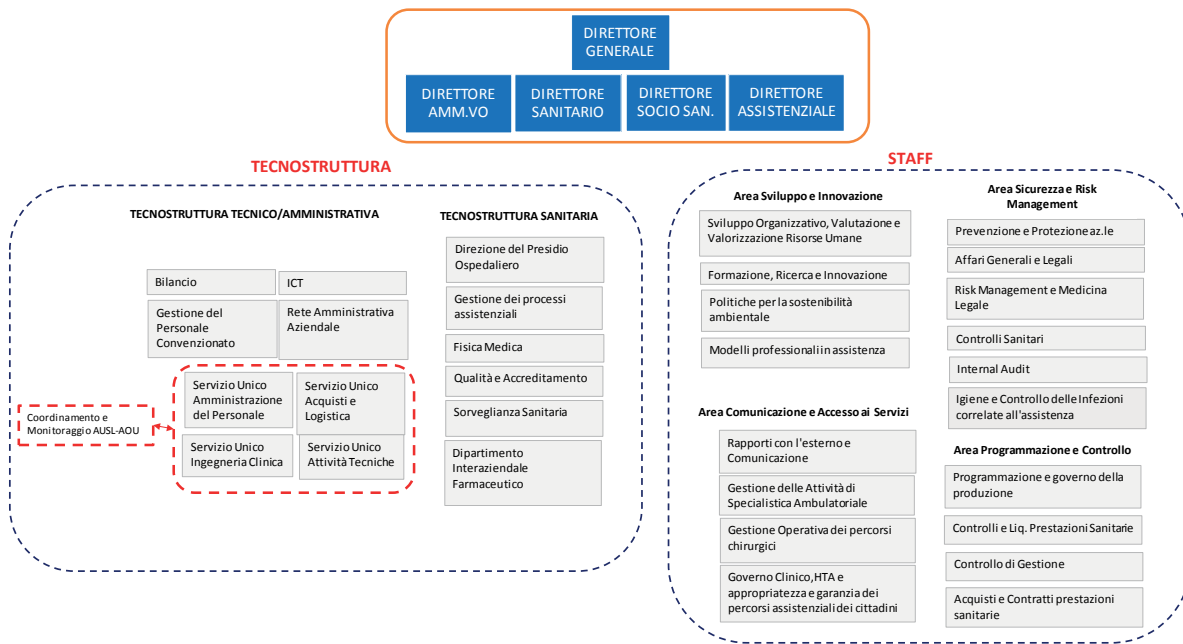
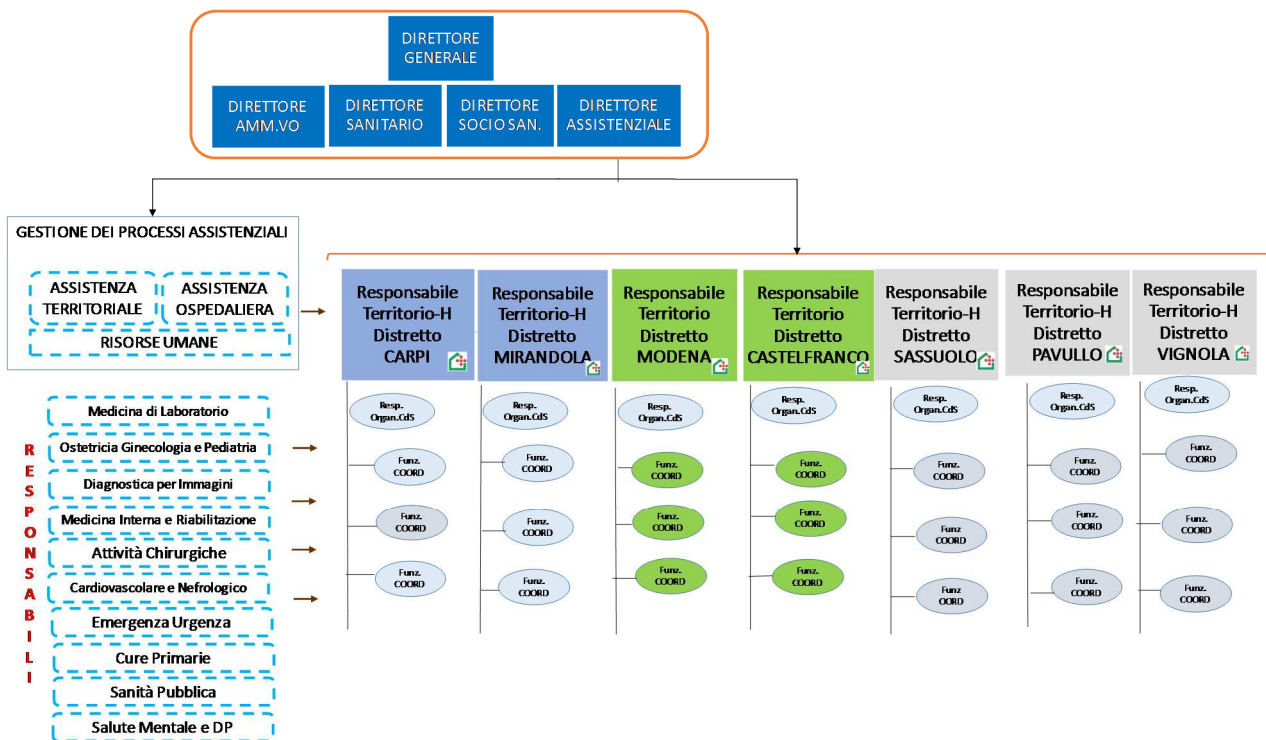


Figura 5. Modello Organizzativo Direzione Assistenziale Azienda USL Modena



### 3.3 Il contesto di riferimento

Il biennio 2020-2021 è stato fortemente caratterizzato dalla pandemia che ha profondamente modificato lo storico contesto di riferimento, sovvertito da un lato, nei contenuti quali quantitativi della domanda e dall'altro

nell'offerta di servizi che sono stati riprioritarizzati per assecondare i nuovi bisogni imposti dal coronavirus. Importante anche la diversa organizzazione e gli indirizzi che hanno assunto le linee produttive in esito all'epidemia. Mutato, in alcune componenti, anche lo scenario organizzativo, normativo ed economico, caratterizzato come sempre dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza ma in un contesto di risorse limitate e diversamente distribuite su diverse fonti e con l'esigenza di disegnare in modo diverso il sistema di cure e lo sviluppo dei servizi, in modo da dare risposta agli epocali cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali determinati dalla pandemia.

### 3.3.1 I bisogni di salute della Provincia di Modena

#### **Contesto demografico e socio economico**

In provincia di Modena al 01/01/2021 erano residenti 706.468 persone (708.199 il 01/01/2019). Nel medio periodo la dinamica demografica è stata caratterizzata da una certa stabilità della popolazione residente, dal 2012 si è interrotto un trend che era in aumento sostenuto sia dai fenomeni immigratori che dalla ripresa delle nascite. La crisi economica e il sisma del 2012 per l'area nord sono all'origine di tale fenomeno.

La transizione demografica, che da anni sta caratterizzando anche il territorio modenese, ha comportato un progressivo invecchiamento e un calo della natalità, solo in parte mitigato dai fenomeni migratori e dalla maggiore propensione a fare figli della popolazione straniera che in parte a sua volta si sta riducendo. Pur essendo un fenomeno diffuso su tutto il territorio, questo progressivo invecchiamento mostra una certa eterogeneità nel territorio: è più forte nei comuni montani, come es. nel distretto di Pavullo nel Frignano, che nel 2019 aveva un indice di vecchiaia del 209%, e più basso in quello di Castelfranco Emilia (138%).

Rispetto alla regione e al Paese, la provincia mostra un minor indice di vecchiaia (169% vs rispettivamente 186% e 178%), una maggior percentuale di minorenni (16,4% vs 15,6% e 15,8%) un maggior tasso grezzo di natalità (7,8 vs 7,3 e 7,3), una maggior presenza di stranieri residenti (13,5% vs 12,6 e 8,8%) e una minor percentuale di famiglie monocomponenti (34,5% vs 38,2 e 33,3). Fenomeno quest'ultimo che diventa preoccupante quando è dovuto alla presenza di anziani o grandi anziani soli come nel distretto di Pavullo dove si registra il valore più alto (42%).

La speranza di vita alla nascita è migliore di quelle regionale per gli uomini (81,8 vs 81,4 e 81,0) e simile per le donne (85,2 vs 85,2 e 85,3).

In provincia di Modena il 19% dei 18-69enni ha riferito di avere una laurea: 15% negli uomini e 22% nelle donne; questa percentuale è in linea con il valore regionale e nazionale. Tra le persone con 70 anni e oltre, invece, la quota di persone con nessun titolo o licenza elementare raggiunge il 66% in provincia di Modena, percentuale che appare superiore a quelle regionale e nazionale. Il 16% dei modenesi ultra 69enni ha riportato di avere una licenza media, il 13% un titolo di scuola superiore e il 5% una laurea. Questi fenomeni probabilmente sono dovuti al ricco mercato del lavoro provinciale, che soprattutto negli anni passati, ha attirato forza lavoro a discapito dell'Università.

Il tasso di disoccupazione tra gli over 15 anni nel 2019 era pari al 6,5% e il tasso di disoccupazione ha arrestato la sua crescita, iniziata dalla fine del 2008 fino all'inizio del 2014. I tassi registrati nella nostra provincia risultano simili alla media regionale ma inferiori al valore nazionale.

La provincia di Modena ha una minore disparità dei redditi, espressa con il coefficiente di concentrazione di Gini, rispetto alla regione Emilia-Romagna e al Paese (27,5 vs 29,0 e 33,4).

Il 35% delle persone con 18-69 anni ha difficoltà economiche ad arrivare a fine mese: il 7% molte difficoltà e il 27% qualche difficoltà; valori vicini a quello regionali ma significativamente migliori quelli nazionali. Nella popolazione anziana (70 anni e più) il 38% ha riferito difficoltà economiche: 6% molte e il 32% qualcuna, simili quelli a regionali e significativamente inferiori a quelle nazionali.

### **Stato di salute**

In provincia di Modena il 70% delle persone con 18-69 anni hanno dichiarato una percezione positiva del proprio stato di salute mentre il 26% ha riferito di stare discretamente e il 4% male o molto male; questi valori sono simili a quelli regionali e nazionali. La percezione positiva del proprio stato di salute è maggiore tra i 18-24enni (90%), gli uomini (77%), le persone con alta istruzione (74%) e quelle senza difficoltà economiche (74%). Tra le persone con 70 anni e più la percezione positiva del proprio stato di salute cala al 38%, valore simile a quello regionale (38%) e superiore a quello nazionale (34%). Questa percezione positiva cala con l'età ed è più alta gli uomini (42%), tra chi ha un'alta istruzione (42%) e chi non ha difficoltà economiche (45%).

Il 9% dei 18-69enni ha riferito nell'ultimo mese 14 giorni o più in cattiva salute per motivi fisici e il 13% per motivi psicologici, valori leggermente superiori a quelli regionali e nazionali. Il 3% ha dichiarato, invece, 14 giorni o più con limitazione delle attività abituali a causa della salute fisica o psicologica, percentuale simile a quella regionale e nazionale. Tra gli ultra 69enni il 15% ha riportato nell'ultimo mese 14 giorni o più in cattiva salute per motivi fisici, il 14% per motivi psicologici, percentuali simili a quelle registrate a livello regionale e nazionale. Il 3% ha dichiarato, invece, 14 giorni o più con limitazione delle attività abituali a causa della salute fisica o psicologica, valore simile a quello regionale e inferiore a quello nazionale.

Il 9% delle persone tra 18-69 anni nella provincia di Modena ha riferito di avere sintomi di depressione, con valori maggiori tra le donne (13%) rispetto agli uomini (5%), le persone con istruzione molto bassa (13%), quelle con molte difficoltà economiche (25%) e quelle affette da patologie croniche (18% rispetto a chi non ne soffre 7%). La presenza di sintomi depressivi sale al 13% negli ultra 69enni, con differenze statisticamente significative tra i generi (8% uomini, 16% donne). I valori provinciali sono vicini a quelli della regione Emilia-Romagna (rispettivamente 7% nei 18-69enni e 11% negli ultra 69enni) e leggermente diversi da quelli nazionali (rispettivamente 6% e 15%).

Secondo i dati delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento si stima che il 18% dei modenesi con 18-69 anni e il 66% degli ultra 69enni soffra di almeno una patologia cronica, valori simili a quelli regionali (rispettivamente 19% e 64%) e nazionali (rispettivamente 18% e 65%).

Più in specifico per la popolazione anziana, PASSI d'Argento stima che in provincia di Modena il 12% della popolazione ultra64enne presenti segni di fragilità e che il 14% abbia qualche forma di disabilità, percentuali in linea con quelle regionali ma inferiori a quelle nazionali.

L'8% delle persone ultra 64enni ha problemi di vista (7% anche in regione e 10% in Italia), il 18% ha problemi di udito (17% in regione e 14% in Italia), l'8% ha problemi di masticazione (7% in regione e 13% in Italia).

Il 10% della popolazione ultra 64enne è a rischio di esclusione sociale, valore più basso rispetto a quello regionale (12%) e nazionale (19%). Il rischio di isolamento sociale è significativamente più alto tra le persone con 75 e più anni, con bassa istruzione e difficoltà economiche. Tra gli ultra 64enni in buona salute è a rischio di isolamento sociale scende al 4%, ma sale in maniera statisticamente significativa nelle persone con fragilità (11%) e in quelle con disabilità (36%).

Dall'analisi delle banche dati sanitarie emerge che le patologie a maggior prevalenza sono iperlipidemia, diabete mellito, disordini della tiroide, ipertensione arteriosa e cardiopatia ischemica.

Una percentuale elevata di persone associa più di una patologia, ad esempio nel 2018 associavano il diabete allo scompenso cardiaco 1.560 persone. L'aumento della multicronicità è legato all'invecchiamento della popolazione e al miglioramento dell'assistenza sanitaria, che ha allungato la speranza di vita sia della popolazione generale sia di quella affetta da patologie croniche. Il contrasto alla multicronicità appare quindi come una delle sfide conseguenti all'invecchiamento della popolazione, che si deve porre anche obiettivi di equità, in quanto spesso tale condizione si associa allo svantaggio economico sociale e deve mettere in campo azioni a 360 gradi che partendo dal contrasto dei fattori di rischio perseguano alle varie forme assistenziali previsti dai PDTA fino eventualmente all'Hospice.

Nel territorio modenese, così come nella regione Emilia-Romagna, le principali cause di morte nel 2019 sono state le malattie del sistema circolatorio (2.377; 32,4%), i tumori (2.039; 27,8%), le patologie dell'apparato respiratorio (631; 8,6%) e i disturbi psichici e comportamentali (settore nosologico che contiene le demenze) (611; 8,3%). Più in particolare nel periodo 2015-2019, distinguendo per classi di età, sotto i 45 anni le prime cause di morte sono rappresentate dai traumi ed avvelenamenti (31%, di cui gli incidenti da traffico soli responsabili del 12,1% della mortalità in quella fascia di età) e dai tumori (27,1%); fra i 45 e i 74 anni i tumori sono responsabili di oltre la metà dei decessi in questa fascia d'età (51,5%), seguiti dalle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (19,8%); nella classe di età più anziana infine prevalgono i decessi per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (37,9%) e tumori (22,4%).

In provincia di Modena si ammalano di tumore maligno oltre 4.300 persone all'anno. I dati del Registro Tumori, indicano un generale aumento dal 1988 del numero di nuovi casi (incidenza), andamento che sembra interrompersi a partire dal 2009, in maniera più marcata per gli uomini, sia come frequenza assoluta che come tasso standardizzato.

Complessivamente il 68% delle donne e il 61% degli uomini sopravvivono a cinque anni dalla diagnosi di tumore, con una tendenza all'aumento fra il periodo 1996-2000 e il 2010-2014. Secondo gli ultimi dati disponibili a livello nazionale la sopravvivenza in Emilia-Romagna e specificatamente in provincia di Modena sono le migliori del Paese. A livello provinciale sedi a maggior sopravvivenza, considerando i tumori più frequenti, sono quelli della prostata, testicolo e vescica per l'uomo, mammella e corpo dell'utero per le donne; i tumori del pancreas e del polmone sono invece quelli a prognosi peggiore in entrambi i sessi, con sopravvivenze a 5 anni che faticano a raggiungere il 10%

Le malattie infettive maggiormente denunciate nel 2019, ultimo anno pre-pandemico, sono state la varicella, le infezioni intestinali, la scarlattina/angine streptococcica e l'acariasi. Da segnalare tra le più importanti 44 casi di TBC e 26 di malaria e 29 nuovi casi di infezione da HIV (23 uomini e 6 donne; dato al 31/12/2018).

## **Epidemia da SARS Cov - 2**

Per quanto riguarda la epidemia da SARS-Cov2, al 23 giugno 2021 (data di avvio della redazione di questo documento) risultavano positive 66.615 persone. Complessivamente si sono verificati tre picchi epidemici: marzo 2020, ottobre 2020 e febbraio/marzo 2021; il secondo e il terzo sono risultati più consistenti del primo, in parte anche per la sottostima del primo. Anche l'andamento dei ricoveri ha seguito, sia nei reparti ordinari che in terapia intensiva, l'andamento della curva epidemica avvicinandosi durante i picchi alla saturazione. Nell'anno e mezzo di pandemia si sono osservati diversi scenari epidemici che hanno interessato diversi gruppi di popolazione per

incidenze e mortalità: operatori sanitari, ospiti e operatori delle CRA, lavoratori di alcuni settori produttivi (logistica e lavorazione carni) e studenti e operatori della scuola. Durante il periodo di lockdown la trasmissione è stata sostenuta prevalentemente all'interno dei gruppi familiari.

Nel corso della prima ondata (e successive) l'offerta sanitaria è stata orientata prevalentemente alla gestione della pandemia, ciò è avvenuto in modo coordinato tra strutture pubbliche e private che hanno operato ciascuno per quanto consentito dai diversi assetti tecnologici, logistici e di competenze. Le prestazioni programmate non urgenti sono state dilazionate nel tempo e si è data la precedenza all'assistenza ai pazienti covid + e alle urgenze non procrastinabili. Alcune importanti collaborazioni pubblico-privato con condivisione delle piattaforme produttive e l'attivazione di nuovi modelli erogativi a supporto dei MMG e PLS (es USCA) hanno permesso una più sicura e completa gestione della casistica domiciliare che, come si dirà più avanti, ha raggiunto dimensioni di diverse migliaia di persone. Contact tracing e sorveglianza, sono stati garantiti con difficoltà nei momenti di massima recrudescenza della pandemia ma hanno comunque costituito un obiettivo prioritario. Nel periodo intercorrente tra la prima e la seconda ondata ed anche nei successivi, si è dato corso ad un importante sforzo di recupero delle prestazioni sospese, ambulatoriali, screening e di ricovero, anche con la introduzione di nuovi e innovative modelli erogativi e collaborativi (televista, teleconsulto, telemonitoraggio, con recupero pressoché totale delle prime, mentre per la chirurgia, non si è ancora tornati alle performance pre-covid, e pertanto permangono liste d'attesa più corpose. Infine, come noto, dal 27 di dicembre 2020, l'Azienda è fortemente impegnata nella campagna vaccinale contro il SARS Cov – 2.

Di tutto interesse gli effetti della Pandemia sulla salute mentale. L'aumento costante del bisogno legato all'andamento epidemiologico degli ultimi anni – dalle sindromi dello spettro autistico, ai disturbi alimentari alle ludopatie – è stato accentuato in misura rilevante dalla crisi pandemica che ha reso più frequenti le reazioni da stress, sintomi ansiosi e depressivi, incrementato l'uso di alcool, slatentizzato disturbi del comportamento alimentare e più in generale accentuato le condizioni di malessere psicosociale, in particolare negli adolescenti e giovani adulti.

Se il lockdown ha rallentato tutte le attività sanitarie non connesse alla cura di pazienti affetti da Covid-19, il DSM nelle sue articolazioni fin dai primi mesi 2020 ha riconvertito i servizi a ciclo diurno in attività a distanza per garantire la continuità assistenziale di utenti e famigliari ed è stato in grado di mantenere i percorsi residenziali, dall'assistenza in regime di ricovero ospedaliero ai percorsi socio sanitari comunitari, applicando i protocolli di sicurezza e di isolamento necessari. Gli operatori sono stati impegnati altresì nell'attività di screening sulle strutture a gestione diretta ed indiretta della Provincia.

Per una trattazione più approfondita della riorganizzazione della attività e dei servizi in corso di pandemia si rimanda alla relazione sulle performance 2020, stilata nel giugno scorso, che presenta una ampia descrizione<sup>3</sup>.

I picchi pandemici, soprattutto il primo, hanno provocato eccessi di mortalità registrati sia in quella generale che in quella specifica per patologia. Dal 24 febbraio 2020 al 20 giugno 2021 si è osservato in totale un eccesso di 1.628 morti (statisticamente significativo, 17,0%), di cui 1.330 negli ultra74enni (statisticamente significativo, 17,6%). Gli eccessi maggiori sono stati registrati nei mesi di novembre 2020, marzo, aprile e dicembre 2020 (54,5%, 52,4% e 32,6%, 32,3%). La mortalità è stata più elevata negli uomini e negli ultra 74enni e in chi aveva co-patologie (in circa due terzi dei casi).

---

<sup>3</sup> <https://www.ausl.mo.it/relazioneperformance>



Dal 2021 hanno assunto particolare importanza l'immunizzazione attiva con la vaccinazione e la diffusione di varianti. La campagna vaccinale che ha preso avvio con sanitari e ospiti e operatori CRA ha già dato prove della sua efficacia in quanto queste categorie non sono state praticamente colpite dalla terza ondata. La diffusione delle varianti è un fenomeno recente e quindi ancora poco conosciuto ma preoccupa in quanto può potenzialmente aumentare la diffusione virale, soprattutto tra i gruppi di popolazione con bassa copertura vaccinale. Le attuali evidenze, infatti, indicano che un ciclo vaccinale completo protegge dall'infezione e soprattutto dalla comparsa di patologia gravi, riducendo fortemente il rischio di ospedalizzazione. Diventa, quindi, importante cercare di stimare e ridurre la quota di popolazione suscettibile al SARS-CoV-2. Al 24 giugno 2021, a seconda dei vari scenari ipotizzati, la percentuale di persone ancora suscettibili varia tra il 43,8% e il 34,3%.

Infine non è da sottovalutare la presenza di effetti a distanza del Covid-19; tale patologia è denominata sindrome Long COVID, che secondo alcune metanalisi arriva a interessare fino all'80% degli infetti, con una forte variabilità di durata e sintomatologia. I cinque sintomi più comuni sono affaticamento (58%), mal di testa (44%), disturbo dell'attenzione (27%), perdita di capelli (25%) e dispnea (24%).

### **Fattori di rischio comportamentali**

La letteratura indica che tra le azioni indispensabili per ridurre il carico di malattia e disabilità in una popolazione è il contrasto ai fattori di rischio comportamentali: fumo, alcol, sedentarietà, cattiva alimentazione, eccesso ponderale. Il loro contrasto contribuisce a ridurre le diseguità di salute perché questi fattori di rischio sono spesso associati a bassa istruzione e reddito e a volte alla cittadinanza non italiana.

Secondo i dati delle sorveglianze di popolazione il fumo di sigaretta in Emilia-Romagna è già diffusa tra i giovanissimi: l'1% degli 11enni, il 6% dei 13enni e il 27% dei 15enni fuma sigarette. In provincia di Modena fuma il 27% dei 18-69enni, il 20% è un ex fumatore e il 53% non ha mai fumato. La percentuale di fumatori è simile a quella regionale (27%) ma superiore di quella nazionale (25%). Fumano maggiormente gli uomini (31% contro il 23% delle donne), le persone con 18-34 anni (35%), una bassa scolarità (31%) e quelle con molte difficoltà economiche riferite (48%). L'abitudine tabagica si riduce ma non si annulla anche con l'avanzare dell'età: fuma il 7% delle persone con 70 anni e più (7% uomini, 8% donne), valore simile a quello regionale (8%) e nazionale (7%).

In regione molti minorenni hanno già un rapporto alterato con l'alcol: il 2% degli undicenni, il 7% dei tredicenni e il 28% dei quindicenni si è ubriacato almeno una volta nella vita. Tra i 15enni il 42% dei ragazzi e il 32% delle ragazze ha riferito di aver bevuto nell'ultimo anno 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione (binge drinking).

Tra i 18-69enni, in provincia di Modena, il 24% consuma alcol in modo potenzialmente rischioso per la salute. Il dato modenese è in linea con quello registrato a livello regionale (23%) ma superiore a quello nazionale (17%). Tra gli ultra 69enne il 27% è un consumatore di alcol potenzialmente a rischio per la salute, valore è più alto di quello regionale (20%) e superiore a quello nazionale (17%).

In provincia di Modena il 17% dei bambini di 8-9 anni sono definibili come non fisicamente attivi in quanto il giorno precedente la rilevazione OKKio alla salute, non hanno svolto attività motoria a scuola, attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio e solo il 32% fa giochi di movimento per almeno un'ora da 5 a 7 giorni alla settimana; queste percentuali risultano sovrapponibili a quelle regionali (rispettivamente del 34% e 2%).

Circa il 9% dei ragazzi emiliano-romagnoli 11-15enni svolge attività fisica ogni giorno per almeno 60 minuti, come raccomandato dalle linee guida internazionali. Solo il 49% degli adulti 18-69enni ha uno stile di vita attivo poiché pratica nel tempo libero attività fisica ai livelli raccomandati dall'OMS (44%) oppure svolge un'attività lavorativa

pesante dal punto di vista fisico (10%); la percentuale di attivi è inferiore a quella regionale (55%) e simile a quella nazionale (48%). Il 17% è completamente sedentario, valore è simile a quello regionale (17%) e inferiore a quello nazionale (29%).

Tra gli ultra 69enni modenesi il 30% della popolazione risulta essere poco attivo, il 43% è sufficientemente attivo dal punto di vista fisico e il restante 27% è non deambulante. I valori provinciali sono simili a quelli regionali e nazionali.

In provincia di Modena poco meno di un terzo dei bambini di 8-9 anni è in eccesso ponderale (29%): il 22% è in sovrappeso e il 7% presenta obesità. La prevalenza provinciale di eccesso ponderale è simile a quella regionale (29%) e nazionale (30%).

In Emilia-Romagna è in eccesso ponderale il 18% dei ragazzi con 11 anni, il 15% di quelli con 13 anni e il 15% di quelli con 15 anni, valori simili a quelli registrati a livello nazionale.

In provincia di Modena tra le persone con 18-69 anni il 42% è in eccesso ponderale (29% è in sovrappeso e 13% con obesità), mentre il 5% è in sottopeso. Questi valori sono prossimi a quelli regionali e nazionali.

Tra gli ultra 69enni il 2% è in sottopeso, il 40% è normopeso mentre il 58% è in eccesso ponderale (42% in sovrappeso e 16% presenta obesità); anche queste percentuali sono sovrapponibili a quelle regionali e nazionali.

L'andamento degli infortuni sul lavoro nell'Industria e Servizi in provincia di Modena appare in lieve aumento: si passa dai 12.754 eventi denunciati nel 2014 ai 13.238 del 2018, pari a +4%, mentre il numero degli eventi indennizzati appare stabile: 7.869 del 2014 a 7.719 del 2018. In Agricoltura si osserva una riduzione, nel quinquennio considerato, registrando un -25% per gli eventi denunciati e un -34% per quelli indennizzati. Riguardo le modalità di infortunio, i dati INAIL indicano che una elevata percentuale di infortuni mortali e gravi è avvenuta alla guida di veicoli (infortuni stradali o in itinere). Gli eventi mortali, a Modena, nel quinquennio 2014-2018 sono stati 62, di cui circa la metà dovuti a infortuni in itinere e stradali.

Le malattie professionali denunciate all'Azienda USL a fini epidemiologici e preventivi sono state 711 nel 2018. Osservando l'andamento delle malattie professionali nel tempo si nota come le denunce di tumori di origine occupazionale sono in aumento negli ultimi anni, questo risultato è anche il frutto dell'attività svolta nell'ambito del progetto OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) condotto dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL per il monitoraggio e la ricerca attiva delle patologie tumorali da lavoro.

Per quanto riguarda gli incidenti stradali, dopo un picco registrato nel 2000, si è assistito a un progressivo calo del fenomeno: nel 2019 si sono verificati 2.631 incidenti stradali, 3.503 feriti e 57 decessi. Analizzando i comportamenti, il 5,9% dei 18-69enni ha guidato almeno una volta sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'intervista e il 7,8% ha riferito di essere stato trasportato negli ultimi 30 giorni da un conducente che aveva bevuto nell'ora precedente due o più unità di una bevanda alcolica. Se il 99% degli intervistati ha riportato di usare sempre il casco e il 93% di allacciare sempre le cinture anteriori, solamente il 31% allaccia sempre quella posteriore, valori simili a quelli regionali.

Dall'analisi degli infortuni domestici, in provincia di Modena si verificano in media circa 100 decessi all'anno nell'ultimo quinquennio in seguito a cadute in casa provocando, il più delle volte, traumi cranici e fratture del femore. Secondo PASSI il 3,1% dei 18-69enni ha riferito nell'ultimo anno un infortunio domestico per il quale è dovuto ricorrere a cure sanitarie (3,1% a livello regionale e 3,0% a livello nazionale). Secondo PASSI d'Argento in

provincia il 7% della popolazione con 65 anni e più è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista, la percentuale cresce con l'età, raggiungendo il 15% tra gli ultra 84enni, valore superiore rispetto a quello regionale (11%) e nazionale (12%). Considerando l'ultimo anno, è caduto a terra almeno una volta il 26% degli ultra 64enni; di questi il 16% ha riferito di essere stato ricoverato in ospedale e il 17% ha riportato fratture in seguito alla caduta, percentuale più elevata tra le donne (20% rispetto all'11% degli uomini) e tra le persone con disabilità (30% rispetto al 13% di quelle in buona salute). In particolare il 4,3% si è rotto il femore.

Per maggiori dettagli si rimanda allo "Stato di Salute della Provincia di Modena" in allegato al presente Piano<sup>4</sup>.

### 3.3.2 Le priorità istituzionali

La pandemia Covid ha significativamente rallentato, il percorso di riorganizzazione interna che stava portando avanti l'Azienda USL di Modena. Ha tuttavia anche rappresentato un'occasione di cambiamento e di riorganizzazione i cui effetti saranno percepiti per lungo tempo.

Nei prossimi tre anni, l'Azienda USL di Modena non può prescindere dalla progressiva ripresa di un percorso che porti alla completa realizzazione di risultati considerati prioritari per la programmazione sanitaria, senza mai perdere di vista le "lezioni" apprese dalla pandemia, che devono costituire, trasversalmente a tutti gli obiettivi che seguono, un punto di riferimento per l'Azienda:

- proseguire l'implementazione delle linee di indirizzo relative a reti hub&spoke e reti cliniche integrate con il coinvolgimento dell'Ospedale di Sassuolo e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, sempre tenendo in considerazione il criterio volumi-esiti (chirurgia oncologica, cardiologia, ortopedia specialistica, ecc.).
- pianificare e implementare l'omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke, assicurando l'adeguatezza delle performance ai migliori standard degli indicatori di centralizzazione.
- garantire il miglioramento dell'accesso ai Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento e la loro qualità sia dal punto di vista dell'accoglienza che dei tempi di risposta, con particolare riferimento agli standard definiti a livello regionale.
- garantire, nell'ambito della progressiva ripresa dell'attività, condizioni di massima efficienza nella gestione delle liste di attesa sia per le prestazioni di specialistica che per le procedure per procedure in regime di ricovero
- consolidare le cure primarie, riprendendo e rafforzando il percorso di sviluppo case della salute e di integrazione ospedale-territorio; in particolare completamento delle Case della Salute programmate e del percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità
- riorganizzazione della rete di cure palliative ed, in particolare, completamento dell'organizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD)
- promuovere modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche, anche all'interno delle Case della Salute
- garantire una progressiva ripresa, post pandemia, dell'attività residenziale e semi-residenziale delle strutture socio-sanitarie
- sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute, promuovendo l'integrazione tra i servizi territoriali ed i servizi ospedalieri, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi

---

<sup>4</sup> Maggiori dettagli al seguente link: <https://www.ausl.mo.it/dsp/sintesi/epidemiologica2021>

assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali, nonché garantendo equità e contrasto alle disuguaglianze

- Consolidare azioni di sistema mirate a promuovere l'equità nel rispetto delle differenze, attraverso l'adozione di un piano aziendale, l'utilizzo di strumenti di equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale, la formazione in tema di medicina di genere ed equità, il monitoraggio degli effetti di salute delle disuguaglianze, utilizzando gli strumenti epidemiologici ad hoc predisposti con il coordinamento regionale (SLEM).
- assicurare la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 per l'area socio-sanitaria, in particolare per quanto riguarda l'assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione, i laboratori protetti e Centri occupazionali per disabili e la valorizzazione del ruolo del care-giver
- integrare la ricerca e la formazione come parte della sua missione istituzionale, progettando percorsi ed esperienze formative innovative per il pieno sviluppo delle competenze professionali, la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative.

### 3.3.3 Il sistema dell'offerta

#### Rete Ospedaliera e territoriale

La dotazione di posti letto ospedalieri della provincia di Modena, ovvero 2.422, di cui 633 a gestione diretta, 246 in capo alla Sassuolo spa, 1.108 afferenti all'AOU e 435 al Privato (vd tabella seguente) risulta in linea con le previsioni del DM 70/15 ed il limite fissato dalla DGR 2040/15. La dotazione provinciale sopra richiamata è infatti pari a 3,42 letti per 1.000 abitanti di cui 0,6 per postacuzie.

Tipo attività	Stabilimento	Anno 2020		
		acuti	Postacuti	TOT
Acuta	OSPEDALE CARPI	259	20	279
	OSPEDALE MIRANDOLA	98	32	130
	OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	93	35	128
	OSPEDALE VIGNOLA	75	21	96
	OSPEDALE CIVILE S.AGOSTINO - ESTENSE	388	99	487
	AOSPU POLICLINICO - MO	595	26	621
	OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	218	28	246
	OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL - MO	92	4	96
	OSP. PRIVATO PROF. FOGLIANI - MO	35	15	50
	OSP. PRIVATO VILLA IGEEA - MO	91	69	160
	OSP. PRIVATO VILLA ROSA - MO	23	7	30
	OSP. PRIVATO VILLA PINETA - MO	14	85	99
TOTALE	1.981	441	2.422	

Nemmeno l'attivazione dei 48 letti di terapia intensiva del programma Covid Intensive Care hanno portato allo sfioramento dei parametri previsti.

In un'ottica di sistema unico, gli indirizzi strategici volti a fronteggiare le urgenze non procrastinabili e i nuovi bisogni correlati alla pandemia, sono perseguiti sia direttamente per gli ospedali in capo all'Azienda USL, ovvero gli ospedali di Carpi, Mirandola, Pavullo e Vignola, sia attraverso il lavoro di indirizzo e ridefinizione dei rapporti tra le strutture della rete ospedaliera e territoriale, agito attraverso la revisione della committenza con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, l'Ospedale di Sassuolo spa (NOS) e di quella con i cinque ospedali privati accreditati (Hesperia, Igea, Fogliani, Rosa e Pineta) che operano sul territorio provinciale.

L'offerta di servizi e le attività sono state riviste "in emergenza" a far tempo dalla fine di febbraio 2020 e poi sulla base delle successive e ripetute indicazioni regionali ed infine di uno specifico Piano di Gestione dell'Emergenza covid elaborato congiuntamente dalle tre Aziende Sanitarie modenesi che ha previsto la riorganizzazione delle attività storicamente garantite istituzionalmente sulla base delle priorità emergenti, tale revisione è avvenuta tenendo conto dei seguenti aspetti e determinati:

- caratteristiche della rete provinciale ospedaliera e territoriale di servizi ovvero del contesto organizzativo e dell'offerta delle diverse articolazioni sanitarie (ospedali rete MMG, PLS, medici di continuità assistenziale, USCA, ADI ... strutture residenziali e intermedie quali OSCO ecc);
- andamento epidemico (ondate) registrato nel corso dell'anno e conseguente modulazione della domanda e dell'offerta prioritaria di servizi e prestazioni;
- condizione, criticità e dimensionamento delle strutture sociosanitarie (CRA) sul territorio;
- organizzazione messa in campo dal DSP per garantire la funzione di individuazione e gestione dei casi e dei contatti (contact tracing, isolamento casi ecc) sul territorio;
- capacità di gestione precoce e cura sul territorio della casistica sospetta o positiva asintomatica e paucisintomatica mantenuta in carico ai medici di assistenza primaria, (MMG, CA, PLS e di Comunità, USCA) sul territorio;
- riorganizzazione degli spazi e delle strutture disponibili in modo da garantire maggiori livelli di sicurezza: negli ospedali (ristrutturazione PS, subintensive, letti per acuti e postacuti), ma anche disponibilità di nuove risorse sul territorio quali letti di CRA, OSCO (anche nuovi), reparti postacuti (codice 60), covid hotel sul territorio;
- tecnologie e dispositivi presenti e approvvigionabili con regolarità, (si veda anche il paragrafo relativo alla riorganizzazione del laboratorio);
- disponibilità di professionisti con riferimento a medici afferenti a diverse discipline, specialisti in formazione, infermieri anche specializzati ed OSS, personale amministrativo e di supporto;
- competenze maturate dai professionisti nella gestione delle nuove modalità di assistenza;
- logistica e utilizzo degli spazi in sicurezza tenendo conto delle limitazioni connesse al distanziamento, oltre alle opere promosse per migliorare logistica percorsi e capacità di assicurare percorsi assistenziali efficaci e sicuri;
- capacità produttiva intercorrente e a tendere delle strutture sanitarie della provincia (ospedaliera e territoriali, pubbliche e private), anche in considerazione degli standard assistenziali attesi e dei livelli di efficacia e di sicurezza da garantire;
- progetti attivati nel corso delle diverse fasi epidemiche (es. telemedicina e collaborazioni, anche in remoto, tra diverse equipe ospedaliere e territoriali)

Le Aziende sanitarie modenesi hanno pertanto convenuto sulla necessità di adozione di una comune strategia volta alla individuazione di riferimenti univoci (provinciali o di area) per il trattamento della casistica tampone positiva che necessitava di ricovero urgente, e questo, sia in ambito internistico sia chirurgico e con il fine di garantire il contenimento del rischio di contagio, la sicurezza degli operatori, l'efficacia delle cure, l'efficienza nell'utilizzo delle risorse (personale, dispositivi, letti).

La riorganizzazione dell'offerta sanitaria scaturita dalla necessità di far fronte alla pandemia, ha dunque mantenuto i principi della vocazione, anche storicamente consolidati, delle diverse strutture ed alcuni elementi strategici, quali:

- mantenimento dei riferimenti presso gli hub modenesi dell'AOU per le gestione delle emergenze tempo dipendenti (IMA, stroke e politrauma grave);
- mantenimento dei riferimenti presso gli hub modenesi dell'AOU delle reti hub & spoke da tempo definite per gli ambiti che costituiscono una valenza unica provinciale (funzioni garantite in modo esclusivo su base provinciale dall'AOU di Modena), ci si riferisce nello specifico a trapiantologia, malattie rare, materno infantile - gravidanza a rischio - e neonatologia, maxillofacciale, chirurgia dell'arto superiore, neuroscienze, chirurgia vascolare e toracica;
- mantenimento dei riferimenti per le terapie intensive presso gli hub modenesi dell'AOU, (si veda anche la dotazione di 48 letti nell'ambito del progetto Covid Intensive Care (CIC);
- mantenimento del riferimento presso il Policlinico per le malattie infettive (struttura a valenza provinciale);
- concentrazione della chirurgia a maggior complessità presso le strutture dell'AOU di Modena, Carpi e Sassuolo, dotate della competenza e delle tecnologie appropriate, e questo, in accordo con il principio volumi/esiti, per l'ambito chirurgico generale e specialistico, (oncologico e non), e centralizzazione a livello di area delle urgenze chirurgiche (generali e specialistiche) covid e no covid;
- tendenziale rispetto del principio di autosufficienza territoriale, per le discipline di Area medica, in base al quale, superata la prima fase di concentrazione della casistica in un unico punto (AOU) su base provinciale, ogni ospedale ha messo in campo una offerta in grado di rispondere appieno al bisogno della popolazione di riferimento e per il livello di complessità consentito dalle proprie competenze, dalla logistica presente e dalla propria dotazione tecnologica;
- mantenimento dell'indirizzo agli ospedali delle rete Azienda USL (Mirandola, Pavullo e Vignola) della casistica chirurgica a più ampia diffusione e minor complessità (garantita anche dagli hub per gli ambiti di competenza territoriale diretta) con messa a disposizione delle equipe chirurgiche delle tre Aziende della piattaforme chirurgiche e di posti letto, finalizzata al pieno e razionale utilizzo delle risorse e al contenimento delle liste d'attesa.

### **Case della Salute (CdS)**

Attualmente, nel territorio provinciale modenese, sono attive 15 Case della Salute, nello specifico sono:

- CdS Novi di Modena – Rovereto «Manuela Lorenzetti» (Distretto di Carpi);
- CdS Finale Emilia «Finale Emilia» (Distretto di Mirandola);
- CdS Cavezzo «Antonio Delfini» (Distretto di Mirandola);
- CdS Bomporto «Dott. Roberto Bertoli» (Distretto di Castelfranco Emilia);
- CdS Castelfranco Emilia «Regina Margherita» (Distretto di Castelfranco Emilia);
- CdS Spilamberto «Nicolaus Machella» (Distretto di Vignola);
- CdS Guiglia «La Carrucola» (Distretto di Vignola);
- CdS Sassuolo «Orizzonti di Salute» (Distretto di Sassuolo);
- CdS Montefiorino «Valli Dolo Dragone Secchia» (Distretto di Sassuolo);
- CdS Fanano «Cimone» (Distretto di Pavullo);
- CdS Pievpelago «Alto Frignano» (Distretto di Pavullo);
- CdS Modena Nord «Prof. G. P. Vecchi» (Distretto di Modena);
- CdS Concordia «Concordia Sulla Secchia» (Distretto di Mirandola);
- CdS Formigine «Formigine» (Distretto di Sassuolo);

- CdS Formigine «Villa Bianchi» (Distretto di Sassuolo)<sup>5</sup>;

Unitamente alle Case della Salute già attive, l'Azienda USL di Modena, in collaborazione con gli EE.LL. del territorio, stanno lavorando alla realizzazione futura di ulteriori CdS:

- CdS Mirandola (Lavori in esecuzione);
- CdS S. Felice sul Panaro (MI) (In progettazione);
- CdS Carpi (Lavori in esecuzione).
- CdS Modena Polo Sud Ovest, Via Panni (In programmazione);
- CdS Montese (VI) (In progettazione);
- CdS Vignola (In programmazione).
- CdS Castelnuovo Rangone (VI) (In progettazione);
- CdS Zocca (VI) (In progettazione);
- CdS Soliera (Distretto di Carpi) (In progettazione).
- CdS Ex Ospedale Estense (MO) (In progettazione);
- CdS Campogalliano (Distretto di Carpi) (In programmazione).

La pandemia ha comportato la sospensione di gran parte delle attività rese delle Case della Salute a favore della cronicità e della fragilità; l'assistenza ai pazienti covid + al domicilio è avvenuta ricorrendo a modalità e modelli erogativi nuovi, (USCA, teleconsulti e telemonitoraggio, centrali operative distrettuali, interdisciplinarietà), questi potranno essere ulteriormente implementati nel futuro per dare nuovo impulso alla medicina di iniziativa e ad un approccio territoriale e non più ospedalocentrico delle cure.

## **Osc**

Ad oggi sono già attivi l'OSCO di Castelfranco Emilia con 20 PL e l'OSCO di Fanano con 14 PL. I cui indici di utilizzo sono in linea con gli attesi regionali caratterizzandosi infatti per una DM inferiore ai 18 gg, una provenienza di pazienti dal territorio pari a 15 -20 % ed una percentuale di re-ricoveri intorno al 10 %, sistematica infine l'adozione dei PAI.

Oltre all'offerta di assistenza intermedia, per quei pazienti dimessi dagli ospedali che, pur non presentando più una patologia acuta, hanno ancora bisogno di cure difficilmente gestibili a domicilio o hanno malattie croniche che richiedono controlli periodici e terapie particolari, in occasione della pandemia queste strutture hanno assicurato anche un supporto alla gestione dei pazienti covid positivi. Per tale ragione in aggiunta ai 2 OsCo già presenti sono state attivate, in emergenza, altre due ulteriori strutture OSCO Novi (14 letti) e Soliera (21 letti).

Prosegue il percorso di attivazione degli OSCO previsti dalla programmazione locale in accordo con la DGR 2040/2015 ed il PSSR 2017/2019 (e in linea con quanto previsto dal PNRR). Nello specifico sono in programmazione le seguenti strutture:

- OsCo di Carpi: in fase di valutazione per l'acquisizione di una struttura da 20 PL.
- OsCo di Finale Emilia: lavori in corso della FASE 1. Durata dei lavori di circa 24 mesi. L'OsCo si inserisce nel contesto della Casa della Salute. L'OsCo prevede 20 PL.
- OsCo di Vignola: prosecuzione programma finanziamento Art. 20 (DGR DGR 2356/2019) per la realizzazione dell'OsCo a Vignola, cui seguirà la relativa progettazione. L'OsCo prevede 15 PL.

<sup>5</sup> Lavori terminati, in corso allestimento spazi. Attivazione prevista a Settembre 2021.

- OsCo di Sassuolo: in fase di valutazione per individuazione di terreno o fabbricato da ristrutturare, con 20 PL.
- OsCo di Modena: in fase di valutazione con il Comune di Modena per l'individuazione di terreno o fabbricato da ristrutturare con 20 PL.
- OsCo di Mirandola: in fase di valutazione per 15 PL.

## Hospice

I nodi della rete delle Cure Palliative sui quali si articolano e vengono erogati i servizi e la presa in carico dei pazienti in cure palliative sono 4: domicilio, ambulatorio, ospedale e Hospice. L'Azienda è impegnata a rafforzare la rete delle cure palliative (RLCP) e completarne tutti i nodi. Il lavoro è stato preceduto da azioni di coinvolgimento della cittadinanza, del volontariato e degli EE.LL., da tutte le azioni organizzative necessarie all'avvio di un nuovo servizio che completa il già elevato grado di copertura offerto delle cure domiciliari e dagli altri nodi.

Ad oggi il primo Hospice Territoriale attivo della Provincia di Modena è quello di Castelfranco Emilia, che nonostante l'emergenza COVID ha ospitato oltre 200 pazienti nel 2020. E' stato messo a punto un sistema di accesso che vede protagonisti tutti i professionisti della RLCP. Nel corso del primo anno non si registrano reclami e numerosi sono stati gli attestati di stima e gratitudine.

La programmazione provinciale prevede il completamento della rete con almeno una struttura per area, più in particolare:

- Hospice Territoriale Modena: Villa Montecuccoli. Firmato protocollo di intesa con Comune e Fondazione Hospice Modena per la realizzazione di un Hospice a Villa Montecuccoli (maggio 2019); realizzato studio di fattibilità per struttura da 14 posti letto, in corso progettazione definitiva AUSL – Comune - Fondazione;
- Hospice area Sud: individuato un terreno nel comune di Fiorano Modenese. In fase di stesura del progetto di fattibilità per una struttura da 14 posti letto.
- Hospice Area Nord: la costituzione dalla Fondazione «Hospice Area Nord San Martino Onlus» finalizzata a reperire i fondi per la realizzazione di un Hospice di Area nord potrà condurre al completamento della rete delle cure palliative.

## 3.4 I dati di attività

Nel Piano della Performance 2018-20 (Delibera 218 del 30/7/2018), l'Azienda USL di Modena ha formalizzato gli obiettivi di sostenibilità economica ed efficienza del sistema produttivo, di efficacia degli interventi e di equità erogativa. In estrema sintesi il documento richiama il sistema a reti integrate che prevede la concentrazione delle attività più complesse e a bassa incidenza secondo il modello hub & spoke ed i principi del volume - esiti e la diffusione dell'offerta (prossimità nella erogazione) di quelle più frequenti e meno complesse: questo avviene e avviene attraverso l'adozione di modelli di proattività dell'intervento e di continuità erogativa che sono alla base della presa in carico.

L'attenzione alla sostenibilità economica e all'efficienza, anche organizzativa del sistema erogativo, prevede che le risorse del sistema siano impiegate entro i limiti delle disponibilità (1.300 milioni di euro nel 2020). Queste



risorse devono essere impiegate allo scopo di organizzare e garantire servizi e prestazioni di dimostrata efficacia, (cioè fondati su evidenze scientifiche), con effetti/esiti positivi (favorevole) per l'individuo ed il sistema, e questo sia in termini di capacità di diagnosi (definire e inquadrare correttamente la condizione o la patologia che sta compromettendo lo stato di salute e benessere), sia di cura (somministrazione di trattamenti, farmaci e pratica di interventi chirurgici efficaci) e, da ultimo, di prevenzione delle patologie (insieme delle misure quali promozione di sani stili vita ed adesione a screening di popolazione, vaccinazioni ....). L'obiettivo principale è il mantenimento dello stato di salute e di benessere (si vedano a questo proposito gli interventi di promozione della salute nel loro complesso).

L'Azienda si è poi impegnata per garantire questi servizi in modo diffuso e capillare allo scopo di garantire equità di accesso là ove riguardino condizione diffuse e di semplice gestione, accentrando invece l'erogazione in pochi centri in possesso delle capacità (competenze legate al personale, alle tecnologie presenti e alla disponibilità e organizzazione dei servizi di supporto quali ad esempio terapia intensiva per adulti e neonati, radioterapia, emodinamica) ove siano riferiti a patologie non diffuse, di particolare complessità o rivolte a soggetti particolarmente vulnerabili (fragili e polipatologici).

Tra gli impegni assunti e perseguiti dall'Azienda nonostante il covid, si richiamano anche quelli relativi al monitoraggio e controllo dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni finalizzato alla adozione dei correttivi in casi di sfioramento rispetto agli standard attesi (viste entro 30 gg, diagnostica strumentale entro 60 gg, interventi chirurgici secondo fascia di priorità), il catalogo delle prestazioni aggiornato e rivisto periodicamente anche in corso di pandemia, costituisce lo strumento regolatorio di riferimento nei percorsi urgenti che vedono la partecipazione integrata dei professionisti che operano nel sistema modenese.

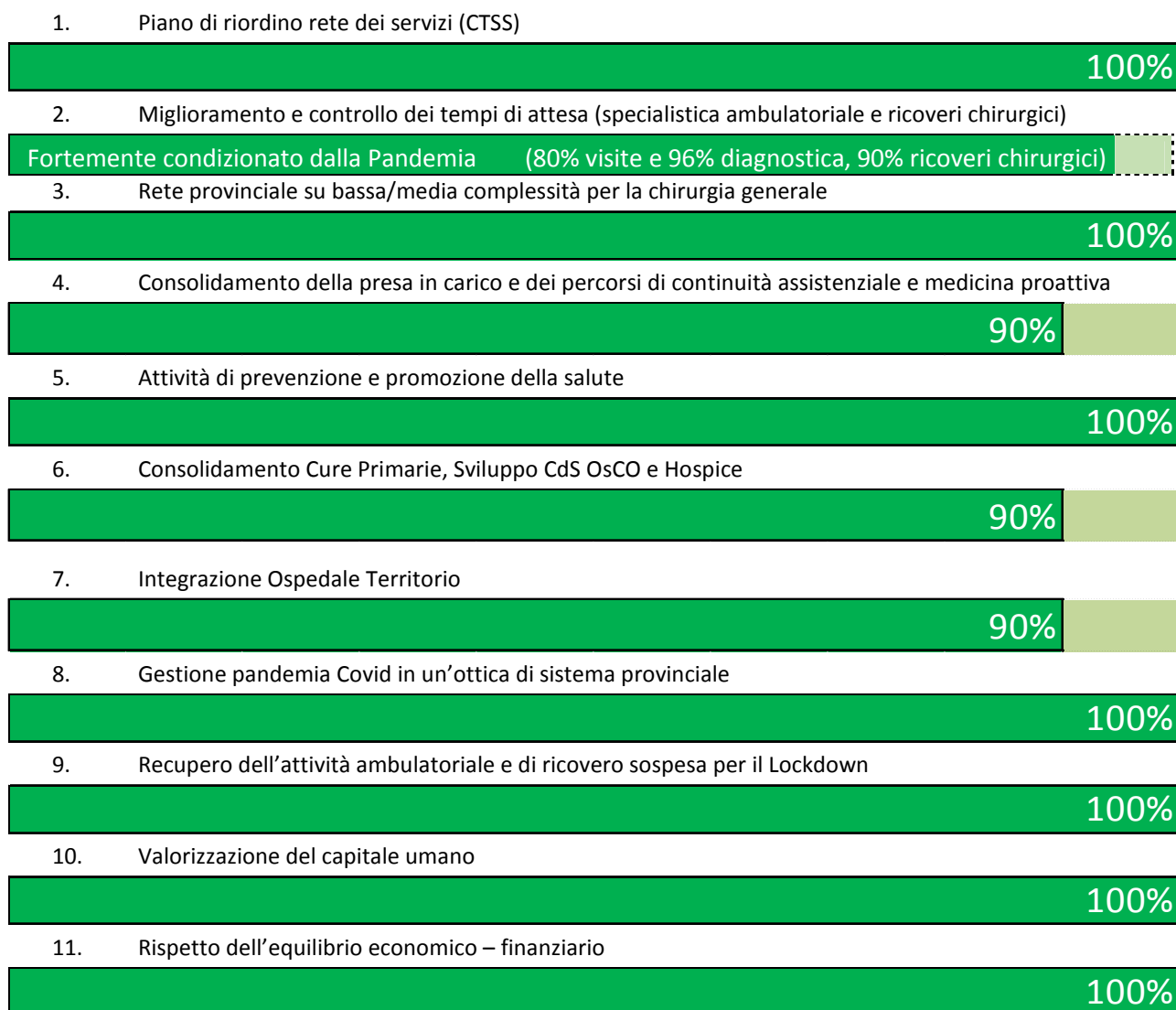
Con riferimento agli impegni assunti e ai risultati perseguiti, l'Azienda assicura tempi di risposta per la 1° vista ambulatoriale (quella cioè necessaria per definire un problema nuovo, emergente) entro 30 giorni di norma nel 90 % dei casi, lo standard sale a 60 nel caso delle prestazioni di diagnostica strumentale quali, ecografia, diagnostica radiologica o di endoscopia digestiva (gastro e colonscopia), urologica (uroflussimetria), pneumologica (broncoscopia o prove di funzionalità respiratoria quali spirometria ecc), anche in questo caso di norma il risultato è raggiunto nel 90%: per le performance dell'anno 2020 di rimanda alla specifica sezione ed alle tabelle predisposte in tale ambito.

Oltre alla specialistica ambulatoriale, l'Azienda si è impegnata anche a garantire tempi di risposta appropriati nella erogazione degli interventi chirurgici programmati, questi sono stati sospesi solo nelle prime fasi del lockdown, e sono stati ripresi ogni qualvolta la pressione della pandemia ha concesso la possibilità di poterli erogare in sicurezza.

Nei limiti consentiti dalla pandemia, si è dato seguito alla progettazione e realizzazione delle strutture territoriali quali Case della Salute, OsCo e Hospice, previsti dalla programmazione. Allo scopo di evitare che queste articolazioni rimanessero contenitori privi di contenuti, e nonostante il covid, si è dato comunque corso alla progressiva estensione ed implementazione dei servizi che devono essere erogati in queste strutture. Ci si riferisce a quegli interventi di prossimità che prevedono la presa in carico del paziente fragile e delle patologie croniche. Si prevede, infatti, che sia una specifica articolazione del sistema sanitario territoriale (centrale operativa distrettuale) a coordinare le fasi della diagnosi, della cura e del follow up del paziente, regolando l'accesso ai servizi e alle prestazioni nei tempi e nella misura idonea ad evitare la progressione della patologia, l'inutile ricorso a prestazioni non proprie e, da ultimo, la garanzia della continuità assistenziale ai pazienti fragili e cronici.

A seguire una rappresentazione sintetica della realizzazione dei progetti strategici del triennio scorso, il diagramma schematizza lo stato di avanzamento a fine 2020, di obiettivi strategici e progetti.

### Andamento progetti strategici valutati al 31 dicembre 2020



Il tasso di ospedalizzazione standardizzato (numero ricoveri x 1.000 residenti), espressione dei ricoveri in regime ordinario e Day Hospital ovunque effettuati (e quindi comprensivo della mobilità passiva dei ricoveri cioè in strutture diverse da quelle presenti sul nostro territorio) da modenesi, evidenzia l'andamento sotto riportato:

Tabella 1. Andamento tasso di ospedalizzazione AUSL Modena e RER

Anni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Tasso Ospedalizzazione standardizzato RER</b>	<b>151,0</b>	<b>148,4</b>	<b>144,5</b>	<b>141,4</b>	<b>140,0</b>	<b>139,3</b>	<b>116,1</b>
<b>Tasso Ospedalizzazione standardizzato Modena</b>	<b>147,1</b>	<b>145,9</b>	<b>143,3</b>	<b>140,1</b>	<b>139,8</b>	<b>139,9</b>	<b>113,9</b>

Fonte banca dati regionale SDO

Il dato 2020 (con la mobilità passiva extra regionale stimata uguale a quella del 2019) evidenzia un marcato calo della ospedalizzazione (da 139,9 a 113,9 – 26 punti), probabilmente la riduzione sarà ancora maggiore con l'arrivo della mobilità passiva fuori regione.

La riduzione del livello di ospedalizzazione registrato nel 2020 è solo in parte dovuta alla riorganizzazione dei percorsi della rete ospedaliera provinciale e allo sviluppo dei percorsi di presa in carico territoriale delle patologie croniche, che comunque si è tentato di agire nonostante la pandemia: la riduzione e in taluni casi la sospensione degli interventi in elezione, ha determinato un importante calo a livello regionale e provinciale del tasso di ospedalizzazione. Si evidenzia tuttavia che nel 2020 il tasso modenese di ospedalizzazione si è ridotto maggiormente rispetto alle altre province ed è tornato ad essere inferiore a quello medio regionale (nel 2019 per la prima volta dopo anni era stato superiore alla media regionale).

L'andamento del tasso di ospedalizzazione per complicanze del diabete, BPCO e Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti ≥18anni, (ospedalizzazione evitabile), riportato con maggior dettaglio nell'area dell'integrazione perché l'indice misura la capacità del sistema di gestire sul territorio la casistica affetta da patologie che non comportano necessariamente l'ospedalizzazione, evidenzia un valore 2020 aziendale pari a 264,4 inferiore al dato medio regionale (266.84), valori in riduzione rispetto ai rispettivi valori registrati nel 2019, sia a livello aziendale (362.41) che regionale (389,25).

Indicatore	Valore Regionale 2019	Valore Regionale 2020	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG	389,25	266,84	362,41	264,4

Come detto questo indicatore valuta ricoveri "impropri" ovvero per patologie che dovrebbero essere trattate in regime diverso dal ricovero. Queste patologie croniche sono invece responsabili della maggior parte dei ricoveri ripetuti per singolo paziente, l'indicatore misura indirettamente la capacità, principalmente del territorio, di garantire una gestione della patologia fondata sull'educazione terapeutica, sui percorsi di continuità assistenziale integrata territorio-ospedale, sulla prevenzione e diagnosi precoce delle complicanze e sul follow-up ambulatoriale, per questa ragione questo indicatore è al tempo stesso un indice di efficienza ed appropriatezza; la pandemia ha evidentemente esercitato un effetto di normalizzazione rispetto ad bisogno di dubbia effettiva necessità.

Relativamente agli indicatori di accesso alle cure urgenti il valore registrato nel 2020 per l'accesso al PS, è pari a 292,08, lievemente al di sotto la media regionale. Si evidenzia che sia il dato aziendale che quello regionale sono diminuiti rispetto al 2019 come ovvia conseguenza delle "restrizioni" collegate alla pandemia .

Indicatore	Valore Regionale 2019	Valore Regionale 2020	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020
Tasso std di accessi in PS	395,62	270,92	423,64	292,08
Volume di accessi in PS	1.944.115	1.317.810	164.093	115.196
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	64,81	64,99	68,46	65,15

% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	59,02	65,55	70,24	74
% abbandoni dal Pronto Soccorso	5,04	3,91	4,3	3,04

In generale gli indicatori attestano di una buona performance del nostro sistema di emergenza le performance sono monitorate in continuo da uno specifico cruscotto da tempo predisposto. L'indicatore % di pazienti con codice giallo e visitati entro 30 minuti risulta lievemente superiore alla media regionale. Tuttavia il valore dell'Azienda USL di Modena è diminuito nel 2020 rispetto all'anno precedente.

L'indicatore % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora risulta in incremento passando da 70,24% nel 2019 a 74% nel 2020. In crescita anche il valore regionale, ma con valori più bassi di quelli aziendali (59,02 nel 2019 e 65.55 nel 2020).

Il dato sulla % di abbandoni da PS risulta nel 2020 pari a 3,04%, inferiore sia rispetto all'anno precedente. In riduzione anche il dato regionale che nel 2020 è pari a 3,91% contro il 5,04% registrato nel 2019. Il valore del dato modenese è migliore anche dell'atteso di riferimento riconosciuto dalle società scientifiche.

I ricoveri potenzialmente inappropriati sono diminuiti in tutti e quattro gli ospedali del Presidio Azienda USL (-796 casi nel complesso) con un rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati ed i restanti DRG in regime ordinario che, già al di sotto dello standard regionale atteso (0,19), si è ridotto ulteriormente passando dallo 0,11 del 2019 allo 0,08 del 2020. Il trend in riduzione è correlato alla pandemia ma attesta anche del buon lavoro condotto dalle nostre articolazioni.

Tabella 2. DRG potenzialmente inappropriati 2020 vs 2019

Stabilimento	Dimessi		2020-2019
	2019	2020	
CARPI	1.287	838	-449
MIRANDOLA	357	195	-162
PAVULLO	299	209	-90
VIGNOLA	313	218	-95
TOTALE PRESIDIO UNICO PROVINCIALE	2.256	1.460	-796
<b>Rapporto drg potenzialmente inappropriati</b>	<b>0,11</b>	<b>0,08</b>	

L'ICP (indice comparativo di performance), ovvero l'indicatore che a parità di case mix valuta la capacità di una struttura di trattare in modo efficiente la propria casistica, è rimasto stabile a 0,97; tale valore uguale per gli anni 2020 e 2019 risulta migliore rispetto all'atteso regionale di 1, permane una qualche criticità in ambito chirurgico sulla quale occorre lavorare, con l'ulteriore adozione dei percorsi pre-ricovero e la riduzione della degenza pre-intervento e post-intervento, implementando anche la riabilitazione da esterni .

Tabella 3. ICP anno 2019 vs 2020

Stabilimento di ricovero	2019	2020
CARPI	1	0,99

MIRANDOLA	1,02	0,98
PAVULLO	0,84	0,75
VIGNOLA	1,05	1,07
TOTALE PRESIDIO UNICO PROVINCIALE	0,97	0,97

La tabella a seguire riporta l'andamento del peso medio del drg rimasto stabile a 1,1 l'andamento costituisce una ulteriore prova del corretto trasferimento dell'attività al setting più proprio che, conseguito già negli anni scorsi, è stato mantenuto nel 2020 anche a fronte della pandemia (vd. riconduzione al regime ambulatoriale dell'attività di piccola chirurgia prima erogata in regime di ricovero

Tabella 4. Peso medio DRG anno 2019 vs 2020

Stabilimento di ricovero	2019	2020
CARPI	1	1,1
MIRANDOLA	1,1	1
PAVULLO	1	1,1
VIGNOLA	1	1,1
PRESIDIO UNICO PROVINCIALE	1,1	1,1

Con riferimento alle previsioni del DM n.70/15 in termini di volumi minimi a garanzia del buon esito del processo assistenziale e degli altri indicatori di buona pratica clinica si riportano a seguire i principali indici rilevati nel 2020 che risultano sostanzialmente in linea con gli attesi.

Per quanto attiene i volumi di IMA garantiti dalle Cardiologie dell'Area Nord, la chiusura a marzo di quella di Mirandola, con trasferimento a Carpi della casistica, misura adottata nell'ambito della riorganizzazioni determinate dalla pandemia, ha impedito al S. Maria di raggiungere i volumi minimi previsti dal DM 70/15 (standard casi IMA >100). Va evidenziato come la riorganizzazione forzata non ha comportato particolari criticità. Per contro, la progressiva riduzione nel tempo della casistica di Pavullo e Vignola, ormai non più di una ventina di casi, in ospedali in cui è presente solo una Medicina, attestano del progressivo processo di accentramento sulle strutture di riferimento di tale casistica.

Tabella 5. Valutazione dei volumi previsti dal DM n.70 per IMA

Ospedale di intervento	IMA		
	anno 2018	anno 2019	anno 2020
Ospedale di Carpi	199	228	257
Ospedale di Mirandola	136	109	38
Ospedale di Pavullo	40	23	21
Ospedale di Vignola	24	20	21
<b>Presidio</b>	<b>399</b>	<b>380</b>	<b>337</b>

La centralizzazione su Carpi di tutte le fratture di femore occorse in area nord, misura adottata nell'ambito delle riorganizzazioni covid correlate, è responsabile del mancato raggiungimento del cut-off da parte dell'Ortopedia di Mirandola; in linea con l'atteso (> 75 casi anno) la casistica delle rimanenti strutture.

Tabella 6. Numero di interventi chirurgici per frattura di femore per struttura

Ospedale di intervento	interventi per frattura femore		
	anno 2018	anno 2019	anno 2020
Ospedale di Carpi	194	232	209
Ospedale di Mirandola	74	80	39
Ospedale di Pavullo	95	58	94
Ospedale di Vignola	109	95	80
<b>Presidio</b>	<b>472</b>	<b>465</b>	<b>422</b>

Gli indicatori di processo del percorso frattura femore attestano della difficoltà che la pandemia ha introdotto nella corretta gestione dei tempi di intervento dei pazienti anziani fratturati, l'incremento della percentuale di pazienti non operati rispetto agli anni precedente ed il superamento in diversi centri dello standard del 5% da tempo trapiantato, impone, per il futuro la necessità di dedicare al fenomeno una specifica rinnovata attenzione.

Tabella 7. % di pazienti >65 con FF non operati

			Ospedale di Carpi	Ospedale di Mirandola	Ospedale di Pavullo	Ospedale di Vignola	Azienda USL di Modena
% di pazienti con FF over 65 non operati	anno 2020	Indicatore	8,90%	13,20%	0,00%	10,00%	7,70%
		Numeratore	17	5	0	7	29
		Denominatore	190	38	77	70	375
	anno 2019	Indicatore	3,50%	4,00%	4,90%	5,70%	4,20%
		Numeratore	7	3	3	4	17
		Denominatore	200	75	61	70	406
	anno 2018	Indicatore	2,10%	2,80%	4,30%	2,00%	2,60%
		Numeratore	4	2	4	2	12
		Denominatore	187	72	94	102	455

In calo anche la percentuale di casi operati entro le 48 ore che, su base provinciale è passata dall'82,5 % del 2019 al 78 % del 2020; anche in questo caso la performance è stata profondamente influenzata dal sovraccarico dell'attività chirurgica, anche in urgenza, determinata dalla pandemia. Stante la correlazione tra tempi di intervento ed migliori esiti occorre adoperarsi per migliorare i tempi di avvio alla chirurgia.

Tabella 8. % di pazienti >65 con FF operati entro le 48 ore

			Ospedale di Carpi	Ospedale di Mirandola	Ospedale di Pavullo	Ospedale di Vignola	Azienda USL di Modena
% di pazienti over 65 con FF operati entro le 48 ore dall'ammissione del ricovero (sul totale operati)	anno 2020	Indicatore	78,60%	63,60%	80,50%	81,00%	78,00%
		Numeratore	136	21	62	51	270
		Denominatore	173	33	77	63	346
	anno 2019	Indicatore	82,90%	76,40%	81,00%	89,40%	82,50%
		Numeratore	160	55	47	59	321

		Denominatore	193	72	58	66	389
	anno 2018	Indicatore	54,60%	52,90%	78,90%	87,00%	66,60%
		Numeratore	100	37	71	87	295
		Denominatore	183	70	90	100	443

Il blocco a più riprese dell'attività programmata e la centralizzazione per area delle urgenze hanno influenzato in modo importante la performance sull'intervento di colecistectomia per quanto attiene i volumi garantiti a Pavullo e Vignola che non hanno raggiunto il cut-off di 100. In linea con gli attesi gli indici di appropriatezza quanto ad approccio chirurgico (prevalentemente laparoscopico) ed efficienza del processo assistenziale (dm post operatoria <di 3 gg.) della casistica trattata per intervento di colecistectomia.

Tabella 9. Interventi di colecistectomia per struttura e % laparoscopiche su totali

		Ospedale di Carpi	Ospedale di Mirandola	Ospedale di Pavullo	Ospedale di Vignola	Totale
anno 2020	Interventi per colecisti	153	73	47	45	318
	di cui in laparoscopia	132	73	47	45	297
	% in laparoscopia	86,30%	100,00%	100,00%	100,00%	93,40%
anno 2019	Interventi per colecisti	194	137	86	103	520
	di cui in laparoscopia	184	136	86	103	509
	% in laparoscopia	94,80%	99,30%	100,00%	100,00%	97,90%
anno 2018	Interventi per colecisti	195	123	108	103	529
	di cui in laparoscopia	178	120	108	103	509
	% in laparoscopia	91,30%	97,60%	100,00%	100,00%	96,20%

Buona la performance di evasione della casistica chirurgica che risulta entro i tempi previsti dalla normativa regionale sia per quanto attiene la chirurgia oncologica, gli interventi di protesi d'anca. Per quanto riguarda le altre prestazioni oggetto di monitoraggio, le performance per l'anno 2020 hanno risentito della riorganizzazione dell'offerta a seguito dell'epidemia da covid 19.

Tabella 10. Interventi per tumori monitorati – 2020 vs 2019

Ospedale di intervento	Anno 2019			Anno 2020		
	Interventi per tumori monitorati	di cui entro i tempi previsti	%	Interventi per tumori monitorati	di cui entro i tempi previsti	%
Ospedale di Carpi	305	264	86,60%	311	305	98,10%
Ospedale di Mirandola	0	0	-	1	1	100,00%
Presidio	305	264	86,60%	312	306	98,10%

Tabella 11. Interventi per protesi d'anca – 2020 vs 2019

	Anno 2019	Anno 2020

Ospedale di intervento	Interventi	di cui entro i tempi previsti	%	Interventi	di cui entro i tempi previsti	%
Ospedale di Carpi	95	82	86,30%	77	76	98,70%
Ospedale di Mirandola	60	54	90,00%	36	36	100,00%
Ospedale di Pavullo	39	37	94,90%	39	38	97,40%
Ospedale di Vignola	69	63	91,30%	40	40	100,00%
Presidio	263	236	89,70%	192	190	99,00%

Risulta evidente come alle buone performance in ambito oncologico e di chirurgia ortopedica non corrispondano altrettanti buoni risultati sui tempi di intervento per altre patologie che sono peggiorati.

Tabella 12. Interventi per tutte le altre prestazioni oggetto del monitoraggio – 2020 vs 2019

Ospedale di intervento	Anno 2019			Anno 2020		
	Interventi	di cui entro i tempi previsti	%	Interventi	di cui entro i tempi previsti	%
Ospedale di Carpi	269	229	85,10%	319	224	70,20%
Ospedale di Mirandola	318	272	85,50%	258	183	70,90%
Ospedale di Pavullo	141	139	98,60%	153	119	77,80%
Ospedale di Vignola	399	389	97,50%	235	189	80,40%
Presidio	<b>1,127</b>	<b>1,029</b>	<b>91,30%</b>	<b>965</b>	<b>715</b>	<b>74,10%</b>

Sono stati attivati i gruppi/tavoli di lavoro interaziendali ospedale e territorio a valenza clinico organizzativa su temi rilevanti/emergenti di governo clinico (percorsi per pazienti oncologici, cronici, patologie ad ampia diffusione e ad alta complessità) e appropriatezza organizzativa (setting e miglioramento efficienza piattaforme produttiva) volti ad individuare modalità di collaborazione tra le equipe finalizzate a instaurare e rafforzare dinamiche e sinergie complessive di sistema e a migliorare l'offerta, l'accesso alle prestazioni e l'efficacia degli interventi per i temi affrontati dai 10 gruppi interaziendali.

La diapositiva a seguire richiama sinteticamente i gruppi di lavoro avviati a livello provinciale.

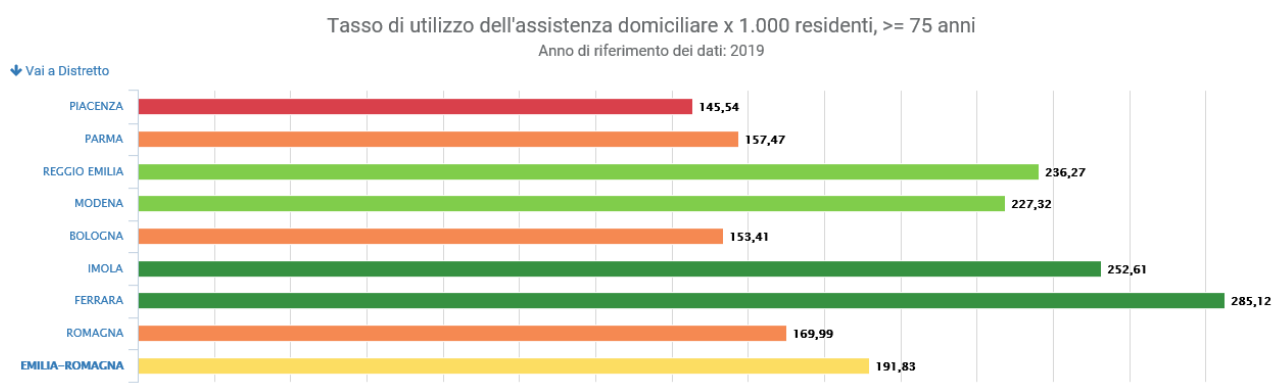


Figura 6. Gruppi di lavoro avviati a livello provinciale.



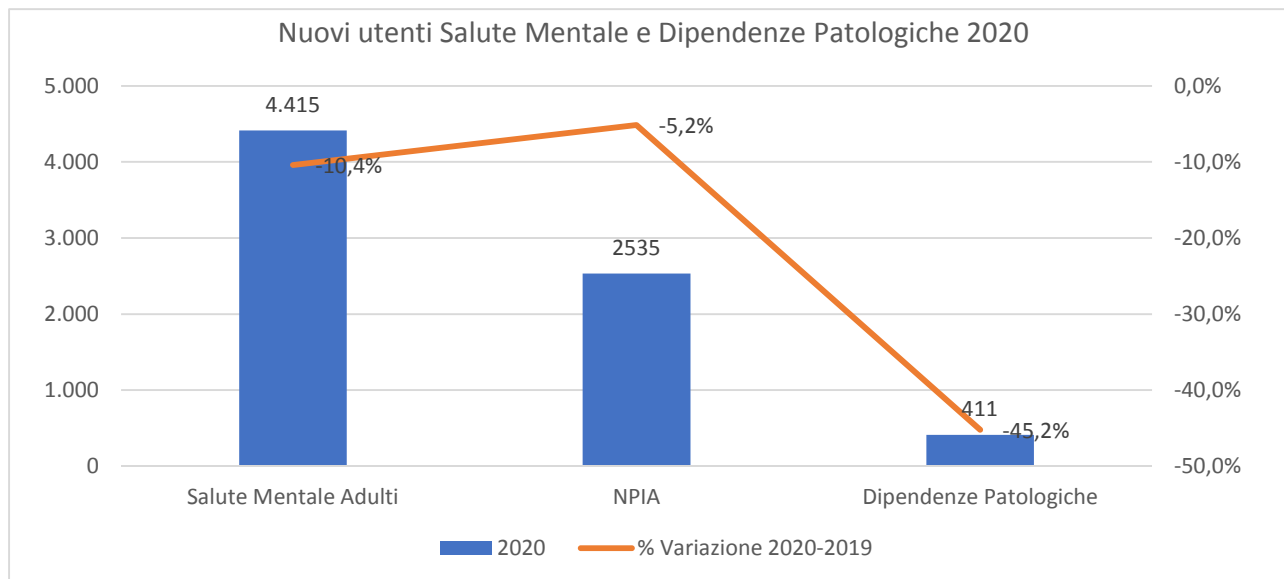
Il tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare della provincia di Modena (227,32) risulta superiore al tasso medio regionale (191,83), si è scelto di riportare il dato 2019 in quanto la performance 2020 è stata influenzata dalla pandemia, tra i distretti l'offerta è maggiore a Castelfranco Mirandola e Modena e Pavullo ed è più bassa a ma sempre superiore alla media regionale a Sassuolo; mentre Vignola e soprattutto Carpi presentano tassi inferiori alla media delle altre province della regione.

Figura 7. Tasso (x 1000 residenti) di utilizza dell'ADI.



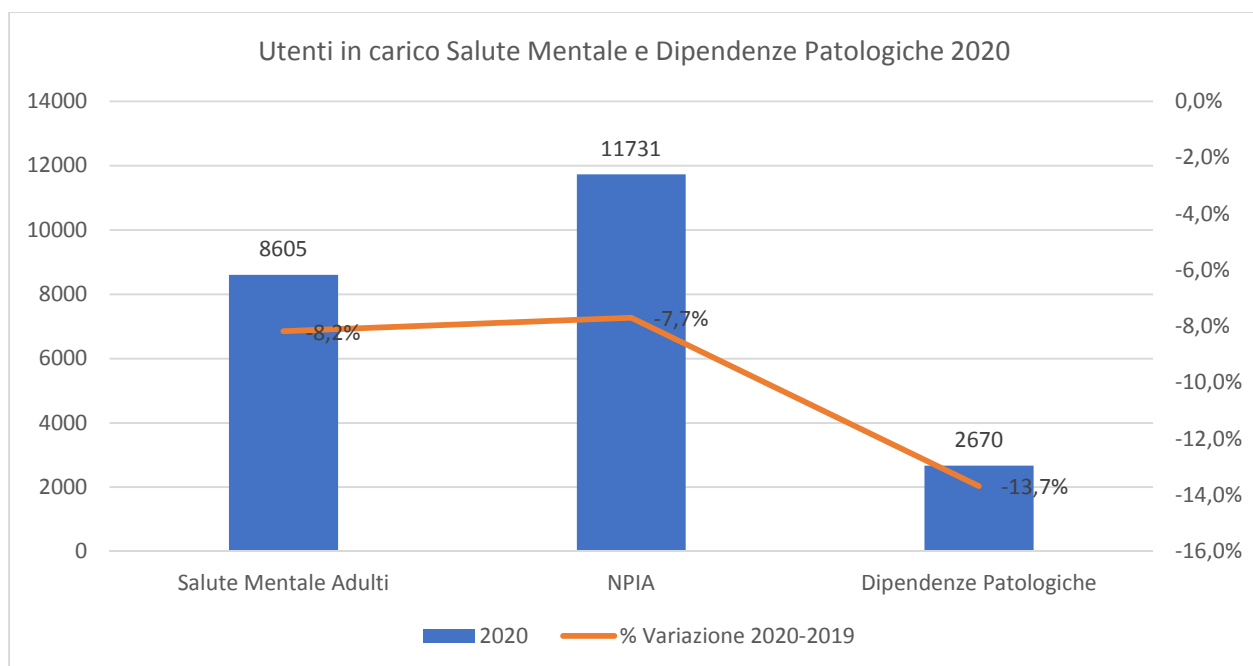
Come effetto della pandemia, nel corso del 2020 si è assistito ad un decremento dei nuovi utenti (persone che si presentano ai servizi per la prima volta nella vita o successivamente ad una dimissione negli anni precedenti) per la Salute Mentale Adulti (-10,4%) per la Neuropsichiatria Infantile (-5,2%) e le Dipendenze Patologiche (-45,2%). Il dato non è legato ad un calo della domanda ma alla difficoltà a raggiungere direttamente i servizi.

Figura 8. Utenti in carico alla Salute Mentale Adulti dell'Azienda USL di Modena – Anno 2020



Come risultato, il trend delle persone in carico (persone che hanno attivo un progetto di cura con i CSM con trattamento clinico-psichiatrico) indica una diminuzione in tutti e tre i settori: Salute mentale adulti (-8,2% rispetto all'anno precedente), Neuropsichiatria Infantile (-7,7% rispetto all'anno precedente) e Dipendenze Patologiche (-13,7% rispetto all'anno precedente).

Figura 9. Utenti in carico al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Modena – Anno 2020



### 3.5 I dati economici

La gestione economica dell'esercizio 2020 è stata fortemente condizionata dalla pandemia che ha determinato un notevole incremento dei costi COVID correlati e contestualmente un decremento dei costi connessi all'attività sanitaria ordinaria; sono aumentati i ricavi correlati ai finanziamenti di sostegno e sono diminuiti i ricavi connessi alla vendita di prestazioni sanitarie e alla compartecipazione alla spesa sanitaria

L'esercizio 2020 si è chiuso con un utile di 12.515 €. Il pareggio di bilancio è stato ottenuto con una componente importante di finanziamenti di fonte regionale (rimborsi DPI al socio sanitario, sostegno alla minor compartecipazione alla spesa), statale (Decreto Cura Italia, Decreto Rilancio, decreto Ristori) e della Comunità europea (POR – FESR, FSE) per un importo complessivo di circa 50 milioni di euro.

L'esercizio 2020 è stato, inoltre, caratterizzato da ingenti donazioni ricevute da privati, associazioni, Fondazioni, imprese, a sostegno della sanità provinciale per un importo complessivo di 7.757.230 euro.

Si riportano le principali dimensioni del bilancio di esercizio 2020 confrontate con gli anni precedenti<sup>6</sup>:

- Valore della produzione: 1.347.164.204 euro;
- Costi della produzione 1.329.458.657 euro;
- Differenza fra valore e costi della produzione: + 17.705.547 euro;
- Risultato di esercizio: +12.515 euro;

Tabella 13. Andamento macro aggregati Bilancio di Esercizio Azienda USL di Modena

Descrizione	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020
Valore della Produzione	1.354.862.732	1.376.940.014	1.347.164.204
Costi della Produzione	-1.339.183.732	-1.368.835.495	-1.329.458.657
Proventi e Oneri Finanziari	-1.458.899	-1.635.105	-1.667.449
Proventi e Oneri Straordinari	6.838.286	14.569.981	3.490.427
Imposte e Tasse	-21.036.647	-21.031.078	-19.516.010
<b>Risultato di Esercizio</b>	<b>10.626</b>	<b>8.317</b>	<b>12.515</b>

Per l'anno 2020 il valore della produzione è stato condizionato dalle ripercussioni della pandemia da Covid-19. In particolare sono state registrate le seguenti riduzioni:

- Riduzione delle prestazioni di mobilità attiva per ricoveri ospedalieri e specialistica ambulatoriale, in parte compensata da un incremento dei farmaci a somministrazione diretta.
- Riduzione dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali resi a residenti fuori regione, erogati da strutture private accreditate (€ 6,6 milioni) compensati dalla medesima riduzione dei costi sul privato accreditato.

<sup>6</sup> In merito alla riduzione del valore e dei costi della produzione rispetto al consuntivo 2019 si sottolinea la mancata attribuzione per 45 milioni di euro di rimborsi legati al personale di Baggiovara definitivamente assegnato all'Azienda Ospedaliera di Modena dal 1 gennaio 2020.

- Riduzione delle prestazioni sanitarie in regime di intra moenia (€ - 1.670.200), compensata dalla medesima riduzione dei costi.
- Riduzione sul ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale a causa della chiusura totale nei mesi di aprile – maggio 2020 e ripresa parziale delle attività da settembre.
- Decremento sui rimborsi per il personale di Baggiovara in assegnazione temporanea all’Azienda USL, dal 1° gennaio 2020 definitivamente trasferito all’AOU di Modena.

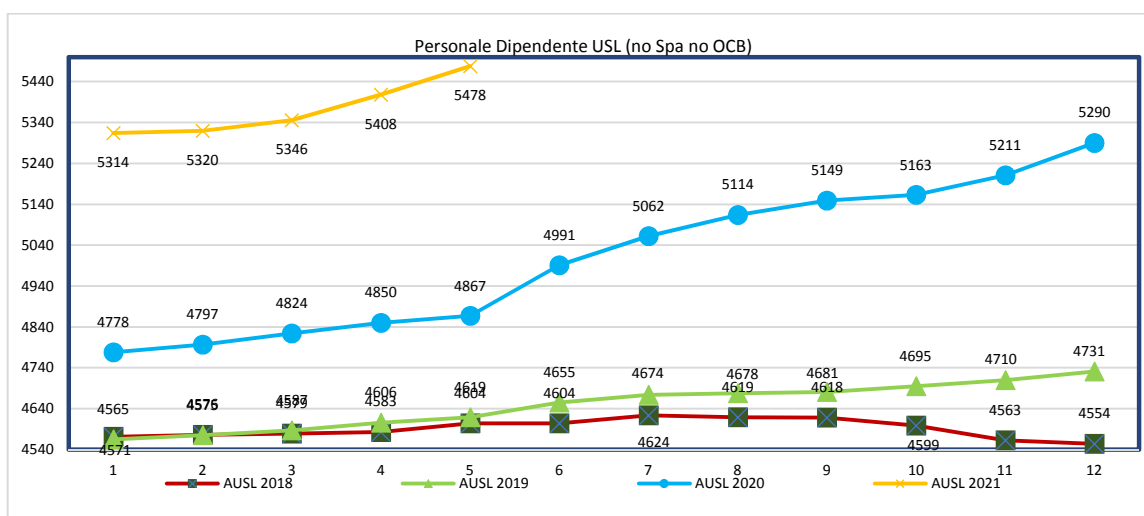
Per quanto attiene invece ai costi della produzione, nel 2020 sono incrementati i costi aziendali direttamente correlati al Covid (dispositivi di protezione, servizi di sanificazione e personale), solo in parte compensati dai minori costi per il blocco delle attività assistenziali e dal contenimento della mobilità passiva.

L’indicatore di tempestività ha misurato in ogni trimestre tempi di pagamento inferiori ai 60 giorni. L’esercizio si è chiuso con un tempo medio di pagamento di 37 giorni.

### 3.6 Il personale

Come già indicato sia nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2018-2020 che in quello del triennio 2019-2021, a partire dall’anno passato si è dato seguito ad un rafforzamento degli organici aziendali con particolare riferimento al personale direttamente coinvolto nell’assistenza. Di tale processo emerge chiara evidenza nei grafici che seguono e che rappresentano l’andamento annuo del personale a partire dal 2018:

Figura 10. Andamento personale dipendente 2018 – 2021



Il personale dipendente dell’Azienda USL di Modena è incrementato significativamente dal 2019. Tale incremento è stato registrato sia nella dirigenza che nel comparto (cfr. Figura 49 e Figura 50).

Figura 11. Andamento personale dirigente 2018 – 2021

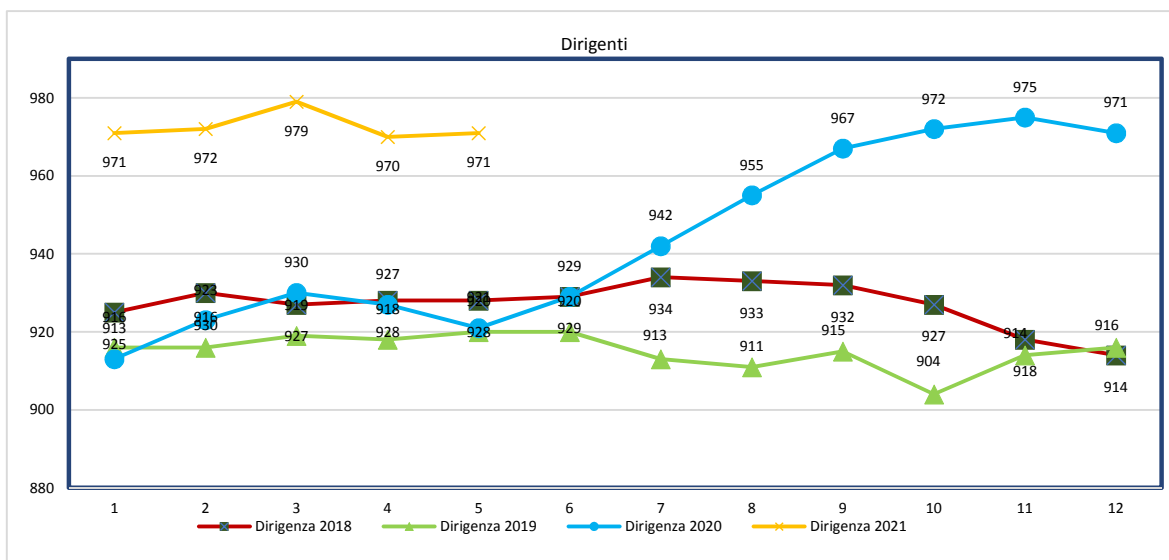
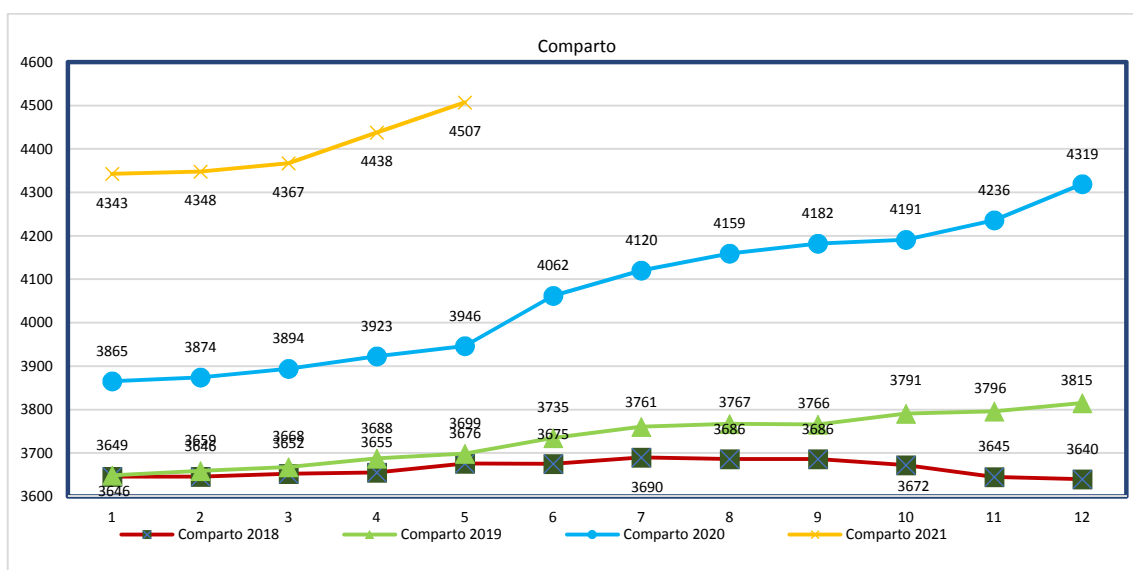


Figura 12. Andamento personale comparto 2018 – 2021



All'interno del personale dirigente, la quota maggiore è composta dal personale medico, incrementato in maniera significativa nel corso del 2020 (Figura 51) e dai dirigenti sanitari non medici (Figura 52). La parte restante riguarda i veterinari e i dirigenti dell'area professionale, tecnico e amministrativa.

Figura 13. Andamento Medici 2018 – 2021

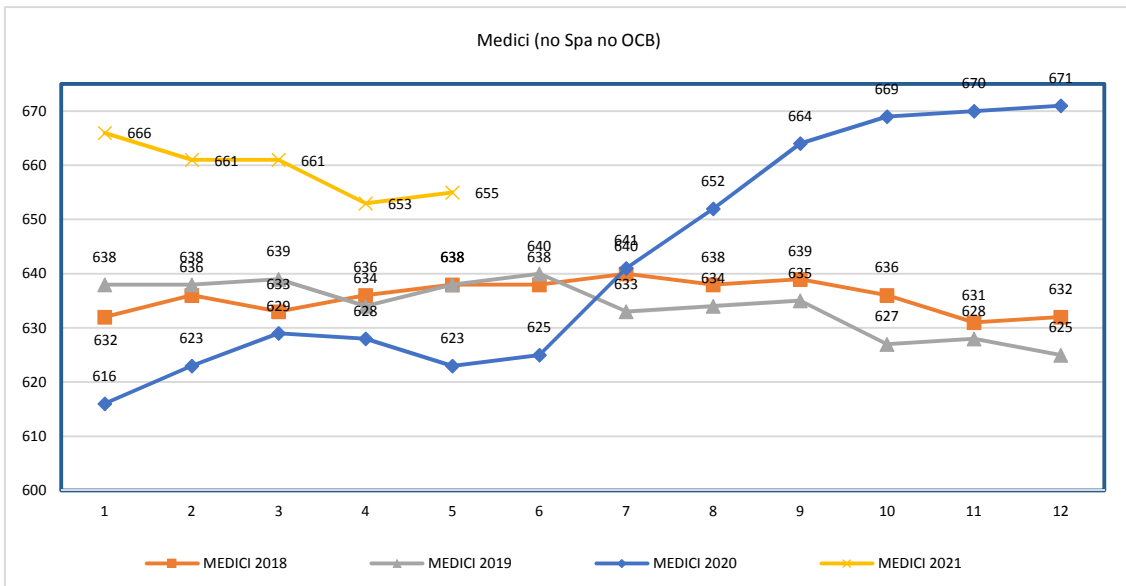
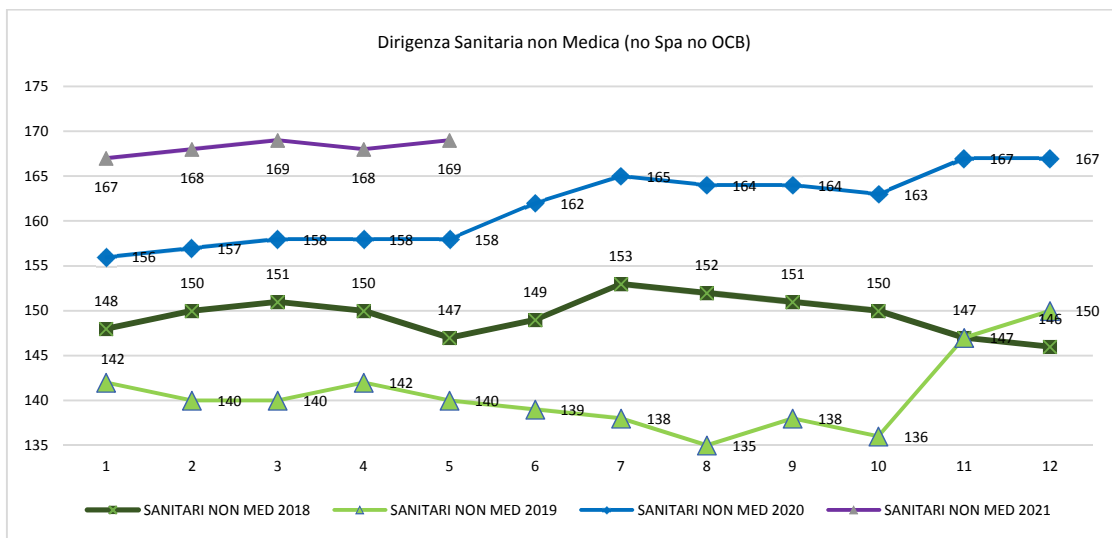


Figura 14. Andamento dirigenza sanitaria 2018 – 2021



Andando ad analizzare il personale del comparto, esso è composto prevalentemente da personale infermieristico (Figura 53) oss (Figura 54) e personale amministrativo (Figura 55).

Figura 15. Andamento personale infermieristico 2018 – 2021

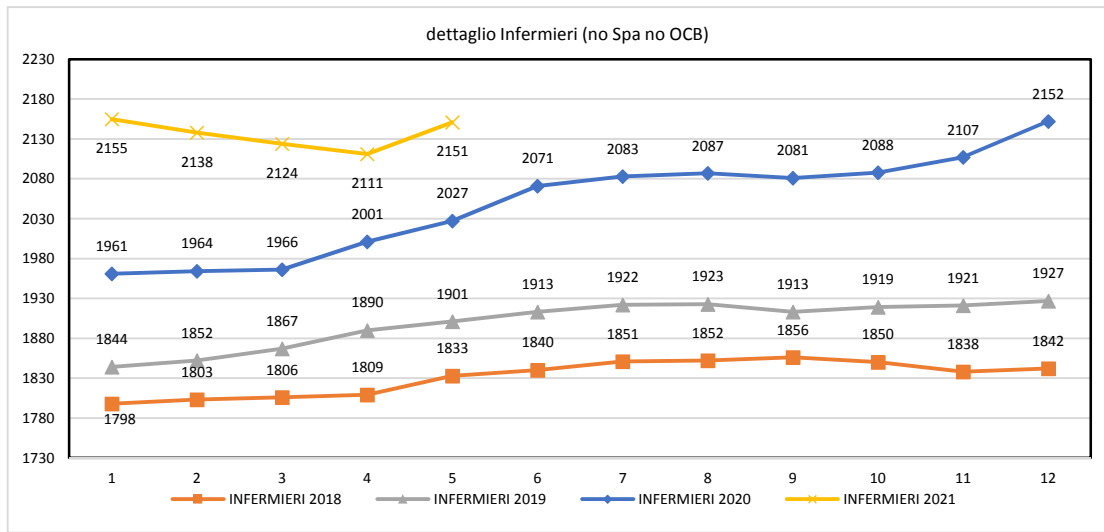


Figura 16. Andamento personale OSS 2018 – 2021

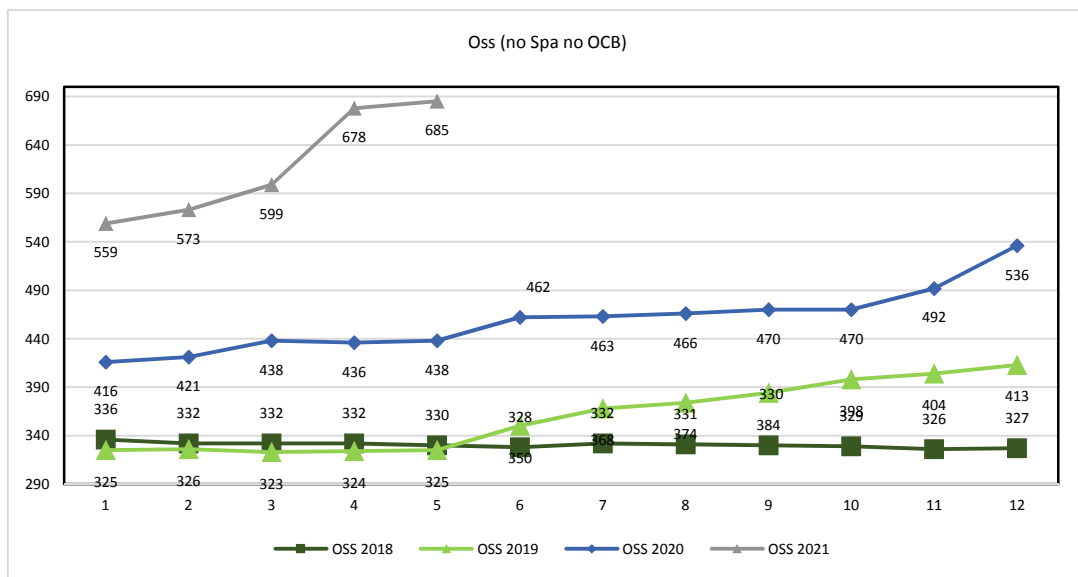
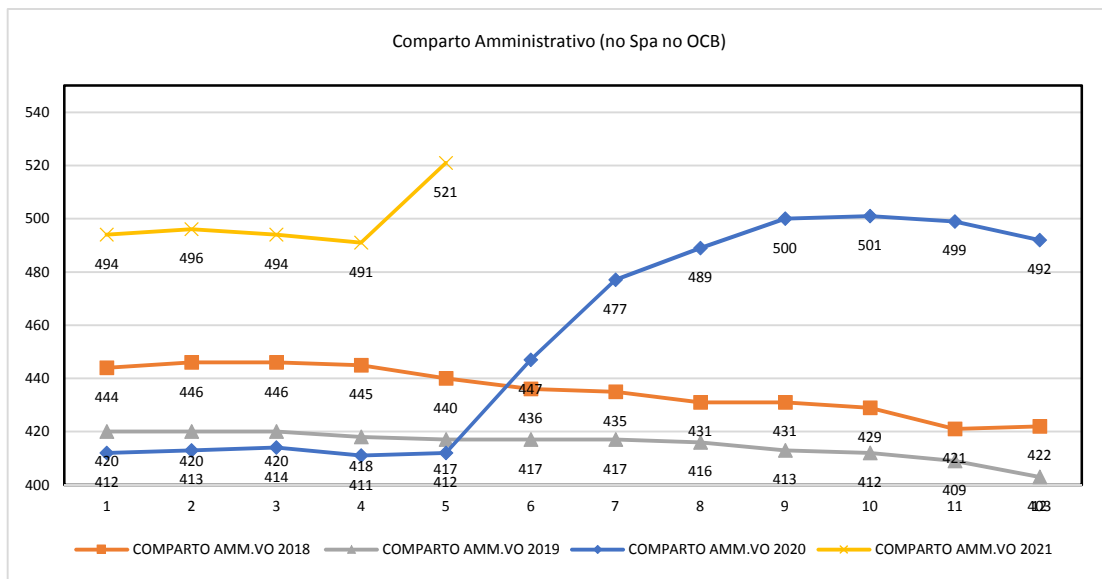
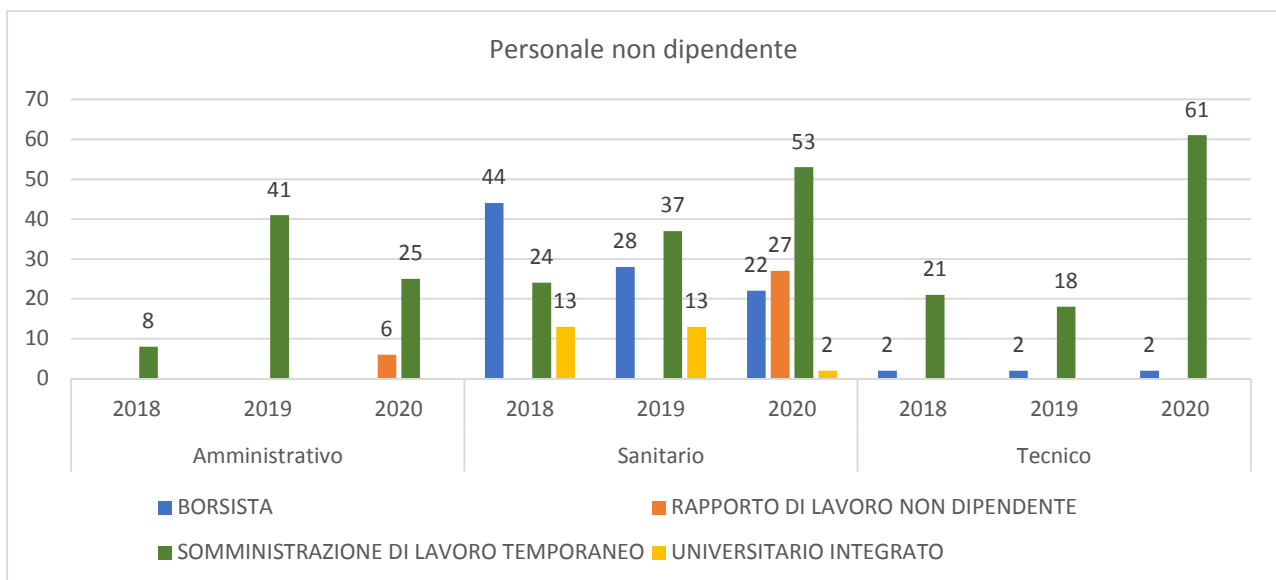


Figura 17. Andamento personale amministrativo 2018 – 2021



Oltre a quanto descritto in precedenza, l’Azienda USL di Modena, nella gestione delle proprie attività assistenziali, si avvale anche di una quota significativa di personale non dipendente che collabora con delle forme contrattuali alternative.

Figura 18. Andamento personale non dipendente 2018 – 2021



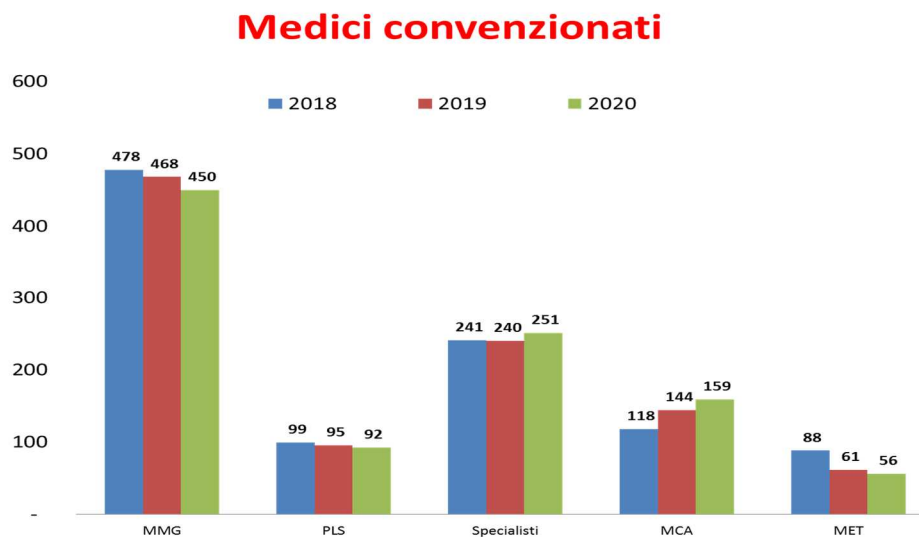
Nella grafico precedente, il personale conteggiato come rapporto di lavoro non dipendente, per il 2020, indica il personale della Protezione Civile assegnato temporaneamente all’Azienda USL di Modena a supporto delle attività di gestione della Pandemia da Covid-19.

L’Azienda USL di Modena, in quanto azienda territoriale, si occupa della gestione sia giuridica che economica dei rapporti intercorrenti fra l’Azienda USL e i professionisti convenzionati. Garantisce la gestione di tutti gli adempimenti relativi all’amministrazione dei contratti, curando il rispetto della normativa vigente e il corretto



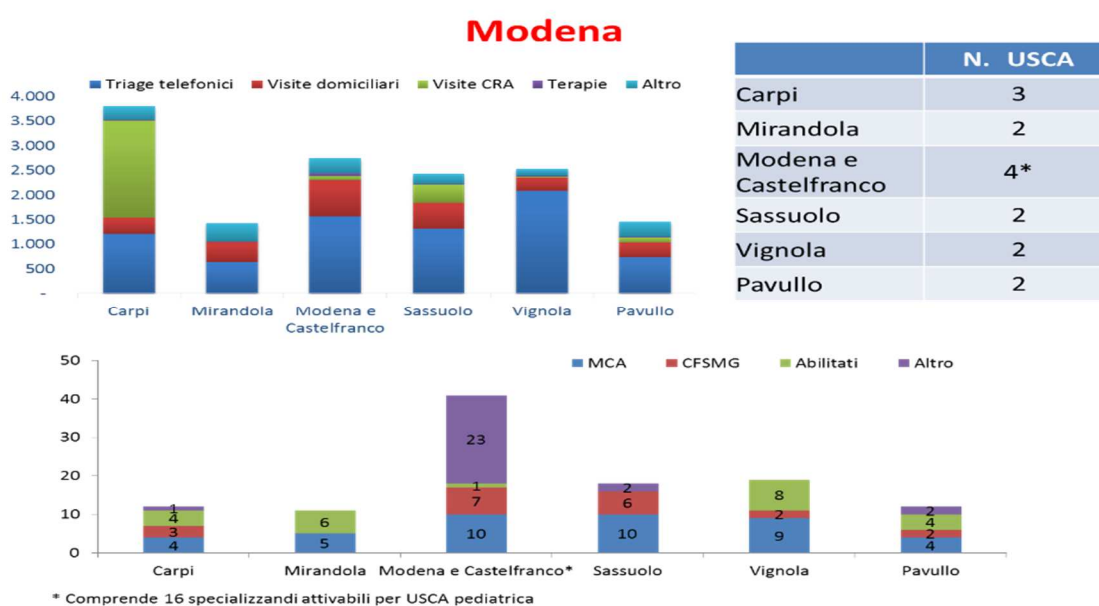
svolgimento del rapporto contrattuale. Assicura la corretta applicazione della normativa nazionale, regionale, locale riferita agli istituti economici, fiscali e previdenziali del rapporto di lavoro.

Figura 19. Andamento Medici convenzionati per categoria 2018 – 2021



Ad integrazione di quanto descritto, si rappresentano le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), costituite in occasione della Pandemia da Covid-19, composte da medici di famiglia, specialisti, infermieri, con il compito di individuare e assistere, al proprio domicilio, le persone affette da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Figura 20. Personale impegnato nelle USCA in Provincia di Modena



## 4 DIMENSIONI / AREE DELLA PERFORMANCE

Il presente capitolo riguarda gli obiettivi strategici aziendali, declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione nazionale e regionale pervenuti nel tempo e a diverso titolo e avendo a riferimento gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e, da ultimo, il nuovo contesto determinato dalla pandemia.

È il capitolo core del documento ed in esso si richiamano in particolare gli obiettivi per lo più presenti nella delibera di mandato DGR 736 del 13 maggio 2019 che qui di seguito vengono presentati in modo sintetico integrati alle aree delle performance come definiti dalle nuove linee guida dell'OIV:

- **Il governo delle risorse umane e la valorizzazione del capitale umano attraverso lo sviluppo prioritario delle competenze del personale**, individuate in funzione delle vocazioni e delle missioni ed allo scopo di ottimizzare i processi produttivi, garantendo al contempo sicurezza ed efficacia delle cure. Questa impostazione prevede tra l'altro che vi sia coerenza tra la definizione/valutazione delle competenze, il dossier formativo e il Piano annuale della Formazione (PAF), questi aspetti sono al centro del prossimo triennio gestionale. La programmazione del fabbisogno aziendale esplicitata nel piano triennale tiene ovviamente conto del vincolo economico finanziario. (Riferimento dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria: obiettivo 4.1.2), (Riferimento dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area dello sviluppo organizzativo e obiettivo di mandato 2.5 e 2.7);
- **L'attività di prevenzione e promozione della salute**, strategica su questo tema l'adozione di un approccio interdisciplinare di cooperazione interistituzionale (Sanità, Sociale, Enti locali, Volontariato ed altre organizzazioni sociali), coniugando interventi/programmi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale, dando, infine, anche piena applicazione al Piano Nazionale/Regionale della Prevenzione, importate accrescere iniziative di empowerment individuali e di comunità adottando un approccio che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze. L'orientamento verso la prevenzione e la promozione per la salute e l'impegno a promuovere programmi di intervento rivolti ai bisogni di salute della popolazione (ambiente e clima, emozioni comportamenti socialità, movimento, alimentazione, sicurezza nei diversi ambiti, prevenzione patologie) dovrà essere modulato anche a fronte del nuovo quadro determinato dalla pandemia. (Riferimento dimensione di performance dell'utente – area della produzione e obiettivo di mandato 1.5);
- **L'integrazione socio-sanitaria**, prioritaria la completa attuazione dei nuovi LEA, (ruolo del care-giver, pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria a livello aziendale) garantendo adeguati ed omogenei processi negli ambiti distrettuali con riferimento alla distribuzione e al sistematico monitoraggio del corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR, dei servizi sociosanitari accreditati, all'attuazione del progetto demenze e all'attuazione dei programmi regionali relativi alle gravissime disabilità acquisite, all'area minori, donne e famiglie, senza trascurare i nuovi bisogni correlati alla pandemia. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico e obiettivo di mandato 1.9);
- **il riordino dell'assistenza Ospedaliera e territoriale** che dovrà proseguire e completarsi secondo le linee relative al riordino della rete sviluppate secondo le previsioni del DM 70/15 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera" e dei due documenti di programmazione approvati in CTSS nel giugno 2018 e nel dicembre 2019 sia per quanto attiene il territorio sia l'ospedale. L'impostazione di sistema provinciale data al

riordino risulta ancora più rilevante alla luce dei nuovi bisogni imposti dalla pandemia. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della produzione e obiettivo di mandato 1.1 ma anche 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 1.7, 1.8);

- **il consolidamento delle cure primarie, lo sviluppo case della salute, l'integrazione ospedale-territorio attraverso i modelli proattivi di intervento e di presa in carico del paziente acuto e cronico**, occorrerà dare attuazione al diverso e più centrale ruolo attribuito al territorio rispetto agli altri livelli assistenziali erogati (Ospedaliero in primis), con una specifica attenzione allo sviluppo dell'assistenza territoriale potenziando la capacità di intercettare la domanda di assistenza, soprattutto per quanto riguarda la cronicità ( ma anche la riacutizzazione e l'acuzie), con lo sviluppo di nuovi modelli Population Health Management e presa in carico integrata con esercizio della proattività (medicina di iniziativa) e gestione a tutto tondo del caso, che trovano nel luogo, Case della Salute, OsCo, Hospice, il loro elemento ottimale di sintesi ma che possono e devono essere agiti anche indipendentemente da queste (es. sviluppo cure domiciliari, rete cure palliative territoriale. Importante anche lo sviluppo di modalità assistenziali e organizzative integrate tra cure primarie e salute mentale, l'integrazione sociosanitaria (dimissioni protette, accesso facilitato alle cure ospedaliere, sicurezza CRA) e la partecipazione della comunità alla programmazione locale, il tutto nel nuovo contesto imposto dalla pandemia. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della produzione e obiettivo di mandato 1.2, ma anche 1.4, 1.7);
- **consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale**, con l'impegno prioritario orientato a migliorare l'integrazione tra ospedale e le articolazioni del territorio con particolare riferimento all'integrazione dei percorsi con la rete ospedaliera provinciale e quindi anche tra le diverse Aziende pubbliche. (Riferimento dimensione di performance dell'utente – area dell'integrazione e obiettivo di mandato 1.2);
- **facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero prioritarie**, occorre definire (e dichiarare), quali sono le reali priorità erogative e, su queste, declinare gli impegni in termini di gestione delle liste di attesa e accesso ai servizi al fine di garantire, - per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero prioritarie-, tempi di attesa che rispettino gli standard di qualità (efficacia e sicurezza prima ancora che di efficienza). Questo dovrà avvenire anche e soprattutto attraverso lo sviluppo di azioni di governo clinico per promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (indicazioni) ed azioni di riorganizzazione del modello erogativo ancor più cogenti alla luce del nuovo contesto correlato alla pandemia. Da gestire il tema legato alle prestazioni/attività sospese per la pandemia. (Riferimento dimensione di performance dell'utente – area dell'accesso e obiettivo di mandato 1.3);
- **governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e dei servizi sul territorio**: particolare rilevanza assumono, la revisione delle reti cliniche ospedaliere e territoriali, l'adozione dei percorsi diagnostico assistenziali per le principali condizioni, quali ad es anche il percorso nascita e l'assistenza perinatale, (rete punti nascita, appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione ed al controllo del dolore nel travaglio di parto, la PMA), i percorsi assistenziali che edono il coinvolgimento e l'integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria, l'appropriatezza farmaceutica e nell'utilizzo e introduzione dei dispositivi medici, con importante coinvolgimento dei prescrittori in ambito ospedaliero e territoriale. Tenuto conto della mobilità passiva in alcuni ambiti specifici (chirurgia ortopedica, cataratta, RM) si darà attuazione allo specifico progetto di recupero. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico e obiettivo di mandato 1.6);
- **qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**, attraverso il consolidamento del sistema aziendale di sicurezza delle cure, gestione eventi avversi, promozione di progettualità ed iniziative volte a fornire le

migliori e più appropriate cure possibili, assicurando sia adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi sia il soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale. Importante il lavoro sull'armonizzazione delle funzioni di gestione sinistri e rischio clinico (infettivo, clinico, occupazionale). (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico e obiettivo di mandato 1.8);

- **la integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari**, si dovrà proseguire nel consolidare il nuovo assetto strutturale unitario delle funzioni amministrative, tecnico professionali delle Aziende Sanitarie provinciali e nell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari articolandone le modalità nei diversi contesti. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della organizzazione: obiettivo di mandato 2.2);
- **lo sviluppo dell'infrastruttura ICT** a supporto della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità ai servizi, al fine di creare le condizioni affinché a livello aziendale possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi per lo sviluppo di strumenti a supporto della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità. Particolare impegno si richiede nell'adozione sviluppo e supporto dei progetti di telemedicina. (Riferimento dimensione di performance dei processi interni – area della organizzazione e obiettivi di mandato 2.3, 2.6);
- **la razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico** e governo integrato con la programmazione degli investimenti, orientando prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici sulle strutture che nell'ambito del riordino della rete territoriale e ospedaliera, assumeranno il ruolo definito dal modello di rete clinica integrata. Gestione delle progettualità connesse alla pandemia anche con riferimento ai maggiori finanziamenti. Gestione progettualità connessa alla realizzazione del nuovo Ospedale di Carpi e alla rete di strutture (Case della salute, OsCo, Hospice). (Riferimento dimensione di performance della sostenibilità– area degli investimenti e obiettivo di mandato 2.4);
- **il governo dei processi di acquisto di beni e servizi**, con l'obiettivo prioritario della piena adesione alle azioni di centralizzazione avviate, di economicità e pronta fruizione dei beni . (Riferimento dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria e obiettivo di mandato 2.1);
- **gli adempimenti nei flussi informativi**, ponendo particolare attenzione alla raccolta dei dati, al consolidamento dei sistemi informativi, ai registri ed alle sorveglianze, provvedendo con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale, regionale, ma anche e soprattutto a supporto della programmazione , della valutazione delle attività erogate (Riferimento dimensione di performance dei processi interni- area dell'organizzazione e obiettivo di mandato 2.6);
- **sostenibilità economica**, che è condizione necessaria (vincolo) per il perseguimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale. (Riferimento dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria: obiettivi di mandato da 2.1 a 2.8).
- **comunicazione interna ed esterna quale strumento strategico per la esplicitazione e diffusione delle strategie delle ragioni sottese alle scelte programmatiche**. Nell'ambito della comunicazione esterna sono rilevanti gli aspetti connessi alla comunicazione/relazione con i cittadini anche attraverso l'applicazione di specifici metodi e tecniche (es Health Literacy) ed il coinvolgimento di gruppi di pazienti nella revisione e produzione di materiale informativo chiaro e comprensibile. In tema di comunicazione interna l'attività viene orientata a migliorare i meccanismi di trasmissione in line e feed back, per avvicinare Direzione aziendale e articolazioni di produzione. Anche i processi di programmazione e gestione, dovranno vedere un intensificazione dei rapporti ed il coinvolgimento attivo di diversi livelli di responsabilità, (Direttori di Distretto e Dipartimento), nella definizione delle strategie aziendali e nella loro attuazione

## 4.1 Dimensione di performance dell'utente

### 4.1.1 Area di performance dell'accesso e domanda

Con riferimento all'area di performance dell'accesso e della domanda il riferimento non può che essere rappresentato dagli obiettivi definiti dal piano regionale per il governo dei tempi di attesa.

#### **Facilitazione dell'accesso e riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**

In aggiunta a quanto previsto dalle DGR 272/2017 e DGR 603/2019 in tema di liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, stante la rimodulazione dell'attività programmata imposta dalla pandemia, l'impegno aziendale è e sarà rivolto al graduale riavvio delle attività sanitarie sospese (DGR 404/2020) e al recupero dei pazienti in lista per i quali è stato necessario posticipare l'intervento. Stante l'aumento dei pazienti in lista e la diminuita produttività ospedaliera dovuta alla pandemia, risulterà strategico condividere a livello provinciale le modalità di inserimento in lista per priorità cliniche ed i criteri di comorbidità per gli interventi chirurgici non oncologici, nell'ottica di equità di accesso per tutti i cittadini che parallelamente dovranno poter accedere ad informazioni sui tempi di attesa per ogni struttura provinciale.

Fondamentale l'utilizzo condiviso delle risorse disponibili (strutture e personale) sottolineando, in un'ottica di sistema la piena disponibilità alla condivisione delle piattaforme chirurgiche, tecnologiche e di posti letto disponibili su base provinciale che potranno essere utilizzate anche da equipe afferenti ad Aziende diverse e sulla base numerosità dei pazienti in lista e delle priorità di assegnazione in lista. Dunque si dovranno sviluppare sinergie di rete tra aziende pubbliche privato accreditato all'interno di un indirizzo/progetto provinciale che a fronte delle consistenze delle liste, della complessità dell'attività e delle competenze/vocazioni delle strutture, identifichi quale casistica debba essere presa in carico dalle diverse strutture della provincia.

Il progressivo aumento della produzione potrà avvenire quindi da un lato attraverso l'uso congiunto delle risorse disponibili (personale piattaforme tecnologie competenze) ed anche attraverso un maggiore coinvolgimento del privato accreditato, reso possibile da un lato dalle nuove modalità di collaborazioni avviate a seguito della pandemia (es. accordo AIOP covid che consente ai nostri professionisti di operare pazienti nelle nostre liste presso le strutture del Privato accreditato) ma anche attraverso il coinvolgimento nella presa in carico di interventi di chirurgia ambulatoriale originatisi da una prima visita specialistica (es. ambiti ortopedico, oculistico, dermatologico, chirurgico, urologico).

Questa nuova programmazione delle attività avrà quale obiettivo aggiuntivo anche il recupero della mobilità passiva negli ambiti in cui da tempo si riscontrano le maggiori criticità (ortopedia, oculistica e diagnostica pesante per quanto attiene la specialistica).

Lo sviluppo di progetti di telemedicina consentirà lo snellimento di alcuni percorsi assistenziali, riducendo il ricorso del paziente alla struttura ospedaliera quando non necessario e favorendo il confronto tra professionisti anche di aziende diverse su casi clinici e PDTA che richiedono multiprofessionalità.

Auspicabile la costruzione di un cruscotto condiviso e accessibile all'utenza.

Imprescindibile il vincolo collegato alla necessità di mantenere almeno una parte dei letti (per acuti e intensivi) e delle piattaforme tecnologiche convertibili all'assetto covid in tempi rapidissimi nel caso si rendesse necessario fronteggiare la recrudescenza della pandemia.

In sintesi le direttrici di lavoro sono rappresentate da:

1. riavvio dell'attività ordinaria, con progressivo recupero dei pazienti sospesi e gestione di quelli di nuova diagnosi secondo le priorità di inserimento in lista e nel rispetto della sicurezza;
2. maggiore autosufficienza provinciale con avvio di sinergie di rete e collaborazioni finalizzate al recupero della mobilità passiva;
3. coinvolgimento del Pubblico e del Privato accreditato in ottica di sistema provinciale (funzione di committenza);
4. utilizzo condiviso di piattaforme tecnologiche avendo a riferimento logiche di sistema allo scopo di ottimizzare il ricorso alle risorse introducendo dinamiche di flessibilità volte a modulare rapidamente il sistema dell'offerta per renderlo maggiormente responsivo alle esigenze, (non ultima, la rapida riconversione in assetto covid delle strutture, in caso di recrudescenza della pandemia);
5. consolidamento delle collaborazioni di area in ambito chirurgico, (generale e specialistico) tra le strutture di Sassuolo, Pavullo e Vignola al sud e Carpi e Mirandola a nord, da sviluppare alcune collaborazioni con l'Azienda Ospedaliera;
6. armonizzazione/omogenizzazione dei criteri di attribuzione delle classi di priorità negli ospedali della provincia che dovrà avvenire nel rispetto dei criteri e delle regole di priorità di accesso sanciti dalla regione, imprescindibile la corretta gestione delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati;
7. progressiva introduzione della gestione informatizzata delle agende di prenotazione (ricovero e ambulatoriali) utile da un lato al corretto dimensionamento delle liste e dall'altro a garantire trasparenza nei confronti dei cittadini/pazienti;
8. trasferimento al setting più appropriato per efficienza e sicurezza e introduzione e adozione di modalità innovative di gestione dei pazienti anche con ricorso alla telemedicina;
9. monitoraggio e controllo delle relazioni fra attività istituzionale e attività libero-professionale.
10. completa alimentazione del flusso informativo (SIGLA), corretta e puntuale informazione all'utenza relativamente a percorsi di accesso, processi, esiti e diffusione e condivisione dei percorsi provinciali di erogazione dell'assistenza tra gli attori interni al sistema (ospedalieri, specialisti ambulatoriali e convenzionati).

A seguire si riporta il trend atteso nel prossimo triennio 2021-2023 rispetto agli indicatori di performance sui tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate.

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0765 - Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg		88,57	88,78	84,98	Miglioramento
IND0766 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg		96,3	87,5	86,58	Miglioramento con tendenziale ritorno ai livelli pre Covid
IND0767 - Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata		97,03	88,5	81,02	Mantenimento/Miglioramento con tendenziale ritorno ai livelli pre-Covid

## **Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**

Nell'ambito del rapporto di collaborazione risulta rilevante il mantenimento del tavolo interaziendale della Specialistica Ambulatoriale che ha come fine il governo sinergico delle criticità in ambito di accessibilità, appropriatezza, modalità di applicazione delle indicazioni regionali

Con la chiusura degli sportelli CUP legato alla pandemia, l'accesso alle prenotazioni di specialistica ambulatoriale, si è orientato in misura maggiore all'utilizzo dei canali telefonici, online e alle farmacie.

Sarà pertanto necessario riorientare non solo le modalità di accesso ma anche l'offerta di prestazioni, superando l'attuale criticità connessa al fatto che particolarmente nel pubblico sta subendo modificazioni significative. L'invio del cittadino alla struttura ospedaliera dovrà essere maggiormente mirato e riservato alle condizioni effettivamente necessarie. L'organizzazione sanitaria sarà impegnata a potenziare principalmente i canali di accesso ed i volumi di visite e prestazioni di diagnostica strumentale (urgenze B), per assicurare invii propri e tempestivi agli specialisti ospedalieri.

Da anni è attivo il Catalogo delle urgenze, strumento a valenza provinciale, che viene sistematicamente mantenuto e che annualmente si arricchisce e si aggiorna con nuovi percorsi e prestazioni.

Di supporto strategico e orientamento all'invio è il contatto tra MMG e specialista ospedaliero/territoriale, importante l'implementazione di alcuni progetti innovativi: il progetto Specialista On Call avviato da un anno garantisce il confronto tra clinici (ospedalieri e del territorio) che potrà essere potenziato (coinvolgendo ulteriori specialisti) con individuazione ed avvio di interfacce specifiche anche per i PLS.

Sarà ripresa l'analisi e la revisione delle agende di prestazioni specialistiche presenti a CUP, per migliorare la separazione dei primi accessi dai controlli. Parallelamente, dovrà essere potenziata la presa in carico delle prenotazioni di secondo livello e dei controlli prescritti dallo specialista da parte della struttura, con l'attivazione di punti di prenotazione specifici ospedalieri o di area che possano assicurare direttamente gli appuntamenti necessari senza rimandare il paziente al CUP.

Fondamentale risulterà l'ampliamento, sempre a carico della struttura, della gestione del follow-up oncologico, garantendo appuntamenti a tempistiche definite ai pazienti in cura, evitando il rimando al CUP per la prenotazione.

Con particolare riferimento alla diagnostica pesante, sarà strutturato un progetto di chiamata attiva per appuntamento ai pazienti con prescrizioni urgenti e ordinarie, con la molteplice finalità di verifica della appropriatezza delle richieste, collocazione della prestazione sulla piattaforma più appropriata (tecnologie, competenze disponibilità esami) e comunicazione al paziente della avvenuta presa in carico della richiesta (es Progetto ProntoRM).

Sarà fondamentale lo sviluppo di un cruscotto aziendale che consenta la mappatura delle prestazioni specialistiche e delle proiezioni dei calendari, per poter facilitare la negoziazione con le strutture di produzione e individuare precocemente le variazioni dell'offerta e le criticità emergenti sulle quali promuove le azioni correttive.

Anche il Privato accreditato sarà coinvolto maggiormente nella garanzia di primi accessi tramite la condivisione di protocolli di presa in carico ed affidamento del paziente alle strutture ospedaliere.

Da approfondire con ICT le possibili evoluzioni ed utilizzi della DEMA: una volta avvenuta la prescrizione (da MMG, PLS, specialista territoriale od ospedaliero), si potrebbero sperimentare percorsi di prenotazione diretta o mediata da 'backoffice' aziendale che evita all'utente la prenotazione tramite i canali usuali e consenta la collocazione delle prestazione in modo appropriato.

La riorganizzazione del processo di accesso alle prestazioni sopra descritto, andrebbe anticipato (semplificandolo ovviamente) alla popolazione tramite campagna comunicativa ed eventi dedicati ai MMG/PLS.

In sintesi le direttrici di lavoro da consolidare e sviluppare sono rappresentate da:

1. potenziamento e sviluppo delle "reti" ambulatoriali integrate tra l'ospedale ed il territorio con punti di primo livello specialistico distribuiti il più possibile in modo capillare e punti di secondo livello specialistico in grado di assicurare la corretta ed appropriata gestione del caso (integrazione dei percorsi di accesso ambulatoriali secondo il principio della prossimità al cittadino, salvaguardando la possibilità della presa in carico presso il secondo livello specialistico);
2. governo, in ottica di sistema provinciale, dell'offerta ambulatoriale finalizzata a garantire i tempi d'attesa per visite e diagnostica strumentale (indice di performance target pari o superiore al >90%), assicurando al contempo qualità, efficienza ed il massimo livello di capillarità possibile;
3. sviluppo della continuità assistenziale attraverso la presa in carico specialistica e la gestione diretta dei controlli/approfondimenti diagnostici (accessi successivi al primo) da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente. Ciò potrà avvenire anche approfondendo con ICT le possibili evoluzioni ed utilizzi della DEMA: una volta avvenuta la prescrizione (da MMG, PLS, specialista territoriale od ospedaliero), si potrebbero sperimentare percorsi di prenotazione diretta o mediata da 'backoffice' aziendale che evita all'utente la prenotazione tramite i canali usuali e consenta la collocazione delle prestazione sulla piattaforma più appropriata. La finalità è quella di semplificare l'accessibilità dell'utenza alle prestazioni prescritte come approfondimento specialistico e di garantire tempi e competenze proprie al percorso diagnostico;
4. manutenzione e implementazione del sistema di percorsi provinciali di accesso alle prestazioni (operativi, gestionali, informativi e prenotativi per le priorità ambulatoriali, e questo a partire dalle urgenze; ciò avverrà attraverso la promozione di gruppi di lavoro finalizzati alla individuazione condivisa dei principali percorsi di gestione delle patologie e la manutenzione sistematica del catalogo delle prestazioni. Dopo lo stravolgimento correlato alla pandemia occorre infatti dare corretta interpretazione al concetto di prossimità di erogazione delle prestazioni alla residenza del cittadino, correlandolo a quello di appropriatezza (prescrittiva, organizzativa, e di priorità di erogazione,) in funzione del quesito diagnostico;
5. sviluppo del sistema di prenotabilità delle prestazioni orientando la maggior parte delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso e di primo livello sul canale WEB;
6. costituisce una priorità la necessità di operare nell'ambito dell'appropriatezza delle indicazioni, del setting e dei tempi di erogazione delle prestazioni, attraverso tavoli per la individuazione di percorsi comuni e condivisi tra le Aziende, tra ospedale e territorio anche ricorrendo a modelli innovativi di governo della domanda e sfruttando la telemedicina;
7. adesione alla DGR 377/2016 in termini di obiettivi e azioni in materia di gestione delle disdette.

A seguire si riportano gli indicatori di monitoraggio della performance e il trend atteso per il triennio 2021-2023; gli indicatori relativi alle performance della specialistica ambulatoriale sono ovviamente misurati su ambito provinciali.



Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,68	95,8	79,96	86,58	Miglioramento con ritorno a livelli pre - Covid
IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,64	98,04	96,04	96,88	Miglioramento con ritorno a livelli pre - Covid
IND0795 - Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	53,8	91,51	86,02	91,44	Miglioramento con tendenziale ritorno a livelli pre - Covid
IND0807 - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	70,62	68,59	79,49	83,13	Miglioramento
IND0789 - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	77,06	90,35	81,69	83,66	Miglioramento con tendenziale ritorno a livelli pre - Covid
IND0787 - % prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo	67,26	70,91	76,54	80,36	Miglioramento
IND0789 - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	77,06	90,35	81,69	83,66	Miglioramento con tendenziale ritorno a livelli pre - Covid
IND0861 - % ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte			97,12	96,67	Mantenimento/Miglioramento

### **Sistema dell'emergenza territoriale – flusso pazienti, garanzia di accesso in sicurezza per sedi, tempi, modalità, setting.**

Le tre Aziende modenesi sono da tempo congiuntamente impegnate sul tema della gestione dell'afflusso al Pronto Soccorso, che in questa provincia si caratterizza per un alto tasso di accesso alle strutture; il dipartimento interaziendale dell'emergenza rappresenta un elemento di forza del sistema a tutela della univocità delle strategie e dei percorsi che, individuati congiuntamente, si intendono promuovere.

Come sottolineato dalla pandemia, particolare attenzione dovrà essere posta all'obiettivo di utilizzo ottimale su base provinciale della risorsa posto letto (efficienza, appropriatezza, sicurezza nell'impiego), anche al fine di sostenere in modo adeguato i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso e, più in generale, ottimizzare le risorse disponibili.

In tema di rete dell'emergenza ospedaliera, infatti, si dovrà dare corso all'applicazione dei piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso, elaborati in modo congiunto negli ultimi mesi, in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827/17, con particolare riferimento alla:

- rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento;
- manutenzione del cruscotto da tempo realizzato;
- consolidamento della funzione di bed-management;

ma anche,

- gestione degli effetti collegati alla introduzione dei nuovi codici di gravità,
- adozione delle azioni previste per il miglioramento delle diverse fasi di gestione del paziente che accede al sistema dell'emergenza; ci si riferisce ai tempi e alle modalità del soccorso sul territorio, alle centralizzazioni primarie e secondarie, al boarding, all'introduzione dei fast-track, alla valutazione e gestione del tempo di throughput, agli affidi specialistici, alla gestione delle diagnostiche e consulenze

correlate agli accessi, ed infine al supporto specialistico al territorio, anche ricorrendo a strumenti di telemedicina.

Importante la manutenzione della rilevazione dei dati di attività (correttezza del flusso informativo), fondamentale per la elaborazione del set di indicatori utili a valutare le performance, ed a promuovere audit su tematiche clinico-organizzative di gestione, in emergenza, delle patologie rilevanti (es. infarto, stroke, politraumi gravi, ma anche sepsi ...).

I sistemi informativi dovranno essere dimensionati per sostenere il monitoraggio dei diversi percorsi e dei tempi di accesso alle prestazioni, di gestione del processo assistenziale, e per alimentare il flusso informativo regionale.

Da sviluppare anche la collaborazione con i servizi territoriali (ADI, OSCO ma anche MMG, PLS, USCA e CRA), tale cooperazione sarà indirizzata ad individuare percorsi alternativi al ricovero che consentano la presa in carico dei pazienti con condizioni di fragilità sanitaria (pazienti cronici e/o polipatologici, ospiti di CRA, al domicilio) o sociale. Ci si riferisce in particolare ai percorsi già attivi per gli ospiti delle CRA/OSCO ma anche per i pazienti assistiti al domicilio, per i quali è già attivo, ma dovrà essere implementato, il progetto che coinvolge tutti i Pronto soccorso della provincia nel supporto ai problemi clinici emergenti o alla diagnostica strumentale con percorsi facilitati. Siamo nell'ambito delle misure che tendono a facilitare la "presa in carico territoriale sicura e appropriata" riducendo il rischio di sottostima della gravità della casistica in capo al territorio (domicilio o struttura), a garantire una maggiore appropriatezza del ricovero, riducendo l'ospedalizzazione evitabile, e contribuendo allo sviluppo della presa in carico specialistica, garantendo alla dimissione dal PS, il rientro protetto al domicilio o nelle strutture territoriali anche attraverso il supporto delle risorse del territorio (infermiere di continuità).

Dei percorsi urgenti di accesso alle prestazioni o di gestione delle riacutizzazioni dei pazienti affetti da patologie croniche, si è già accennato nella parte relativa alla specialistica qui si richiama il ruolo dei centri dei disturbi cognitivi e demenze (CDCD) ormai diffusi sull'intero territorio, impegnati nel garantire la presa in carico di pazienti anche segnalati dal PS, e secondo il PDTA provinciale condiviso.

In sintesi le azioni di miglioramento sulle quali concentrarsi nel prossimo triennio sono rappresentate da:

- garanzia della rete territoriale di accesso ai servizi (ambulanze, PS, PPI, Emodinamica, area stroke per trombolisi) delle emergenze tempo dipendenti la cui performance deve essere monitorata costantemente anche attraverso specifici audit;
- adozione delle azioni previste per il miglioramento dei tempi e della efficacia della gestione del paziente (flusso paziente) che accede al sistema dell'emergenza (tempi e modalità del soccorso sul territorio, centralizzazioni primarie e secondarie, boarding, fast-track, throughput, affidi specialistici, gestione diagnostiche e consulenze correlate, supporto specialistico al territorio anche ricorrendo a strumenti di telemedicina).
- gestione della introduzione del nuovo sistema dei codici di accesso ai PS;
- collaborazione con le risorse/strutture territoriali (ADI, OSCO ma anche MMG, PLS, USCA e CRA), per individuare percorsi facilitati alternativi al ricovero, sostenuti da tutti i PS della provincia, (progetto di supporto al territorio per la soluzione ai problemi clinici emergenti o alla diagnostica strumentale attraverso erogazioni di percorsi facilitati) con riduzione ospedalizzazione evitabile e della sottostima della gravità della casistica sul territorio o in struttura, lo sviluppo della presa in carico specialistica ed il rientro protetto al domicilio o in struttura;
- migliorare e mantenere il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR) a supporto soprattutto della gestione dei processi interni (gestione appropriato dell'afflusso quotidiano e delle condizioni di maxiafflusso, o degli audit sulle principali patologie);

## **Cure primarie e case della salute**

Nel corso del 2020 a seguito della pandemia è stato necessario sospendere gran parte delle attività proprie delle Case della Salute, questo è avvenuto almeno fino al mese di maggio; successivamente, le attività sono riprese recuperando molte delle prestazioni non erogate anche ricorrendo a modalità e modelli erogativi/organizzativi nuovi, (USCA, telemedicina, centrali operative distrettuali).

La pandemia ha evidenziato la necessità di una più strutturata organizzazione dei servizi territoriali, finalizzati alla presa in carico delle patologie croniche e della fragilità. Centrale il ruolo centrale svolto dai MMG e PLS nella presa in carico della cronicità, nell'esercizio della medicina di iniziativa, della promozione della salute, sia all'interno delle Case della Salute che nelle forme associative sia già strutturate (Medicina di Gruppo) che di nuova costituzione, anche in risposta, alla difficoltà di trovare i medici soprattutto nei territori periferici, criticità, quest'ultima, presente ora e in prospettiva.

## **Socio sanitario**

Il nuovo piano nazionale della non autosufficienza 2019-2021 pone le basi per garantire un'uniformità di servizi sul territorio nazionale identificando tre linee prioritarie di intervento: assistenza domiciliare diretta, assistenza indiretta mediante trasferimenti monetari sostitutivi di servizi o per il care-giver, interventi complementari anche nella forma di ricoveri di sollievo.

Anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza fornisce alcune prospettive di intervento dell'area sociosanitaria che si legano con le proposte di nuovi modelli di sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN valorizzando il ruolo del Distretto sia nella fase di programmazione dei servizi che nella pianificazione di innovazioni organizzativo/produttive locali. In particolare la Missione 5, centrata sull'inclusione e la coesione (specificatamente nelle componenti 2 e 3), prevede il sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione, identificando il potenziamento dei servizi domiciliari e la creazione di reti intrecciate allo sviluppo della digitalizzazione e al superamento delle differenze nelle aree interne (Missione 1).

Va posta in essere una nuova analisi che sia orientata a:

- ripensare i modelli assistenziali, professionali e organizzativi relativi alle strutture residenziali partendo dalla "mappa" dei ruoli interessati, le loro finalità e i loro modi di operare ed intervenire nell'ambito dei processi assistenziali;
- focalizzare, in particolare, l'attenzione sui possibili sviluppi dei modelli assistenziali, che prevede un aggiornamento e un potenziamento della figura dell'OSS e della sua attività di supporto assistenziale all'interno di una pianificazione infermieristica delle diverse attività nei piani assistenziali e su indicazione diretta, anche prendendo spunto da quanto sta avvenendo in altre regioni italiane, con l'introduzione di percorsi formativi di specializzazione e valorizzazione del profilo dell'OSS;
- analizzare e rivedere gli aspetti di integrazione dei processi e dei percorsi, tra gli infermieri delle strutture residenziali, gli infermieri di comunità, l'assistenza domiciliare e assistenza palliativa, con l'obiettivo di estendere il presidio dell'ASL sulle 24 ore.

## **Salute pubblica**

Nel prossimo triennio saranno oggetto di particolare attenzione e impegno:

- la realizzazione dei programmi del nuovo PRP attualmente in fase di elaborazione;
- la comunicazione con l'utenza, in particolare quella professionale, che rappresenta un interlocutore peculiare dei Servizi del Dipartimento di sanità Pubblica.

### **Rischio clinico, revisione dell'offerta assistenziale e segnalazioni cittadini**

Un ambito da sviluppare e consolidare è l'integrazione con l'URP attraverso una nuova modalità operativa di condivisione delle segnalazioni dei cittadini che possono essere di interesse per la gestione del rischio clinico; occorre altresì identificare modalità di coinvolgimento e confronto con i cittadini, attualmente in corso attraverso i Comitati Consultivi Misti.

### **PDTA e ruolo del Servizio Qualità e accreditamento**

Per il triennio 2021 – 2023 è prevista una importante implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA), allo scopo di meglio strutturare il processo di elaborazione, si ritiene di assegnare il ruolo di coordinamento dei gruppi di lavoro e di supporto ai professionisti al Servizio Qualità ed Accreditamento.

Più in particolare si prevede che:

- per i PDTA già attivati occorra continuare l'attività di monitoraggio degli indicatori individuati a monitoraggio della bontà del percorso e l'adesione delle strutture coinvolte;
- per i PDTA prossimi alla definizione, o in fase di progettazione, si prevede la conclusione ed attivazione con avvio del monitoraggio nel breve periodo.

### **Salute Mentale**

I punti di accesso alla rete dei servizi del salute mentale sono presenti in modo capillare in ogni distretto sanitario dell'Azienda e sono rappresentati dai Centri di Salute Mentale (CSM) per l'assistenza alle persone maggiorenni, dai Centri di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (CNPIA) dedicato ai minori, dai Servizi per le Dipendenze Patologiche (SDP) ed i Centri di Psicologia Clinica. Il DSMDP comprende inoltre il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) per il ricovero ospedaliero e si avvale della collaborazione con enti del privato sociale ed imprenditoriale che gestiscono strutture ospedaliere, residenziali e semiresidenziali sia sanitarie che socio-sanitarie.

#### **4.1.2 Area di performance dell'integrazione**

La direzione aziendale risulta fortemente motivata allo sviluppo congiunto con i principali interlocutori istituzionali quali Regione Emilia-Romagna, la Conferenza Socio-Sanitaria Territoriale, le altre Aziende sanitarie, l'Università degli studi di Modena, l'ospedalità privata, delle strategie per la realizzazione di importanti obiettivi di riorganizzativi.

Ci si riferisce alla programmazione approvata in CTSS ed ad una moltitudine di progetti, iniziative che qui di seguito si sintetizzano per macro area:

- realizzazione delle previsioni approvate dalla CTSS in tema di razionalizzazione ed efficientamento delle reti cliniche integrate ospedaliera e territoriale (CTSS del giugno 2017 e del dicembre 2019), che prevedono la riorganizzazione della rete di ospedali secondo vocazione (valorizzazione delle competenze, tecnologie e spazi disponibili) ed i principi dell'hub & spoke, volume/esiti ed in stretto coordinamento con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale. Il fine è la realizzazione di una più efficace integrazione tra le reti clinico assistenziali fondato su percorsi condivisi funzionali ed in grado di garantire qualità, sicurezza continuità delle cure;
- programmazione dell'offerta di prestazioni (committenza e programmazione delle attività di ricovero, specialistica, accesso a servizi) rivista in una ottica di sistema integrato che veda la piena valorizzazione di tutta la rete dei produttori, pubblici e privati, chiamati a garantire i volumi di prestazioni necessari all'autosufficienza in un'ottica che premi la qualità, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni erogate;
- attuazione di un piano dell'offerta che privilegi l'autosufficienza provinciale, veda integrati i contributi delle diverse strutture, chiamate a supportare l'organizzazione nell'ambito delle competenze e delle vocazioni che le sono maggiormente proprie, per competenza, tecnologia, logistica
- recupero della mobilità passiva attraverso una committenza integrata che veda il coinvolgimento di tutti gli attori, pubblici e privati, e l'adozione di progetti finalizzati al contenimento della fuga delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale (soprattutto diagnostica pesante e cataratta);
- utilizzo congiunto di piattaforme comuni (sale operatorie, RM, TC, Robot ..) con ricorso ad equipe itineranti in grado di garantire un'offerta più capillare e di qualità (diffusione delle competenza), in alternativa a questa impostazione centrifuga si prevede lo sviluppo in senso centripeto legato all'utilizzo congiunto di tecnologie particolarmente complesse (es robot) per le quali si prevede un'accessibilità aperta anche ad equipe diverse da quelle dove insiste l'apparecchio;
- adozione di PDTA interaziendali ed esercizio effettivo della multidisciplinarietà, anche sfruttando strumenti di telemedicina (Health meeting, teleconsulto ecc);
- maggiore definizione delle reti cliniche integrate (AOU - AUSL, ospedale – territorio) per le principali patologie (es. rete nefrologica) e piena integrazione tra centri spoke e hub ( di area o provinciali) con ulteriore sviluppo delle interazioni polispecialistiche favorenti processi multidisciplinari e multiprofessionali, in modo da valorizzare tutte le competenze presenti nel sistema;
- consolidamento delle attività clinico - gestionali in capo ai dipartimenti interaziendali (medicina di Laboratorio, diagnostica per immagine Emergenza urgenza, Nefrocardiovascolare, Farmaceutico);
- consolidamento dell'integrazione della rete ospedale territorio nell'ambito del percorso nascita (vd anche DGR 2050/19), del contrasto alla violenza, cure palliative in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale;
- gestione della riabilitazione post frattura di femore per pazienti candidati alla riabilitazione domiciliare (terapista di comunità) anche attraverso l'integrazione tra riabilitazione ospedaliera e territoriale e sviluppo di progetti condivisi tra terapista del territorio o di comunità per facilitare le dimissioni da ricovero ospedaliero (razionale ricorso alle risorse);
- piena attuazione dei percorsi formativi previsti dalle scuole di specialità post laurea in Medicina: si ritiene che si debba dare maggior rilievo ed effettivo valore alla rete provinciale della rete formativa delle scuole di specialità in ambito medico, questo ruolo più attivo della rete periferica è finalizzato ad offrire maggiori opportunità formative ai medici in formazione che avranno l'opportunità di completare le proprie conoscenze anche presso realtà della rete periferica consentendo al contempo la fidelizzazione dei giovani professionisti nei confronti delle strutture spoke;

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0828 - Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG	366,85	338,19	264,4	266,84	Mantenimento al di sotto del livello Regionale
IND0829 - Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	123,56	103	45,04	50,58	Mantenimento al di sotto del livello Regionale
IND0866 - Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	23,28	24,2	21,92	26,41	Miglioramento con tendenziale ritorno a valori pre-Covid
IND0783 - Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG	75,31	69,64	42,45	42,03	Miglioramento rispetto al valore pre-Covid
IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	230,39	222,77	191,93	182,65	Miglioramento rispetto al valore pre-Covid
IND0656 - % ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni			14,65	25,53	Mantenimento/Miglioramento
IND0311 - % IVG medica sul totale IVG	41,69	46,26	55,74	47,06	Mantenimento/Miglioramento
IND0542 - % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	14,73	18,13	27,59	19,12	Miglioramento con progressiva riduzione e ritorno a performance degli anni precedenti

### I processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativi, tecnici e logistici:

Partendo dagli attuali percorsi di accesso dei cittadini ai servizi delle Aziende sanitarie/Ospedali/Comune, si intende progettare modalità che privilegino canali digitali e, ove non possibile, creare le condizioni affinché il cittadino possa accedere agli sportelli/uffici/sedi fisiche in modo sicuro, organizzato e programmato, evitando qualsiasi forma di assembramento, anche attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche innovative.

L'analisi è stata finalizzata ad individuare:

- le attività per le quali sono presenti canali digitali dematerializzati strutturati e avanzati;
- le attività per le quali sono presenti canali digitali dematerializzati che necessitano di ulteriore sviluppo e potenziamento;
- le attività per le quali, pur essendo presenti canali dematerializzati, questi non consentono di coprire tutte le fasce di popolazione e necessitano conseguentemente di un accesso fisico.
- la possibilità di integrare i canali di accesso già presenti, nell'ottica della multicanalità, ed individuare ulteriori strumenti anche innovativi.

Sono state prese in considerazione esperienze e sperimentazioni di particolare interesse in corso presso il Comune di Modena che si è dotato di tecnologie avanzate per la individuazione ai varchi di accesso alle strutture di utenti con temperatura corporea superiore alla soglia dei 37.5° e di strumenti per il monitoraggio di assembramenti e di elaborazione di curve di accesso ed indici di rischio presso le sale d'attesa e le aree di accesso ai servizi.

Le soluzioni individuate in questo ambito unitamente ad uno strumento per la programmazione degli accessi dotato di ampia flessibilità utilizzabile da tutti i servizi e uffici in ogni articolazione territoriale può consentire il raggiungimento di un elevato grado di sicurezza per gli utenti ed anche per gli operatori.

Tutti questi soggetti saranno coinvolti nei percorsi di formazione progettati a questo fine e saranno chiamati ad essere parte attiva nelle implementazioni da introdurre.

L'aumento della complessità delle informazioni da fornire e dei servizi da erogare, l'eterogeneità del pubblico con il quale si confronta la pubblica amministrazione, comportano la necessità di una differenziazione dei canali di contatto con l'utenza. A questa esigenza le pubbliche amministrazioni e le aziende, possono rispondere attraverso la strategia della multicanalità. La multicanalità può essere definita, quindi, come l'uso combinato di molteplici canali per creare relazioni, dialogare con il cittadino/utente e offrire servizi (<http://qualitapa.gov.it/>). Di seguito sono elencati gli strumenti utilizzati:

- Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Portale del Cittadino;
- Posta elettronica e PEC;
- Call center evoluto;
- Sistema di video chiamata.

### **Socio sanitario**

Ruolo fondamentale nel prossimo triennio va assegnato alle relazioni con gli Enti del terzo settore dando piena attuazione ai percorsi di co-programmazione e co-progettazioni previsti dal D.lgs. 117/2017 e recepiti nella Delibera del Direttore Generale 199 del 16/06/2021 con l'approvazione dell'elenco delle Associazioni e degli Enti del Terzo settore, qualificati a collaborare tramite convenzioni con l'Azienda USL di Modena per lo sviluppo di progetti e per attività di interesse generale.

### **Sanità pubblica – controlli e vigilanza integrata**

Nel prossimo triennio saranno oggetto di particolare attenzione e impegno l'ulteriore sviluppo delle integrazioni interne ed esterne per attività trasversali a più Servizi che rendono ancora più completa l'attività istituzionale del dipartimento di sanità pubblica (controlli, vigilanza), ne costituiscono un esempio i piani di vigilanza congiunta e coordinata tra diversi Servizi del DSP e con altri Enti.

### **Salute Mentale e Dipendenze Patologiche**

I Distretti Sanitari e il DSMDP condividono la responsabilità della definizione degli obiettivi, e della programmazione delle strategie e delle azioni per la salute mentale, per le dipendenze patologiche, per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per la psicologia clinica, in un determinato territorio. I Distretti, inoltre, sono garanti dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria necessaria al perseguimento degli obiettivi del DSMDP.

I principi su cui si incardinano le attività del DSMDP sono quelli dell'integrazione territoriale degli interventi, di una razionalizzazione dell'offerta ospedaliero/territoriale, secondo i criteri dell'intensità di cura e con particolare attenzione alla domiciliarità delle cure e ai processi di abilitazione/riabilitazione psicosociale.

Nell'area della Salute Mentale Adulti, tali principi vengono declinati nel contesto di una stabile integrazione con la rete delle cure primarie, dei servizi sociali degli enti locali, del volontariato e dell'associazionismo di settore. L'inclusione sociale e la partecipazione di utenti e familiari vengono attivamente perseguiti secondo il modello della recovery.

Nell'area delle Dipendenze Patologiche assume particolare rilievo la crescente eterogeneità dei comportamenti di abuso e dipendenza (da sostanze e comportamentali). La capacità di organizzare o riorganizzare in modo

innovativo i progetti e le offerte è fondamentale per intercettare i nuovi consumi soprattutto tra le fasce più giovani della popolazione. Le strategie di intervento sono orientate alla riduzione dei danni provocati dal consumo di sostanze e al contrasto alla marginalità sociale.

L'eterogeneità dei problemi di salute che afferiscono all'area della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza impone una solida struttura multiprofessionale delle équipes della NPIA a garanzia di letture multidimensionali della complessità presentata e di progetti terapeutici globali e fortemente personalizzati, integrati nel contesto di vita dell'utente e della famiglia. La tempestività dell'accesso, l'integrazione costante con i Servizi sanitari, Socio-sanitari e con la Scuola, la continuità delle cure, la condivisione e la partecipazione dei familiari sono gli elementi fondamentali per perseguire gli obiettivi di cura e riabilitazione individuati per ogni bambino o adolescente che afferisce ai Servizi NPIA.

La valorizzazione delle risorse umane costituisce impegno prioritario del DSMDP, che riconosce nella presenza di personale motivato e competente la sua principale ricchezza. È stata dedicata particolare attenzione alla riorganizzazione della rete formativa, in modo da poter rendere sempre più coerenti le esigenze del personale con quelle dello sviluppo dipartimentale e del virtuoso perseguimento degli obiettivi regionali / aziendali. L'assegnazione di risorse umane neoassunte ha portato alla costruzione di una formazione di base in psichiatria su aspetti assistenziali e riabilitativi che si sviluppa su piattaforma on line. Permangono le gravi carenze quantitative, soprattutto nell'area della dirigenza sanitaria, che dovranno essere oggetto di specifici interventi organizzativi.

Verranno ulteriormente implementate le attività per il re-inserimento lavorativo attraverso la modalità IPS – Individual Placement and Support, per l'inserimento nel mondo del lavoro competitivo.

Con riguardo al Settore Dipendenze Patologiche si rafforzeranno le attività di prevenzione e prossimità, nonché gli interventi a tutela della grave marginalità, attraverso lo sviluppo dei programmi regionali di cui alle DGR 1751/2019, 2053/2019, 2180/2019, 1381/2020, 1234/2020, in stretta sinergia e coprogrammazione con gli Enti Accreditati per le Dipendenze e gli EELL di riferimento, con l'ulteriore obiettivo di monitorare e limitare i possibili casi di contagio da Covid 19 e per l'individuazione precoce di patologie trasmissibili (HIV / HCV).

Proseguirà l'incremento degli interventi su tabagismo e alcolismo (con particolare riferimento al progetto guida sicura).

Saranno incrementati i programmi di attività a bassa soglia/SFD (Housing first "Casa con le ali", ampliamento accoglienza abitativa invernale con percorsi budget salute, equipaggi "Clinica mobile" - finanziati ex DGR 2180/2019 con progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute).

Si prevede inoltre di attivare ed incrementare interventi gruppali e di prevenzione sulle dipendenze patologiche comportamentali attraverso l'acquisizione di figure di psicologi e TRP dedicati (DGR 291/2020 e 1538/2020), ed infine, di attivare (DGR 1381/2020) progetti sinergici sul movimento e la salute fisica, intersettoriali con la Salute Mentale Adulti.

Con riguardo al Settore Neuropsichiatria Infantile resta confermato l'impegno per l'applicazione del PRIA - Programma Regionale Integrato per l'Assistenza territoriale rivolto ai minori con disturbi dello spettro autistico – con particolare attenzione al tempo di risposta delle strutture tra il tempo di diagnosi e l'inizio del trattamento e all'offerta di 3/4 ore settimanali di trattamento abilitativo / riabilitativo ai bambini nella fascia 0-6 anni. Anche in questo caso la piena aderenza agli standard assistenziali previsti è condizionata dalla carenza di risorse



professionali. Tra le attività d'inclusione sociale e comunitaria verranno ulteriormente sostenute le pratiche sportive e saranno estese quelle a sostegno dell'attività musicale e sociale. Verranno portate a regime le attività del Polo DSA

A fronte dell'aumento dei bisogni degli utenti adolescenti proposta verranno rafforzate le attività semiresidenziali per minori con bisogni socio sanitari complessi ed ampliata la quota di compartecipazione sanitaria al "servizio semiresidenziale rivolti ad adolescenti" con polipatologia o bisogni sociosanitari complessi denominato "Itinera" ex DGR 1102/2014, gestito in appalto dal Comune di Modena su delega Ausl. Verrà inoltre verificata fattibilità / sostenibilità dell'attivazione di percorsi semiresidenziali con possibilità di pernottamento in emergenza per adolescenti per la gestione delle fasi "critiche" e contestuale programmazione della presa in carico, con obiettivo di ridurre accessi in PS e SPDC.

#### 4.1.3 Area di performance degli esiti

Gli indicatori di esito (o di risultato o di outcome) sono quell'insieme di indici che misurano il miglioramento o il peggioramento dello stato di salute del paziente durante l'assistenza, per esempio la percentuale di guariti, il tasso di mortalità a 5 anni dopo screening intervento chirurgico, PTCA, il tasso di infezioni post procedura chirurgica, parto naturale cesareo ecc: sono gli indici di maggior peso nella valutazione della qualità delle cure.

Coerentemente con l'impegno a rendere il territorio e il domicilio i principali luoghi di cura, l'obiettivo dell'assistenza e dei servizi territoriali è il mantenimento o la riacquisizione dell'autonomia della persona attraverso un insieme di interventi multidisciplinari e integrati erogati ambulatorialmente o a domicilio.

Allo stesso tempo, l'integrazione ospedale - territorio fa sì che, attraverso l'individuazione precoce dell'aggravamento o evoluzione critica della condizione del paziente, il ricorso al ricovero rappresenti anch'esso uno strumento di salvaguardia o recupero dell'autonomia. Al fine di valorizzare e rendere più evidenti le finalità dell'integrazione dei servizi territoriali e delle loro prestazioni, nel prossimo triennio l'Azienda intende individuare e validare alcuni indicatori di processo e di esito, in aggiunta agli indicatori di performance consolidati. Tali indicatori dovranno rappresentare accuratamente gli obiettivi e misurare i risultati attesi, in termini di autonomia della persona, conseguiti dai PDTA interaziendali ed in generale dai servizi della salute mentale, delle cure primarie, dell'assistenza domiciliare e dell'emergenza.

L'individuazione di tali indicatori permetterà, inoltre, di effettuare un monitoraggio ed una valutazione di impatto degli interventi innovativi recentemente introdotti a sostegno della assistenza territoriale, quali gli interventi di telemedicina, il percorso CRAPSOS, lo Specialist on Call (SPOC), le Centrali Operative Distrettuali e gli USCA.

Gli indici relativi alle infezioni post trattamenti chirurgici sono risultati nel 2020 in peggioramento come pure una parte degli indici a misura delle complicanze post chirurgiche ed una parte della mortalità post trattamento o evento (es post ictus), questo andamento è in parte riconducibile al diverso mix di paziente selezionato nel corso della pandemia (più grave, fragile, con ritardo di diagnosi), ma è un fenomeno che merita un attento monitoraggio, e l'approfondimento del fenomeno anche attraverso specifici audit.

Nell'ambito dei modelli organizzativi di assistenza territoriale vicini ai bisogni dei cittadini come previsto anche dal recente PNRR, ed ancora allo scopo di favorire e promuovere la presa in carico della cronicità e della fragilità

consentendo un'effettiva equità di accesso della popolazione alle cure sanitarie e sociosanitarie, attraverso la definizione di standard qualitativi e quantitativi uniformi, occorre ripensare al potenziamento della rete dei servizi distrettuali, nonché al consolidamento di quella ospedaliera ad essa integrata.

Occorre altresì favorire e sviluppare, anche in forma sperimentale, modelli organizzativi che vedano la collaborazione e la presenza di diverse figure professionali, anche promuovendo forme associative della medicina generale nuove. In questo caso il vincolo è riuscire a fare un accordo con la medicina generale che ponga al centro la presa in carico della cronicità e fragilità, strutturando forme associative che coprano un territorio e non solo garantiscano l'assistenza ad un numero consistente di cittadini.

A supporto di queste forme di assistenza si intende sviluppare la telemedicina, la collaborazione con altre professioni, la disponibilità di locali in comodato d'uso gratuito o di auto che consentano al medico di potersi spostare da un territorio all'altro.

Come anticipato, il trend in aumento delle necessità collegate alle sindromi dello spettro autistico, ai disturbi alimentari alle ludopatie è stato accentuato in misura rilevante dalla crisi pandemica che ha reso più frequenti le reazioni da stress, sintomi ansiosi e depressivi, incrementato l'uso di alcool, slatentizzato disturbi del comportamento alimentare e più in generale accentuato le condizioni di malessere psicosociale, in particolare negli adolescenti e giovani adulti. Le articolazioni del salute mentale hanno da subito riconvertito i servizi a ciclo diurno in attività a distanza per garantire la continuità assistenziale di utenti e famigliari mentre sono stati conservati i percorsi residenziali, dall'assistenza in regime di ricovero ospedaliero ai percorsi socio sanitari comunitari, questo è avvenuto applicando i protocolli di sicurezza e di isolamento necessari..

In termini generali, nel corso del 2020 sono proseguite, adattandole in chiave pandemica, le attività previste dalla programmazione regionale e locale, nei Piani di Zona, ai fini di una sempre maggiore integrazione con i servizi socio sanitari in capo agli EELL della Provincia di Modena.

Nell'anno 2020, il tasso complessivo di ospedalizzazione in acuto per la salute mentale adulti dei residenti maggiorenni nella provincia di Modena è stato pari a 17,6 x 100.000 abitanti, con una durata media dei ricoveri ospedalieri avvenuti in tutti i presidi considerati di 13 giorni, in lieve aumento rispetto all'anno precedente. Il numero complessivo di giornate di degenza diminuisce del 19,2% passando da 19.083 nel 2019 a 15.422 nel 2020. Rilevante il dato sui Trattamenti Sanitari Obbligatorii, per i quali si osserva un decremento del tasso per 100.000 abitanti adulti, che passa dal 18,1 del 2019 al 17,6 del 2020.

Di seguito gli indicatori relativi ai volumi ed esiti delle prestazioni di cui viene effettuato il monitoraggio sistematico attraverso il data base regionale InSIDER e i sistemi informativi aziendali. Nel dettaglio sono rappresentati per ogni indicatore i valori relativi agli anni 2019, 2020 e l'obiettivo per il triennio di riferimento.

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0389 - Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	5,91	8,75	11,35	8,74	Miglioramento con progressivo avvicinamento ai livelli pre covid
IND0390 - Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	18,98	18,58	18,21	48,72	Miglioramento tendenziale aumento
IND0391 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10,25	9,71	13,89	12,57	Miglioramento con progressivo avvicinamento ai livelli pre covid

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0275 - Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0,57	0	0,59	1,58	Miglioramento
IND0276 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1,01	1,4	1,52	1,74	Miglioramento
IND0393 - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,76	9,72	10,47	10,86	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
IND0395 - BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	9,5	9,51	10,46	13,44	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
IND0271 - Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	81,72	86,75	82,4	82,8	Miglioramento con progressivo avvicinamento ai livelli pre covid
IND0396 - Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	99,21	82,91	43,77	65,62	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
IND0397 - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	87,61	99,48	99,32	92,99	Mantenimento
IND0398 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	1,94	4,48	8,74	5,34	Miglioramento tendenziale ritorno al valore AUSL MO 2019
IND0400 - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	0	33,33	8,33	5,01	Miglioramento
IND0401 - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	2,8	3,23	4,2	3,89	Miglioramento
IND0846 - % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	12,25	12,07	10,28	13,82	Mantenimento
IND0402 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,69	0,51	0,7	1,04	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
IND0403 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	2,62	2,44	1,23	1,31	Mantenimento/Miglioramento
IND0772 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	65,4	80,41	76,09	74,21	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0228 - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	7,65	6,54	4,07	9,69	Mantenimento al di sotto del livello AUSL MO 2019
IND0289 - % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	46,24	47,33	46,97	42,72	Miglioramento
IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	230,39	222,77	191,93	182,65	Miglioramento rispetto al valore AUSL MO 2018
IND0656 - % ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni			14,65	25,53	Mantenimento/Miglioramento
IND0836 - % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	4,95	6,09	6,05	6,34	Miglioramento con progressivo avvicinamento ai livelli 2018
IND0856 - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - NSG	101,77	143,08	81,1	87,58	Mantenimento al di sotto del livello Regionale
IND0859 - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG	86,17	84,9	81,22	89,72	Miglioramento progressivo incremento
IND0866 - Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	23,28	24,2	21,92	26,41	Miglioramento con tendenziale ritorno a valori pre-Covid

## 4.2 Dimensione di performance dei Processi Interni

### 4.2.1 Area di performance della produzione

La dimensione della produzione focalizza l'attenzione sull'andamento dei volumi e dei principali indicatori di performance dell'attività, con riferimento a ricovero, specialistica ambulatoriale e pronto soccorso, ma anche dei numerosi servizi territoriali (ADI, consultori, strutture intermedie, salute mentale, demenza ...), i risultati sono valutati avendo a riferimento le principali linee strategiche aziendali e i risultati conseguiti da altre realtà presenti sul territorio regionale e nazionale (benchmarking).

Le direttrici principali della produzione sono riportate a seguire, resta inteso che la sostenibilità economica costituisce un vincolo imprescindibile.

Il principale obiettivo è rappresentato dalla necessità di perseguire l'autosufficienza dell'offerta del sistema Modena chiamato a rispondere appieno alla domanda espressa dai residenti; il miglioramento di tale livello di performance, peraltro già buono, dovrà essere conseguito sia attraverso la modulazione della produzione "interna", garantita cioè dalle articolazioni direttamente afferenti all'Azienda, sia attraverso gli indirizzi (volumi e mix di attività), definiti negli accordi di fornitura con le Aziende pubbliche (AOU di Modena e Ospedale di Sassuolo spa) ed il Privato della provincia (Pineta, Fogliani, Rosa, Hesperia Hospital, Igea). Per tale ragione al di là della produzione in funzione della vocazione di ogni singola struttura, l'obiettivo più rilevante del triennio è rappresentato dal progetto di recupero della mobilità passiva infra ma soprattutto extraprovinciale. Tale progetto focalizza l'attenzione su alcune tipologie di interventi/prestazioni (chirurgia ortopedica, cataratta, diagnostica pesante RM e TC) per le quali è maggiore la "migrazione" verso strutture extraprovincia (e soprattutto extraRER).

La condivisione di progettualità di respiro poliennale finalizzate a massimizzare i livelli di integrazione tra le equipe e l'uso congiunto di piattaforme produttive (posti letto, sale operatorie, diagnostiche strumentali quali RM, TAC, robot), la modulazione dell'attività chirurgica e di specialistica ambulatoriale in funzione della necessità di ridurre le liste d'attesa e garantire i tempi di evasione previsti dagli standard (interventi per patologia neoplastica entro 30 giorni e per le prestazioni critiche entro i tempi definiti dalla normativa), unitamente alla necessità di qualificare l'attività di ricovero nelle strutture ospedaliere del territorio, costituiscono gli ulteriori obiettivi strategici rilevanti.

I volumi ed il mix di produzione necessari a raggiungere livelli crescenti di autosufficienza devono essere garantiti all'interno dei modelli approvati in CTSS di rete clinica ospedaliera e territoriale, fondata sull'hub & spoke, sui principi del volume/esito, sull'equità, la sicurezza e l'efficacia delle prestazioni.

La produzione dovrà anche essere orientata verso livelli di appropriatezza organizzativa (setting e ottimale impiego di risorse) crescenti, le buone performance in ambito internistico dovranno essere mantenute mentre dovranno essere migliorate le performance (es. indice ICP per le aree chirurgiche).

Più in generale l'uso ottimale delle risorse potrà essere conseguito attraverso l'ulteriore promozione della gestione sul territorio della cronicità o delle riacutizzazioni (ospedalizzazione evitabile) anche con il ricorso da parte delle cure primarie agli strumenti di collaborazione tra professionisti (specialista on call, consulenza e percorsi facilitati di inquadramento pazienti o ospiti di strutture) introdotte in corso di pandemia, la promozione del day service per casistica gestibile sul territorio, il ricorso sistematico agli accertamenti prericovero, la riduzione

della degenza pre e post intervento, e la precoce e sicura restituzione al territorio dei pazienti (dimissione protetta), il trasferimento al domicilio di alcune misure riabilitative storicamente garantite in ricovero.

Importante continuare a lavorare sulle dimissioni protette; al di là della “fluidità” delle comunicazioni tra le strutture coinvolte (reparti, PUASS, ADI, Sociale ...) risulta rilevante l’ulteriore investimento in strutture intermedie, a bassa intensità di cura e a gestione infermieristica; non a caso la programmazione prevede la realizzazione di almeno un OsCo per distretto (vd piano investimenti), come risulta imprescindibile il monitoraggio della performance di tali strutture (provenienza pazienti, degenza media, costi, esiti ecc).

Particolare attenzione andrà poi posta alla necessità di evitare il rischio di rincorsa della domanda impropria (per ricoveri e specialistica), occorre sottrarsi al pericolo di rispondere alla richiesta crescente del territorio con la sistematica (automatica) immissione sul mercato di prestazioni; per tale ragione, sono da promuovere ed incentivare gli strumenti volti a valutare l’appropriatezza delle indicazioni (assolute e di setting erogativo), la introduzione di nuove prestazioni e metodiche (governo clinico e HTA): anche la funzione di committenza sulle strutture pubbliche e private dovrà partire da un disegno di sistema che privilegi efficacia, sicurezza e sostenibilità.

A seguire si riportano gli indicatori di performance 2021-2023 e i risultati attesi per il triennio, anche in questo caso le performance indicate sono assicurabili a patto di mancata recrudescenza della pandemia e conseguente ripresa a pieno regime delle attività ordinarie.

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0868 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	90,09	90,23	90,05	79,87	Miglioramento
IND0869 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	6,05	6,24	6,48	8,72	Miglioramento
IND0870 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	3,86	3,53	3,47	11,41	Miglioramento
IND0871 - Indice di case mix degenza ordinaria	0,95	0,94	0,95		Miglioramento/Incremento
IND0872 - Indice comparativo di performance	0,92	0,92	0,91		Mantenimento sotto la media regionale soprattutto in chirurgia

#### 4.2.2 Area di performance dell’appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

I temi affrontati in questo paragrafo sono prioritari: appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio sono obiettivi imprescindibili per le Aziende del servizio sanitario, di seguito si riportano le azioni che si intendono perseguire nel triennio dando risalto anche agli aspetti della qualità percepita dall’utente (vd, reportistica URP).

Le molteplici interazioni connesse alle numerose componenti che agiscono nel Sistema, devono essere governate attraverso l’adozione di pratiche di governo clinico che consentono di porre al centro della programmazione e della gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità allo scopo di erogare prestazioni appropriate, sicure ed efficaci.

Da non trascurare in questo senso il ruolo della formazione che costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l’erogazione di cure efficaci e sicure rafforzando le competenze dei professionisti attraverso il potenziamento dei programmi strutturati di sviluppo professionale e di formazione a supporto dei processi di riorganizzazione.

Da ultimo da non trascurare la necessità di definizione di modelli a rete e percorsi congiunti in grado di ottimizzare il contributo delle diverse figure (PDTA, multidisciplinarietà, multiprofessionalità).

A seguire si illustrano le azioni che l'Azienda intende realizzare nel triennio 2021-2023.

### **Accreditamento**

L'Azienda ha conseguito il rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale nell'anno 2019. Il prosieguo del percorso di Accreditamento, parzialmente interrotto per la pandemia, prevede la conduzione di audit per i principali processi Aziendali di governo condotto attraverso audit con tecnostrutture e Staff e l'autovalutazione dei requisiti specifici a livello di singola UO dipartimentale.

Un obiettivo di rilievo sul quale concentrare l'impegno nel prossimo triennio è quello di dare nuovo impulso e nuovo vigore allo sviluppo del sistema di gestione della qualità che deve essere sempre più uno strumento a servizio della Direzione strategica Aziendale (Sanitaria e Assistenziale).

Per realizzare questo obiettivo le aree di principale interesse per il servizio nel triennio saranno quelle a maggiore impatto per il sistema di gestione ovvero:

1. Area della Qualità professionale attraverso lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, linee guida e protocolli;
2. Supporto alla Direzione Aziendale nell'analisi e riprogettazione (migliorativa o innovativa) dei processi di erogazione di prestazioni e servizi alla luce delle nuove esigenze che il quadro epidemico ha reso palesi;
3. Integrazione delle competenze con U.O.S. Rischio Clinico e S.C. Igiene e Controllo delle infezioni indispensabile per le attività del Servizio Qualità ed Accreditamento in particolare per quanto concerne l'analisi ed il monitoraggio dei processi;
4. Coinvolgimento e ri-motivazione del personale coinvolto nello sviluppo del sistema di gestione per la qualità quali i referenti qualità (RAQ) delle Unità Operative e dei dipartimenti e gli Auditor interni;
5. Attuazione di programmi di valutazione della qualità a tutti i livelli dell'organizzazione (Direzione Aziendale, Dipartimentale e, se possibile, di Unità Operativa).

Oltre a questi obiettivi generali, che avranno un valore strategico per il servizio, si dovrà dare corso agli obiettivi specifici di breve / medio termine di cui si riportano i principali:

- Certificazione ISO Laboratorio e Servizio Tecnico (+ parte amministrativa);
- Preparazione delle Strutture aziendali che andranno in rinnovo di accreditamento secondo le priorità indicate dalla Regione (presumibilmente il Dipartimento Aziendale delle Cure Primarie);
- Autorizzazione Regionale PMA I° livello Carpi;
- Supporto, insieme allo Sviluppo Organizzativo Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane, alla UOS Formazione, Ricerca e Innovazione nella definizione dei dossier formativi;
- Aggiornamento applicativo QSAN;
- Contitolarità dei dati (con AOU e NOS + Privacy);
- Supporto alla Fisica Sanitaria Applicazione del D.Lgs 101/2020;
- Certificazione EUSOMA;
- Definizione di linee di indirizzo e azioni prioritarie in tema di equità;
- Preparazione all'Audit regionale screening

## **Qualità percepita dal paziente**

I cittadini rappresentano un interlocutore di primaria rilevanza per la nostra Azienda che promuove la loro partecipazione attiva alla valutazione della qualità dei servizi e alla tutela dei diritti degli utenti, questo avviene attraverso la collaborazione con le Associazioni di Volontariato e nell'ambito del Comitato Consultivo Misto (CCM). È importante che il cittadino possa continuare a partecipare alle scelte nell'organizzazione dei servizi ed abbia ruolo nei processi di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate (punto di vista dei cittadini/utenti); per tale ragione anche nel prossimo triennio risulterà fondamentale il contributo in diversi ambiti, quali ad esempio la rilevazione della soddisfazione e della percezione dal lato dell'utente/cittadino, la realizzazione di iniziative di educazione e promozione della salute e di protezione dal rischio, l'individuazione e attuazione di proposte di miglioramento dei servizi, il coinvolgimento nelle iniziative aziendali che impattano sulla vita dei cittadini.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) continuerà a garantire le funzioni di informazione, ascolto, accoglienza e risposta alle esigenze espresse dagli utenti. L'URP contribuisce infatti, insieme ad altri servizi, al sistema aziendale di Global Customer Service, che utilizza una strategia di relazione orientata alla multicanalità per rendere più efficace il dialogo con i cittadini.

L'URP dell'Azienda USL di Modena è organizzato con un punto di pianificazione e coordinamento centrale e sedi a livello distrettuale che dovranno continuare a garantire gli ambiti di seguito richiamati:

- capillarità e correttezza delle informazioni, orientando il cittadino sull'offerta di servizi (sedi, orari, contatti, ecc.), sui percorsi (come fare per...), sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni;
- ricezione delle segnalazioni (reclami, elogi e suggerimenti riguardo servizi e prestazioni). L'Azienda USL di Modena assicura la tutela dei cittadini che intendono presentare una segnalazione (es. un reclamo, un suggerimento, un elogio, ecc) riguardo i servizi o le prestazioni ricevute. A tale scopo sono state istituite e adottate con continuità specifiche procedure di gestione, in particolare per rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e di insoddisfazione, nel rispetto dei principi di equità e trasparenza, in un'ottica di reciproca collaborazione tra utente e Azienda. Nei casi più semplici il personale URP provvede tempestivamente e direttamente a dare una risposta al cittadino. Nei casi più complessi l'URP avvia un'istruttoria con i servizi coinvolti nella segnalazione per verificare l'accaduto e dare riscontro al segnalante. Importante la predisposizione di report periodici e della relazione annuale circa l'andamento delle segnalazioni (disservizi, elogi, proposte ...) quale strumento per la facile individuazione delle criticità e di orientamento dei percorsi di miglioramento;
- ricezione della volontà del cittadino riguardo la donazione di organi, tessuti e cellule: i referenti degli Uffici Relazioni con il Pubblico dei diversi Distretti sono il punto di riferimento per la raccolta delle dichiarazioni e per le informazioni ad essa connesse fino alla registrazione nella banca dati del Sistema Informativo Trapianti presso il Ministero della Salute.

## **Area appropriatezza**

Appropriatezza dei setting assistenziali (ricovero, residenzialità, cure intermedie, specialistica)

L'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni (ricovero, residenzialità, cure intermedie specialistica) rappresenta una priorità del nostro sistema, in quanto è alla base della sostenibilità del sistema stesso; nel prossimo triennio occorrerà lavorare per aumentare la capacità di erogare ciascun trattamento nel corretto setting assistenziale (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario, residenzialità, cure intermedie, ....) garantendo comunque sicurezza ed efficacia alle cure erogate.

Questi temi dovranno continuare ad essere all'attenzione delle strutture e degli strumenti di gestione attivi in Azienda (gruppi di lavoro, task force, percorso di budget, accordi di fornitura, controlli sanitari ...); gli ambiti maggiormente coinvolti saranno quello delle reti cliniche, dei percorsi multidisciplinari, dei percorsi chirurgici (generale e specialistica) soprattutto per la casistica oggetto di monitoraggio (es LEA) ma anche per l'inappropriatezza dei ricoveri da ricondurre a setting più proprio o delle dimissioni protette al domicilio o in strutture intermedie.

Importante l'ulteriore sviluppo di percorsi di presa in carico della cronicità a livello di territorio e delle iniziative di supporto al territorio da parte degli specialisti (progetto specialista on call, CRAPSOS, supporto del PS nella gestione di quella casistica che può giovare di percorsi agevolati di rapida definizione delle riacutizzazioni, telemonitoraggio, teleconsulto .....).

Più in particolare vanno in questa direzione le iniziative che si intendono promuovere nella direzione della:

1. promozione e sviluppo delle relazioni professionali e dei percorsi di cura condivisi con i MMG, PLS e gli Specialisti ambulatoriali, finalizzati a intensificare la risposta territoriale alle patologie croniche, ai bisogni socio-sanitari, alle disabilità, alle condizioni di fine vita, alle malattie degenerative, garantendo collegamenti tra i centri specialistici ed il territorio, la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni e la condivisione delle informazioni cliniche anche attraverso i progetti di telemedicina sviluppati in corso di pandemia ad es. teleconsulto tra Specialisti e cure primarie (progetto specialista on call, progetto PS e Cure primarie), telemonitoraggio parametri vitali dei pazienti a domicilio e degli ospiti delle CRA, determinazioni dei profili pre chemioterapia attraverso POCT decentrati e somministrazione della terapia oncologica anche in sedi diverse da quelle del DH-DSO oncologico, telemonitoraggio della terapia con TAO/NAO;
2. dimensionamento e organizzazione su base provinciale di reti cliniche integrate e dei team professionali (pluri-specialistici e multi-professionali) con particolare riferimento a: Otorinolaringoiatria, Broncoscopia, Riabilitazione, Cardiologia, Oncologia, Oculistica, Dialisi, Nefrologi, Endoscopia digestiva, Dermatologia, con percorsi strutturati tra i vari nodi ospedalieri e del territorio (Presidi ospedalieri, Case della salute);
3. attivazione di gruppi/tavoli di lavoro interaziendali ospedale e territorio a valenza clinico organizzativa su temi rilevanti/emergenti di governo clinico (percorsi per pazienti oncologici, cronici, patologie ad ampia diffusione e ad alta complessità) e appropriatezza organizzativa (setting e miglioramento efficienza piattaforme produttiva) volti ad individuare modalità di collaborazione tra le equipe finalizzate a instaurare e rafforzare dinamiche e sinergie complessive di sistema e a migliorare l'offerta, l'accesso alle prestazioni e l'efficacia degli interventi per i temi affrontati dai 10 gruppi interaziendali su temi di particolare rilevanza strategica);
4. definizione di ulteriori percorsi di presa in carico per patologie che richiedono approfondimenti diagnostici, anche ripetuti, evitando il ritorno del paziente al CUP.

inoltre

5. Costituisce obiettivo perseguito di assoluta rilevanza la re-ingegnerizzazione dell'intero percorso di accesso alle prestazioni chirurgiche: a partire dall'area sud, infatti, il cittadino che si rivolge agli ambulatori chirurgici presenti in questo ambito territoriale, potrà e dovrà essere direttamente inserito nella lista di attesa del blocco operatorio più adatto, a Vignola, Pavullo o Sassuolo, e questo sulla base delle sue condizioni, preferenze e dell'intervento necessario, ma indipendentemente dalla sede in cui è stata effettuata la visita specialistica.



Nel prossimo triennio l'Azienda intende individuare e validare alcuni indicatori di processo e di esito, in aggiunta agli indicatori di performance consolidati. Tali indicatori dovranno rappresentare accuratamente gli obiettivi e misurare i risultati attesi, in termini di autonomia della persona, conseguiti dai PDTA interaziendali ed in generale dai servizi della salute mentale, delle cure primarie, dell'assistenza domiciliare e dell'emergenza.

L'individuazione di tali indicatori permetterà, inoltre, di effettuare un monitoraggio ed una valutazione di impatto degli interventi innovativi recentemente introdotti a sostegno della assistenza territoriale, quali gli interventi di telemedicina, il percorso CRAPSOS, lo Specialist on Call, le Centrali Operative Distrettuali e gli USCA.

A seguire gli indicatori a monitoraggio regionale e aziendale con i valori relativi all'anno 2020 e 2019, che come richiamato in altra parte di questo documento, è l'anno da considerarsi come valore di riferimento storico, in quanto le performance del 2020 sono state condizionate dalla pandemia.

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0333 - % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	20,23	20,71	21,51	23,5	Miglioramento con importante riduzione (atteso sarebbe < 5%) vd deprescrizione
IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	860,45	857,9	439,34	404,9	Miglioramento con ulteriore riduzione per avvicinarsi a media RER
IND0505 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	13,26	13,69	10,12	8,94	Miglioramento con tendenziale riduzione
IND0506 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	4,33	3,32	4,1	4,6	Miglioramento con tendenziale riduzione e ritorno a valori pre - Covid
IND0621 - Sepsis post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,67	4,19	11,92	8,43	Miglioramento con riduzione e ritorno a valore pre-Covid
IND0622 - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,14	1,82	4,73	4,46	Miglioramento con tendenziale riduzione e ritorno a valore pre-Covid
IND0863 - Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	607,7	600,82	407,29	409,98	Miglioramento/mantenimento in linea con RER
IND0864 - Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	776,72	760,8	581,91	592,04	Miglioramento/mantenimento in linea con RER
IND0865 - Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	57,34	63,85	58,8	58,31	Mantenimento

### **Appropriatezza farmaceutica, di utilizzo dei dispositivi medici e ricorso a diagnostica**

L'accesso appropriato all'innovazione terapeutica, l'implementazione di strumenti di analisi Health Technology Assessment (HTA), maggiore convergenza fra obiettivi economici e risultati clinici sono alla base del governo dell'utilizzo delle risorse in beni e dispositivi e sono i temi strategici sui quali concentrare l'attenzione del prossimo triennio.

Dovranno proseguire le azioni finalizzate a garantire l'appropriatezza prescrittiva ed un approccio EBM sulle aree terapeutiche a maggior impatto (terapie con biologici, infettivologici, antibiotici, farmaci ad alto costo, farmaci innovativi dispositivi medici a forte impatto, ecc) e questo sia per quanto riguarda la prescrizione in Ospedale sia per quella territoriale (diretta o indotta dallo specialista).

### **Governo dell'assistenza farmaceutica dell'utilizzo dei Dispositivi Medici e della richiesta indagini**

Le azioni specifiche di governo dell'assistenza farmaceutica sulle quali attenzionare i prescrittori e gli ambiti di intervento saranno come sempre declinate avendo a riferimento i contenuti delle indicazioni regionali:

1. Adesione alle indicazioni prescrittive individuate per alcune molecole target per impatto sulla salute, sulla sicurezza e sulla spesa (antibiotici, PPI, sartani, statine, eparine, antidiabetici, oncologici reumatologici, alto costo, TAO/NAO .... trattamento DMLE ) con promozione dell'appropriatezza prescrittiva (costo opportunità, stewardship antimicrobica.....) in ambito ospedaliero e sul territorio, con ampio ricorso ai biosimilari;
2. Governo interaziendale della prescrizione dei farmaci ad alto costo (biologici, infettivologici, antiretrovirale HIV, epatite C, reumatologici, oncologici) con stima/programmazione dei livelli di consumo attesi su base provinciale e presidio delle azioni di promozione dell'appropriatezza d'uso e di gestione del rischio (si veda in particolare le terapie innovative ad alto costo con criticità di impiego in termini di sicurezza e rischio di inappropriately);
3. Adesione alle raccomandazioni o alle linee di indirizzo sull'uso di farmaci e di dispositivi medici prodotte da gruppi regionali o locali (es GREFO);
4. Corretta alimentazione dei flussi informativi farmaci e dispositivi medici, prescrizione informatizzata e compilazione del database oncologico (DBO), compilazione dei registri di monitoraggio disponibili sulla piattaforma SOLE (per il governo dell'appropriatezza nell'uso) e sulla piattaforma AIFA (per la gestione rimborsi di condivisione del rischio, es. payment by results, costsharing...), prescrizione informatizzata delle terapie oncologiche orali, al fine di una corretta e completa (anche istotipo e markers specifici) alimentazione del data base oncologico regionale;
5. Interventi in materia di farmacovigilanza, dispositivovigilanza e rischio clinico finalizzati alla corretta sensibilizzazione dei prescrittori; a questo proposito con riferimento ai dispositivi (DM), sarà posta particolare attenzione alla sensibilizzazione degli operatori sanitari alla sicurezza di impiego, al rafforzamento del sistema di vigilanza/sorveglianza del mercato, agli obblighi di segnalazione degli incidenti e al successivo iter (rintracciabilità del prodotto, conduzione delle indagini cliniche ...).
6. Governo del complesso percorso di introduzione di nuovi dispositivi, con sviluppo di specifiche competenze e di processi decisionali fondati su EBM ed HTA, avvalendosi anche di organismi strutturati come la Commissione Dispositivi Medici;
7. Produzione di reportistica a supporto della correttezza prescrittiva, presentazione delle stesse in ambiti ospedalieri e territoriali (NCP), promozione di audit clinici in tema di uso appropriato di farmaci e DM anche con riferimento all'ambito degli innovativi.
8. Definizione di profili di laboratorio per la valutazione di condizioni particolari (profilo oncologico, donna gravida, utilizzo mdc, ...)

### **Sicurezza delle cure**

Con particolare riferimento alla pianificazione e alla programmazione delle attività per il prossimo triennio 2021-2023, tenuto anche conto della necessaria rimodulazione degli interventi previsti nel triennio precedente rispetto al mutato contesto e alla gestione emergenziale, la pianificazione delle azioni del prossimo triennio sarà caratterizzata da un lato dal mantenimento e dallo sviluppo delle ormai consolidate attività di base, e, dall'altro, da una serie di altri interventi specifici e innovativi. Di seguito una sintetica rappresentazione:

- supportare la Direzione Strategica e i professionisti al fine di individuare le deficienze del sistema, ridisegnare processi più sicuri e gestire gli eventi di danno;
- monitorare e mappare i rischi attraverso l'analisi integrata delle fonti informative;

- predisporre, implementare e monitorare il Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio;
- svolgere attività di supporto, in tema di sicurezza delle cure, nell'adempimento di quanto previsto da normativa, programmi e obiettivi nazionali e regionali curando altresì il flusso dei dati di interesse verso la Regione e/o il Ministero (es. Incident Reporting, eventi sentinella, Vi.Si.T.A.RE, OssERvare, etc.);
- coordinare e/o collaborare alla elaborazione e/o implementazione di procedure, istruzioni operative e documenti in tema di sicurezza delle cure, anche attraverso l'attivazione di tavoli/gruppi di lavoro multidisciplinari;
- promuovere la diffusione e l'implementazione degli strumenti di gestione del rischio a tutte le articolazioni aziendali, anche attraverso la Rete dei Referenti per il rischio clinico e infettivo;
- definire i programmi formativi in tema di sicurezza delle cure e di gestione del rischio.

L'U.O.S. si avvale della collaborazione del Gruppo aziendale per la Gestione del Rischio che ha parte attiva nel lavoro preliminare finalizzato alla predisposizione del Piano-Programma, supportando il Direttore Sanitario, il Risk Manager e la Struttura aziendale Rischio Clinico nel processo di identificazione, integrazione e valutazione/analisi dei rischi con lo scopo di progettare, attuare e valutare l'impatto di azioni di miglioramento volte a impedire il verificarsi o il ripetersi degli eventi indesiderati.

Gli obiettivi per il prossimo triennio possono essere schematicamente riassunti come di seguito riportato:

- consolidare l'integrazione delle competenze del Servizio Qualità e Accreditamento con quelle della U.O.S. Rischio Clinico e della S.C. Igiene e Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza;
- consolidare l'integrazione delle competenze dell'U.O.S. Rischio Clinico con la S.C. Igiene e Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza nell'ambito di progetti regionali;
- consolidare l'integrazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale mediante analisi condivisa delle fonti informative di interesse e valutazione congiunta di rischi e cause/concause;
- consolidare l'integrazione con il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico per quanto attiene le tematiche di sicurezza della terapia farmacologica, Farmacovigilanza e nell'ambito del progetto regionale Vi.Si.T.A.RE;
- promuovere, unitamente al Servizio Unico Ingegneria Clinica, attività formative in tema di corretta gestione dei dispositivi medici e di segnalazione di eventi tramite il flusso della Dispositivovigilanza;
- consolidare l'integrazione tra U.O.S. Rischio Clinico e SIMT AOU attraverso la prosecuzione dell'attività formativa in tema di sicurezza della terapia trasfusionale;
- condividere le priorità e gli obiettivi di competenza in tema di sicurezza dei processi assistenziali;
- consolidare l'integrazione con l'URP attraverso una nuova modalità operativa di condivisione delle segnalazioni dei cittadini;
- identificare modalità di coinvolgimento e confronto con i cittadini, attualmente in corso attraverso i Comitati Consultivi Misti
- definire un percorso aziendale relativo alla segnalazione, gestione e correzione degli errori di identificazione degli assistiti; il raggiungimento di tale obiettivo risulta tuttavia incerto in relazione ad aspetti tecnologici (difficoltà di comunicazione tra i vari sistemi informativi in uso) e alla carenza di personale dedicato;

Inoltre, presente sia a livello ospedaliero che territoriale, la Rete dei Referenti integrata per la gestione del rischio e del rischio infettivo; stante la profonda riorganizzazione aziendale intercorsa anche in relazione al diffondersi della pandemia COVID-19, la ridefinizione della Rete e la successiva formazione agli operatori, rappresenta una

priorità per il prossimo triennio, ciò anche per consolidare il governo del rischio clinico e infettivo promuovendo una ulteriore stretta sinergia (U.O.S. Rischio Clinico, la S.C. Igiene e Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza, Nuclei Operativi per il controllo delle ICA e per l'uso responsabile degli antibiotici e Rete dei Referenti).

### **Governo del rischio infettivo**

Il governo del rischio infettivo è considerato di prioritaria importanza nell'ambito della politica aziendale finalizzata a garantire la sicurezza delle cure.

L'attuale organizzazione prevede la definizione annuale di un programma delle attività in seno al "Nucleo Strategico", organismo multiprofessionale e multidisciplinare che, oltre alla funzione di definire il programma delle attività, ha anche quella di verificarne e valutarne l'effettiva attuazione.

I contenuti del programma sono orientati sia alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), per il tramite della sorveglianza e controllo della diffusione nei diversi setting assistenziali e micro organismi (spec. Multiresistenti), sia alla promozione dell'utilizzo responsabile degli antibiotici. Il programma include anche interventi rivolti all'ambito Socio Sanitario.

L'attuazione delle attività previste dal programma è affidata a due "Nuclei Operativi", anch'essi multiprofessionali e multidisciplinari uno per il controllo delle ICA e l'altro per l'uso responsabile degli antibiotici, coordinati dalla U.O. Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza; quest'ultima in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Come già richiamato, è rilevante la Rete dei Referenti di UO per il governo del rischio infettivo e la gestione del rischio.

### **Prospettive per il triennio 2021 - 2023**

Si rimanda al Programma annuale la descrizione delle specifiche attività, ponendo attenzione alle indicazioni Regionali ed alle eventuali criticità locali e tenendo conto dell'evoluzione dell'emergenza pandemica.

### **Obiettivi rilevanti:**

- a) Governo del rischio infettivo con l'obiettivo di ponderare le risorse e dotarsi di una struttura organizzativa nei diversi contesti assistenziali.
- b) La pandemia da SARS-CoV-2 ha rivelato la fragilità dei setting assistenziali Socio Sanitari rispetto al rischio infettivo. Obiettivo è consolidare l'azione di supporto dell'Azienda a tali contesti coinvolgendo anche gli Uffici di Piano e il Dipartimento di Sanità Pubblica.
- c) Sinergia con l'AOU e con l'Ospedale di Sassuolo in modo da uniformare le indicazioni e i comportamenti.
- d) Coinvolgimento delle associazioni di volontariato attraverso anche interventi di informazione / formazione sul rischio infettivo.
- e) Consolidare alcune attività considerate di particolare rilevanza e oggetto di obiettivi specifici da parte della Regione:
  1. Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (SICHER). Obiettivi:
    - completare l'informatizzazione del processo di registrazione dei dati richiesti dal protocollo di sorveglianza in modo che possa avvenire in tempo reale e possa garantire un'elevata percentuale di procedure sorvegliate;
    - migliorare l'accuratezza dei dati registrati dai medici.

2. Sorveglianza di Alert Organism: consolidare l'attività di rilevazione, analisi e restituzione dei dati; garantire la compilazione delle specifiche schede di Sorveglianza delle Malattie Infettive e Alert (vedi Circolare Ministeriale "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi - CPE" del 26/02/2013 e indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP).
3. Igiene delle mani: migliorare ulteriormente il grado di adesione del personale ai 5 momenti indicati dall'OMS.

## Area Salute Mentale

Continueranno ad essere sostenute le iniziative volte a promuovere il protagonismo dei diretti interessati (utenti e familiari) e al contrasto a stigma e pregiudizio, secondo il modello del "social contact". In particolare sarà ampliata la dimensione regionale e nazionale di Mèt, la "Settimana dedicata alla Salute Mentale" – anche in versione "digitale" – in grado di coinvolgere migliaia di utenti, professionisti, Enti del Terzo Settore, cittadini.

Sarà rafforzato il programma dipartimentale orientato alla fascia di popolazione tra i 14 – 25 anni, di psicopatologia dell'adolescenza e dell'età giovane adulta e la presa in carico integrata tra i diversi ambiti assistenziali (NPJA, Salute mentale Adulti, Dipendenze patologiche), per garantire identificazione e presa in carico tempestiva e congiunta.

Verrà ulteriormente implementata con acquisizione di risorse l'attività del Centro diurno DCA, strutturato attraverso un percorso integrato tra i tre settori.

Proseguirà il monitoraggio delle ospedalizzazioni per la Salute Mentale Adulti, volto alla riduzione delle ammissioni ospedaliere a rischio di inappropriata. In particolare, l'attività di monitoraggio dell'occupazione dei posti letto dell'intera rete provinciale, nei diversi settori, consentirà il governo più efficiente della relativa spesa. Verrà sostenuto l'obiettivo di "Contenzione Zero" in tutti i reparti ospedalieri e residenziali, pubblici e del privato accreditato, della Provincia. Particolare attenzione verrà rivolta alle azioni per ridurre il ricorso al TSO. Al fine di evitare il prolungamento inappropriato di ricoveri ospedalieri, dovuto alla mancanza di sostegno domiciliare alle dimissioni, verrà sostenuta la formazione di assistenti familiari, di sostegno ai caregiver, attraverso la gestione "pubblica" e qualificata dell'assistenza familiare, dalla selezione al contratto. Nell'ambito della riorganizzazione delle funzioni assistenziali del settore Salute Mentale Adulti, verrà completata la dotazione di una RTI a gestione diretta presso ognuno dei 3 CSM capofila d'area (per l'area sud ciò prevede la ridefinizione del contratto con Villa Igea).

Verrà proseguito il processo di revisione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di alcune categorie di farmaci ad alto assorbimento di risorse, con l'attiva collaborazione del Dipartimento Farmaceutico, e la partecipazione di utenti e familiari. In tal senso, sarà promossa l'adozione di metodi e strumenti per la definizione di percorsi terapeutici condivisi. Verrà ulteriormente implementato lo sviluppo di iniziative volte alla presenza dei "cittadini competenti" / Utenti esperti nei CSM.

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0843 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario - NSG	0,18	0,15	0,12	0,15	Mantenimento/Miglioramento

IND0857 - Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	1,32	1,06	1,26	1,85	Mantenimento/Miglioramento per tendenziale riduzione
IND0858 - Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	31	26,47	14,46	23,5	Mantenimento/Miglioramento per tendenziale riduzione
IND0621 - Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,67	4,19	11,92	8,43	Miglioramento con riduzione e ritorno a valore pre-Covid
IND0622 - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,14	1,82	4,73	4,46	Miglioramento con tendenziale riduzione e ritorno a valore pre-Covid

#### 4.2.3 Area di performance dell'organizzazione

La dimensione organizzativa intesa come l'insieme strutturato di persone, tecnologie, strumenti e conoscenze rappresenta un'importante snodo dei significativi processi di riorganizzazione che si prospettano per il sistema sanitario anche alla luce del nuovo contesto collegato alla pandemia.

##### **La centralità degli aspetti organizzativi nel cambiamento del sistema.**

La difficoltà risiede nella capacità di rendere coerenti orientamenti, obiettivi strategici e l'organizzazione che, come detto, è caratterizzata da variabili complesse di tipo tecnico, connesse alle tecnologie e alla logistica delle strutture disponibili ma soprattutto umane, professionali e sociali, connesse cioè alle relazioni che si stabiliscono tra i soggetti all'interno dell'organizzazione. Come detto già prima della pandemia era stato avviato un profondo processo organizzativo interno alla direzione aziendale (staff, tecnostruttura) anche con riferimento al ruolo delle professioni sanitarie che dovrà essere ripreso. Occorrerà lavorare sulla valorizzazione delle diverse figure professionali e dare nuovo impulso alla formazione che sono elementi alla base della buona innovazione organizzativa e tecnologica.

Occorrerà pensare alla reingegnerizzazione dei processi aziendali, con particolare attenzione alla gestione degli elementi di criticità come ad esempio quelli di confine tra ambiti (sanitario e sociale ma anche articolazioni ospedaliere e territoriali) aree (programmazione, pianificazione e gestione) professionisti (non solo per diverse discipline/specialità/ruoli ma anche con riferimento alle diverse professioni) e dei processi che sono alla base di tali interazioni. Fondamentale il riordino dei flussi dei dati e soprattutto, la loro conversione in informazioni, che devono trovare corretta rappresentazione nella comunicazione interna ed esterna. Di rilievo, poi, lo sviluppo della pianificazione strategica e la contestuale implementazione di indicatori di performance (processo ma soprattutto di esito) per la misura dei risultati. L'aggiornamento dell'atto aziendale e del manuale organizzativo saranno il coronamento del processo di revisione organizzativa.

Del forte impegno all'integrazione tra le diverse Aziende pubbliche e con il Privato secondo un disegno di sistema comune che realizza quelle reti cliniche che sono alla base del riordino territoriale e ospedaliero (si vedano anche le programmazioni condivise in seno alla CTSS), si è già detto in altra parte del documento, qui di seguito, come richiesto dalla linee guida OIV si richiamano anche gli elementi connessi a all'applicazione di strumenti informatici.

## **Servizi al cittadino**

Verranno implementati i sistemi rivolti ai cittadini che consentiranno la possibilità di accedere ai servizi aziendali attraverso piattaforme digitali. In particolare è in fase di implementazione il portale che consentirà l'inoltro di istanze alla medicina di base. Nel corso del 2020 e 2021 si è assistito ad un aumento di utilizzo delle piattaforme digitali da parte dei cittadini quindi è ipotizzabile che su queste basi si possa assistere ad un successo di questo nuovo approccio. D'altro canto risulta cruciale la formazione del personale aziendale all'uso degli strumenti aziendali di comunicazione col cittadino.

## **Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico**

Con il D.l. n° 34 del 19 maggio 2020 (decreto rilancio) viene ribadita la centralità del Fascicolo Sanitario Elettronico quale strumento di raccolta della documentazione sanitaria per il cittadini. A tale scopo proseguirà il potenziamento del flusso che ne consente l'alimentazione sia in termini di volumi che di tipologia dei documenti inviati. Come da specifiche regionali e nazionali, nel corso del 2021 si provvederà ad attivare la firma elettronica dei documenti per i quali è prevista. Successivamente verranno gradualmente abilitate al sistema di firma le UUOO aziendali i cui operatori saranno chiamati ad apporre la firma elettronica sui documenti di propria competenza. Sarà quindi fondamentale la collaborazione dei professionisti che dovranno modificare l'operatività nella gestione dei documenti con la consapevolezza che il destinatario finale è il cittadino.

## **Cartella clinica**

Il triennio dovrà vedere l'individuazione e introduzione del sistema di cartella clinica elettronica e del sistema di prescrizione e somministrazione in tutte le UO di ambito medico e chirurgico dell'Azienda, da implementare anche le cartelle del territorio, da prevedere il superamento dell'archivio cartaceo attraverso l'attivazione di uno specifico contratto che prevede la scansione dei documenti ancora cartacei.

## **Telemedicina**

Proseguirà l'implementazione degli strumenti informatici per la Telemedicina, il teleconsulto e il monitoraggio dei pazienti a domicilio sia sul fronte dell'adozione delle tecnologie che sul fronte dell'integrazione delle informazioni con gli applicativi aziendali. Nell'ambito della Televisita e, più in generale della Telemedicina, risulta fondamentale l'adozione della delibera regionale che regolerà l'utilizzo della Telemedicina nelle aziende sanitarie sulla base del documento «Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina» approvato dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 17/12/2020. Gli ambiti di sviluppo futuro della telemedicina e teleconsulto riguardano:

- l'area della diagnostica di radiologia anche durante i meeting multidisciplinari che consentirà il passaggio agile ed efficace delle informazioni fra i professionisti;
- l'area della continuità assistenziale con la possibilità di implementare il teleconsulto nei confronti dei MMG e dei medici delle cure primarie e CRA. Ambiti di sviluppo del teleconsulto e teleriabilitazione riguardano anche il percorso dei pazienti trapiantati e con tumore al seno;
- in ambito nefrologico è previsto lo sviluppo della telemedicina in campo ambulatoriale e dialitico finalizzato a favorire la crescita dei pazienti selezionati per la metodica dialitica domiciliare.
- nell'ambito della Salute Mentale, verrà posta a regime l'implementazione del sistema informativo regionale per la salute mentale adulti (CURE) estendendolo alla NPIA e alle DP, attraverso il confronto tra

i professionisti e occasioni estensive di formazione al fine dell'utilizzo quotidiano dello strumento. Sarà particolarmente curata la funzione che CURE consente di Telemedicina e teleconsulto.

### **Migrazione dei sistemi al cloud**

Prosegue la migrazione dei sistemi aziendali sul datacenter Lepida. La criticità maggiore per questo progetto discende dalla numerosità e complessità delle integrazioni tra i differenti sistemi aziendali che richiedono l'intervento di numerosi soggetti per ogni sistema migrato al fine di minimizzare i disservizi per gli utenti.

### **Potenziamento della security**

Si prevede la manutenzione adeguativa dei sistemi nell'ambito della sicurezza sia attraverso upgrade tecnologici sia attraverso l'adozione di sistemi di monitoraggio. In un'ottica di sicurezza di sistema complessivo, non sono sufficienti le soluzioni tecnologiche ma è necessario cambiare l'approccio alla security attraverso interventi mirati di formazione specifica sul tema.

### **Flussi informativi**

Proseguirà l'attenzione agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi con il consolidamento e adeguamento dei flussi esistenti e l'impegno a rispondere nei tempi richiesti ai debiti informativi emergenti. In particolare si potenzieranno i sistemi di monitoraggio della correttezza dei flussi.

### **Integrazione con i sistemi delle altre aziende sanitarie della provincia**

Tutti i progetti prevedono condivisione ed all'integrazione con i Servizi IT dell'Azienda Ospedaliera e con quello del "Nuovo Ospedale di Sassuolo SPA", ed in particolare sui sistemi utilizzati dalle tre Aziende verranno fatti progetti congiunti e "unioni d'acquisto", con referenti di contratto e commissioni tecniche di entrambi i Servizi IT (sistema di controllo accessi al Pronto Soccorso, Firma Digitale Remota, Nuova Cartella Clinica, Nuovo Registro di sala operatoria, ecc).

### **Controlli sanitari**

Nell'ambito dei controlli sanitaria è in corso in uno stadio avanzato il progetto di informatizzazione delle attività di controllo che dovrà essere completato consentendo l'estensione delle attività di controllo effettuabili da postazione lavorativa (in linea con quanto già avviene per AOSP e OCB) a tutti gli ospedali del presidio e alla Sassuolo spa. Il progetto prevede anche il maggiore utilizzo delle piattaforme di call conferenze per tutte le attività di disamina congiunta, audit, incontri, staff.

### **Servizi sociali**

La semplificazione dell'accesso ai servizi sociosanitari, indicata nel PNRR in particolare nella riforma della legge quadro per le disabilità, deve essere preceduta a livello locale dal confronto tra Distretti e Servizi sociali sul ruolo agito dai Punti unici di accesso sociosanitari, sull'omogeneità dei modelli ma anche sulla coerenza tra questi modelli di intervento e le Centrali operative territoriali.

### **Medicina di iniziativa**

L'ulteriore sviluppo del modello dell'ambulatorio integrato per la presa in carico della cronicità delle Case della Salute e dell'assistenza domiciliare, intesi come equipe unica in integrazione con i Punti Unici di Coordinamento



sociali e sanitari per la presa in carico della popolazione richiede lo sviluppo di un adeguato sistema informativo/informatico. A tale scopo, partendo dall'analisi degli applicativi attualmente in uso in tale ambito, si implementerà un sistema maggiormente integrato e funzionalmente più ricco. Il progetto, inoltre, prevede l'utilizzo di tecnologie in modalità mobile per garantire la fruizione delle informazioni anche a domicilio del paziente e l'inserimento tempestivo dei dati clinico-assistenziali. Poiché le interazioni con soggetti esterni all'azienda sono piuttosto complesse (MMG, volontariato, servizi sociali, associazioni di pazienti, ...) è fondamentale il coordinamento di tutte le parti.

### **Piano Organizzativo Lavoro Agile**

Si prevede l'implementazione dei software di collaboration che dovranno supportare il lavoro di equipe anche in modalità agile. La loro diffusione e corretto utilizzo richiederà un adeguato piano di formazione a tutti gli operatori dell'azienda. Parimenti si acquisiranno tutte le tecnologie per garantire lo scambio di informazioni, di documenti in modo sicuro.

### **Adempimenti ai flussi informativi**

Sono prioritarie le attività eseguite e finalizzate alla tempestività, completezza e qualità nella rilevazione di tutti i flussi informativi regionali hanno riguardato i seguenti ambiti:

#### **SDO**

Adempimento alle indicazioni della tracciabilità dei pazienti covid e sospetti covid attraverso l'utilizzo della codifica ICD9CM come da indicazioni della Regione (PG 2020/210759 del 10/03/2020) e manutenzione dei setting assistenziali relativi alla dinamica dei posti letto (anagrafica dei reparti).

Dovrà essere migliorata la qualità di rilevazione dei dati del flusso informativo per le nuove necessità del Piano Nazionale Esiti e riferite in particolare a:

- data ora intervento inizio intervento per le procedure interventistiche di emodinamica, pneumologia ed endoscopia;
- frazione di eiezione, creatinina serica, pressione arteriosa;
- titolo di studio.

#### **ASA**

Sostituzione dell'attuale applicativo di raccolta di tutti i flussi informativi da vari applicativi sanitari per la produzione del flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA).

### **Posti letto ed occupazione giornaliera dei reparti:**

Proseguono le attività per dare seguito alle indicazioni di tracciabilità dei reparti Covid e sospetti Covid come da indicazioni della Regione (PG/2020/407729 del 03/06/2020), l'invio del flusso giornaliero dei posti letto e dei ricoveri giornalieri (accettazioni, trasferimenti e dimessi) utile al monitoraggio dell'occupazione giornaliera della disponibilità dei letti.

### **AFO, FED, DIME Adempimenti LEA C14 e C15:**

A seguito dell'avvio dell'applicativo di area amministrativo contabile (GAAC), vengono essere mantenute le attività volte all'analisi della completezza e qualità dei flussi informativi FED e AFO e DIME e dovranno essere gestite le anomalie rilevate.

#### **EMUR:**

Proseguiranno le attività di adeguamento alle richieste regionali riferite in particolare al monitoraggio del tempo di boarding e di processo.

#### **DB Clinici REAL, RERIC, RERAI, Sicher, SSCL, DBO oncologico, HIV**

Attività di adeguamento alle richieste regionali riferite in particolare al miglioramento della qualità dei flussi informativi e corretto linkage con i relativi flussi di riferimento (SDO, ASA, FED).

### 4.2.3 Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

A livello decentrato l'Ausl di Modena ha definito un Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza predisposto entro il 31 marzo<sup>7</sup>. Il PTPCT individua il grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, co. 5, l. 190/2012). Finalità del PTPCT è quella di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tal riguardo spetta all'Azienda USL di Modena valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende l'analisi del contesto (interno ed esterno), la valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) e il trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

Il Piano ha risposto alle seguenti esigenze:

- Individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, sulla base delle proposte dei Dirigenti;
- Prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione ed obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- Definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- Definire le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda USL di Modena ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti;
- Individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

---

<sup>7</sup> <https://www.ausl.mo.it/integrita>

## 4.3 Dimensione di performance della ricerca, innovazione e sviluppo

### 4.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica

Nel prossimo triennio l'Azienda intende impegnarsi a dare un forte impulso alla ricerca sui servizi sanitari. Tale ambito esamina e valuta l'utilizzo, la qualità, l'erogazione, l'accessibilità ed equità, l'organizzazione, il finanziamento e i costi, gli esiti e gli effetti dei servizi sanitari sugli individui e le popolazioni.

Al fine di comunicare verso l'esterno questo impegno dell'Azienda USL di Modena, verranno ricercate collaborazioni con gli ambienti accademici ed il settore produttivo del territorio impegnato nella ricerca sanitaria, clinica e tecnologica in modo da poter sviluppare congiuntamente le progettualità finalizzate al fabbisogno del cittadino.

Un approccio strutturato di relazioni con le istituzioni e le attività produttive, che conducono ricerca e generano innovazione nell'ambito della salute, può contribuire a far sì che i professionisti dell'Azienda sviluppino sia una più qualificata collaborazione alle progettualità proposte dall'esterno, sia una proattività nel cercare collaborazioni esterne per soddisfare i propri bisogni di conoscenza ed esigenze di valutazione del proprio operato.

L'Azienda intende valorizzare i propri ricercatori e favorire una convergenza tra le competenze scientifiche dei propri professionisti e gli oggetti di indagine che l'Azienda ritiene prioritari.

Una infrastruttura solida e qualificata è la premessa di una strategia i cui 'traccianti' sono rappresentati dalla definizione di regole condivise, di norme e percorsi comuni che si intrecciano sia all'interno che all'esterno dell'azienda, che siano riconosciute da chiunque come 'valore', l'etica, intesa come distinzione di ciò che è legittimo e giusto, la collaborazione, tra gli stessi professionisti e tra le istituzioni.

Per tali motivi, la struttura organizzativa della funzione Ricerca dovrebbe essere oggetto di una profonda rivisitazione, avvalendosi anche di un board aziendale per la ricerca e innovazione, per meglio rispondere alle esigenze di ricerca identificate dalla Direzione e a quelle della rete di ricercatori presenti nella AUSL di Modena, in accordo alla propria mission di servizio. È in corso l'individuazione degli obiettivi e delle azioni da intraprendere ad opera del board.

Ulteriore attenzione dovrà essere posta alle sperimentazioni cliniche in Azienda, in attesa dell'adozione del Regolamento Europeo n. 536/2014 (prevista per Gennaio 2022). Sulla base di alcune norme già operative è necessario prevedere l'"applicazione dei sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche", anche attraverso l'uso di specifiche professionalità nel campo della gestione dei dati e del coordinamento della ricerca (L. 3 dell'11 gennaio 2018 – "Legge Lorenzin"), inoltre è necessario prevedere, per i centri che effettuano sperimentazioni cliniche, la dotazione di specifiche risorse professionali (D. Lgs. 52 del 14 maggio 2019).

Attraverso la rilevazione delle pubblicazioni e degli studi presentati al Comitato Etico, verrà definita la mappatura delle reti scientifiche di riferimento dei professionisti e i loro ambiti di interesse.

Da ultimo, in accordo con i Dipartimenti verranno individuati i temi per i quali prevedere un servizio, da parte della Biblioteca Aziendale, di aggiornamento continuo sulle principali pubblicazioni scientifiche pertinenti, che possano fornire spunti e suggerimenti per la valutazione dei propri servizi e l'introduzione di nuovi interventi.

### 4.3.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo

La dimensione organizzativa (professionisti, strutture, tecnologie, strumenti e conoscenze), rappresenta un'importante snodo per i processi di riorganizzazione che si prospettano per il sistema sanitario resi ancor più sfidanti dalla pandemia. Come detto, l'impegno da porre in essere è quello di creare coerenza tra indirizzi/obiettivi strategici e organizzazione, le variabili in gioco che sono di natura tecnica, connesse alle tecnologie e alla logistica delle strutture disponibili ma, soprattutto, umane, professionali e sociali, collegate cioè alle relazioni che si stabiliscono tra i soggetti all'interno dell'organizzazione rendono l'impresa particolarmente complessa. Come anticipato, già prima della pandemia era stato avviato un profondo processo organizzativo interno alla direzione aziendale (staff, tecnostruttura) anche con riferimento al ruolo delle professioni sanitarie che dovrà essere ripreso e riempito di contenuti fattivi. Occorrerà nel prossimo triennio lavorare sulla valorizzazione delle diverse figure professionali e dare nuovo impulso alla formazione, che sono gli elementi fondanti dell'innovazione organizzativa e tecnologica, inoltre occorrerà pensare alla reingegnerizzazione dei processi aziendali, con particolare attenzione alla gestione degli elementi di criticità come ad esempio quelli di confine tra ambiti (sanitario e sociale ma anche articolazioni ospedaliere e territoriali) aree (programmazione, pianificazione e gestione) professionisti (non solo per diverse discipline/specialità/ruoli ma anche con riferimento alle diverse professioni) e dei processi che sono alla base di tali interazioni. Fondamentale il riordino dei flussi dei dati e soprattutto, la loro conversione in informazioni, che devono trovare corretta rappresentazione nella comunicazione interna ed esterna. Di rilievo, poi, lo sviluppo della pianificazione strategica e la contestuale implementazione di indicatori di performance (processo ma soprattutto di esito) per la misura dei risultati. L'aggiornamento dell'atto aziendale e del manuale organizzativo saranno il coronamento del processo di revisione organizzativa.

La programmazione delle attività inerenti la formazione del triennio 2021-2023 (formazione trasversale e dipartimentale), deve tener conto della promozione dello sviluppo di competenze di carattere tecnico-professionale, organizzativo-gestionale e comunicativo-relazionale, in coerenza con la realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale, degli obiettivi di mandato della Direzione e delle esigenze formative e degli obiettivi specifici declinati a livello delle strutture di staff e line e dei Dipartimenti.

Del forte impegno all'integrazione tra le diverse Aziende pubbliche e con il Privato secondo un disegno di sistema comune che realizza quelle reti cliniche che sono alla base del riordino territoriale e ospedaliero (si vedano anche le programmazioni condivise in seno alla CTSS), si è già detto in altra parte del documento, qui di seguito, come richiesto dalla linee guida OIV si richiamano anche gli elementi connessi a all'applicazione di strumenti e metodologie.

Nel prossimo triennio saranno diverse le attività messe in atto dall'Azienda USL di Modena in merito allo sviluppo organizzativo, a titolo esemplificativo ne elenchiamo alcune:

- Controlli Sanitari: attività di *mildfulness* e formazione sul personale su aspetti inerenti la comunicazione, il lavoro di *equipe*, la risoluzione dei conflitti;
- Sanità Pubblica: una particolare attenzione sarà dedicata anche nel prossimo triennio a mantenimento e sviluppo delle competenze tecnico-professionali degli operatori, attraverso i piani di formazione e aggiornamento predisposti annualmente. In particolare si evidenzia la necessità di sviluppare competenze professionali in ambito di gestione delle tematiche ambientali relativamente alle problematiche emergenti in materia (es. inquinamento da sostanze odorigene, esposizione a campi elettromagnetici, radioprotezione in riferimento alle funzioni assegnate ai DSP dal DLgs 101/2020);
- Rischio Clinico: promuovere, unitamente al Servizio Unico Ingegneria Clinica, attività formative in tema di corretta gestione dei dispositivi medici e di segnalazione di eventi tramite il flusso della Dispositivovigilanza;
- Salute mentale: verrà perfezionato e portato a regime il percorso avviato con la formazione di un Elenco di soggetti qualificati in grado di offrire servizi, percorsi e interventi in favore di persone in carico ai servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile, con l'obiettivo di fornire all'*equipe*

territoriali o unità di valutazione una pluralità di soggetti a cui rivolgersi per garantire il migliore intervento assistenziale, educativo ed abilitativo in relazione ai bisogni espressi, omogeneizzando l'offerta a livello inter-distrettuale a garanzia dell'equità di trattamento ai cittadini. L'obiettivo è quello di rafforzare i percorsi di integrazione socio sanitaria nelle prassi operative di presa in carico, sia sul piano professionale che sul piano della gestione amministrativa, in termini di efficienza, economicità e trasparenza, qualificando in particolare i percorsi realizzati con metodologia del budget di salute di cui alla DGR 1554/2015.

## 4.4 Dimensione di performance della Sostenibilità

### 4.4.1 Area di performance economico – finanziaria

Obiettivo prioritario delle Aziende del SSN, per quanto riguarda la performance economico-finanziaria è garantire un'ampia diffusione di cure, efficaci e sicure all'interno di un contesto economico-finanziario che prevede l'equilibrio nell'esercizio.

L'Azienda USL di Modena, proseguirà le attività già in essere relative al monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi secondo la tempistica definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare rendicontando puntualmente alla CTSS della Provincia di Modena.

In linea con quanto definito dalle normative, si procederà all'invio sia dei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi) che delle rendicontazioni trimestrali e periodiche, della corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali.

Nel corso del prossimo triennio l'Azienda USL di Modena, considerate le indicazioni delle Linee Guida nazionali e regionali, proseguirà le attività istituzionali relative alla compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario), le operazioni di verifica della correttezza delle scritture contabili, le iniziative volte al corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, sia economico che patrimoniale nonché alla corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA

Per il prossimo triennio proseguiranno le attività relative alla razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, nell'ottica di continua garanzia di erogazione dei LEA. Resta fermo l'impegno di riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR, garantendo un impiego efficiente della liquidità disponibile limitando le situazioni di utilizzo della modalità d'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). Pertanto si intenderà procedere al miglioramento dei percorsi organizzativi non efficienti sia nelle diverse fasi di processo della fatturazione passiva che nei processi di liquidazione, programmando un utilizzo proficuo delle risorse finanziarie.

La direzione aziendale sarà tenuta al puntuale invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, dei pagamenti relativi alle transazioni commerciali effettuati nell'esercizio, secondo quanto definito al Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Priorità di intervento per il prossimo triennio:

- Bilancio: la Direzione Aziendale, sta attuando azioni di revisione dei processi di governo con lo scopo di presidiare le attività e di salvaguardare l'interesse aziendale, nello specifico:
  - Area Crediti: sviluppo di attività che consentano un puntuale e sistematico monitoraggio delle somme dovute da parte di terzi, ivi comprese le attività di sollecito finalizzate alla riscossione delle stesse e all'interruzione dei termini di prescrizione;
  - Area Debiti: sviluppo di azioni finalizzate al miglioramento della gestione dei debiti vetusti e del mancato adempimento aziendale delle relative obbligazioni giuridiche;

- Gestione Liquidità: messa in atto di azioni finalizzate al contenimento del ricorso ad anticipazioni di tesoreria, di breve e medio periodo, limitandone i conseguenti oneri finanziari previsti.
- Acquisto beni e servizi: l'Azienda intende proseguire nelle more delle convenzioni in essere gestite a livello di Area Vasta da IntercentER: nello specifico trattasi di convenzioni relative all'acquisto di farmaci, dispositivi medici, servizi comuni (es. vigilanza o raccolta e smaltimento rifiuti). Al contempo, in ottemperanza all'art.21 del Nuovo Codice dei Contratti (D.Lgs.50/2016) l'Azienda elabora e pubblica sulla piattaforma SITAR la programmazione biennale e relativi aggiornamenti, per gli acquisti di beni e servizi, secondo le modalità del Decreto del MIT n.14/2018.
- Gestione tecnico patrimoniale: per quanto riguarda la gestione tecnica e patrimoniale delle infrastrutture e del patrimonio aziendale proseguiranno le attività propedeutiche a garantire la funzionalità delle strutture sanitarie aziendali mediante interventi di:
  - a. Manutenzione (ordinaria e straordinaria) finalizzata al mantenimento della sicurezza degli impianti e al miglioramento energetico, intendendo sia la manutenzione preventiva, che la manutenzione correttiva (per interventi su guasti, introducendo le necessarie misure per evitare interruzioni di servizio e/o guasti).
  - b. Trasformazione del patrimonio immobiliare per lo sviluppo edilizio, compresa la relativa programmazione di nuove strutture in fase di costruzione (il dettaglio nel paragrafo 4.4.2).
- Tecnologie biomediche: oltre alle attività di manutenzione correttiva saranno sviluppati piani di manutenzione preventiva programmata e piani di verifica di sicurezza elettrica e funzionale.
- Programma regionale gestione diretta dei sinistri: la Regione Emilia-Romagna, con la circolare N.12 del 28.11.2019 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, ha fornito alle Aziende indicazioni operative in merito all'applicazione dell'art.13 della L. 08/03/2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (c.d. legge Gelli), in riferimento all'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità; e degli artt.4 e 10, comma 4 circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche". Nel triennio 2021-23 sono previste le seguenti attività:
  - implementare l'allineamento ai tempi regionali previsti per la definizione dei sinistri con istruttoria medico-legale;
  - migliorare le modalità di effettuazione degli adempimenti ex art. 13 L. 24/2017, attraverso la sensibilizzazione dei professionisti rispetto all'obbligo normativo di essere dotati di indirizzo PEC. Ciò con prevedibile miglioramento delle possibilità comunicative nei confronti dei professionisti stessi e conseguente riduzione delle tempistiche di gestione del sinistro;
  - incrementare il coinvolgimento dei professionisti allo scopo di individuare figure specialistiche dotate delle necessarie competenze in ambito clinico e giudiziale, al fine di migliorare la valutazione del caso concreto in tema di responsabilità sanitaria;
  - completare lo smaltimento dei sinistri pregressi in gestione assicurativa ancora pendenti, compatibilmente con la tempistica dei contenziosi in corso.

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-20	-15,2	-22,6		Mantenimento/Miglioramento
IND0363 - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	96,5	92,35	79,26	89,64	Miglioramento

Indicatore	AUSL MO 2018	AUSL MO 2019	AUSL MO 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
IND0365 - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	84,86	85,43	86,58	87,45	Miglioramento
IND0732 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	162,16	167,03	170,36	169,37	Miglioramento
IND0877 - Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)			14,49	16,5	Miglioramento
IND0878 - Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)			46,45	31,02	Miglioramento
IND0879 - Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)			7,42	10,31	Mantenimento al di sotto del livello Regionale
IND0880 - Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)			28,89	37,3	Mantenimento al di sotto del livello Regionale

La regione Emilia-Romagna ha avviato, negli anni scorsi, un progetto finalizzato alla predisposizione di un sistema unitario per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile (in seguito anche solo GAAC). Il sistema garantisce, da un lato, l'autonomia aziendale e, dall'altro, consente la realizzazione di sinergie gestionali, a livello sovra aziendale, assicurando, a livello regionale, i necessari strumenti di controllo e programmazione. Il sistema garantisce inoltre la gestione dei processi amministrativi-contabili e supporta le Aziende nelle attività finalizzate alla certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie.

Il percorso di implementazione prevede, per l'Azienda USL di Modena, l'attivazione di GAAC a partire dal mese di gennaio 2022.

Anche se l'implementazione del sistema GAAC è prevalentemente concentrata sulla gestione contabile ed amministrativa, lo sviluppo del sistema prevede anche la progressiva eliminazione dell'applicativo RAGES attualmente utilizzato per la interrogazione delle banche dati e la gestione delle schede budget da parte del Servizio Controllo di Gestione. Obiettivo per il prossimo triennio è il superamento dell'attuale modalità di interrogazione delle banche dati ed il passaggio a strumenti di BI che consentano di integrare sia i dati contabili che quelli di attività. In parallelo è opportuno prevedere anche un progressivo passaggio a strumenti più evoluti di gestione del processo di budget.

Nell'ambito del percorso di riorganizzazione associato alla attivazione del GAAC, l'obiettivo per il prossimo triennio è anche la riorganizzazione del sistema interno di reportistica. Occorrerà individuare per tempo le possibili interfacce (da coinvolgere ove possibile anche preventivamente alla stesura del presente documento allo scopo di valutare impatto). Tra le possibili criticità e gli ostacoli alla realizzazione delle attività programmate, si annoverano la necessità, da parte del Servizio Controllo di Gestione, di acquisire le competenze tecniche ed informatiche necessarie sia all'alimentazione che alla consultazione del nuovo applicativo, l'impegno di risorse umane e materiali necessario alla riorganizzazione della reportistica e da ultimo l'individuazione di uno strumento evoluto di gestione del percorso di budget. Le progettualità innovative/sfidanti anche sulla base delle riorganizzazioni derivate dalla pandemia, dovranno comportare l'acquisizione delle competenze per l'utilizzo autonomo ed efficiente dell'applicativo GAAC e dell'applicativo di BI e soprattutto la generazione di un sistema capillare di diffusione delle informazioni alle articolazioni aziendali.



#### 4.4.2 Area di performance degli investimenti

I principali investimenti dell’Azienda USL di Modena, inerenti il prossimo triennio riguardano:

- Lavori:
  - Adeguamenti prevenzione incendi ospedali;
  - Interventi edilizi strutturali per Case delle Salute e Ospedali di comunità (dettaglio nei paragrafi precedenti)
  - Interventi di efficientamento energetico;
- Tecnologie Biomediche:
  - Acquisto nuove tecnologie di diagnostica pesante;
  - Acquisto tecnologie correlate alla gestione della pandemia da Covid-19;
  - Attrezzature per emergenza – urgenza, sia territoriale che relativa ai PS aziendali
- Tecnologie informatiche:
  - Tecnologie a supporto progetto GRU;
  - Tecnologie a supporto progetto GAAC;
  - Ammodernamento tecnologie informatiche;

Si riportano di seguito le schede del piano investimenti 2021-2023 e gli indicatori di monitoraggio del Piano delle Performance sugli investimenti.

#### PINV 2021-2023 – SCHEDA 1

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimen to da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	HCFE - Adeguamento prevenzione incendi Ospedale di Castelfranco	1.500.000,00	704.584,40		
Lavori	Adeguam. prevenzione incendi Sedi Distrettuali (art.20 4. fase int H18)	308.000,00	1.000.000,00	500.000,00	
Lavori	H Pavullo - Adeguamento degli impianti meccanici del comparto operatorio	47.313,79			
Lavori	Interventi di adeguamento funzionale e normativo Ospedale di Carpi (collegam.dedicato vecchie/nuove SSO) (art. 20 IV 2° stralcio - AP 29)	552.427,52			
Lavori	Opere per la messa in sicurezza Ospedale di Pavullo nel Frignano	601.045,79			
Lavori	Realizzazione di un nucleo di cure primarie strutturali a Modena	1.338.129,76			
Lavori	H Carpi - Scala sicurezza corpo 4	14.788,77			

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	Realizzazione residenza per trattamento intensivo RTI pazienti psichiatrici (Carpi)	132.800,90			
Lavori	Carpi - Casa della Salute	2.000.000,00	953.727,47		
Lavori	Ristrutturazione e miglioramento del complesso ospedaliero di Castelfranco Emilia, finalizzato al riassetto complessivo dei servizi sanitari destinati al territorio ed alla realizzazione di un Hospice	352.838,08			
Lavori	DSM_ D3_nuova sede Dipendenze Patologiche in via Nonantolana	426.873,43			
Lavori	Adeguamento normativa antincendio ospedali Vignola e Pavullo	1.000.000,00	667.200,49		
Lavori	Presidio Ospedaliero e Strutture sanitarie - Adeguamenti urgenti impianti e presidi antincendio in attuazione delle prescrizioni del DM 19/03/2015 (Accorpamento interventi 2015/06 e 2015/07 del PINV 2015-2017)	532.000,00	200.000,00		
Lavori	H.15 Interventi di completamento per laboratorio istopatologia e servizi generali ospedale di Baggiovara	153.164,00			
Lavori	Adeguamento e messa a norma Centro Prelievi Ospedale di Pavullo (art. 20 4ª fase int. H19)	71.388,81			
Lavori	Hvignola Trasferimento CUP c/o ex laboratorio 1° stralcio	286.064,19	500.000,00		
Lavori	Completamento degli interventi di prevenzione incendi Ospedale di Castelfranco Emilia	327.469,10			
Lavori	H Mirandola - Interventi edilizi, strutturali ed impiantistici per la ristrutturazione del Corpo 02 dell'Ospedale di Mirandola e	3.000.000,00	722.408,54		

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
	adeguamento del centro prelievi				
Lavori	D3 Modena - Nuova sede Medicina dello Sport in edificio messo a disposiz dal Comune (Progetto SF/07/16)	774.548,00			
Lavori	H Mirandola – Progetto di riqualificazione dei parcheggi interni	120.000,00			
Lavori	Senologia e Screening Mammografico - Policlinico	200.000,00			
Lavori	H Pavullo Riassetto Area emergenza urgenza.	1.879.366,06			
Lavori	D4 Formigine, Villa Bianchi Casa della Salute	200.000,00	235.218,12		
Lavori	H Carpi – Camere Ardeni - 1° Step	519.547,21			
Lavori	H Carpi – Day Hospital Oncologico	230.000,00			
Lavori	H Baggiovara – Laboratorio Analisi	155.977,00			
Lavori	Ospedale di Carpi - sostituzione di due gruppi frigoriferi obsoleti e rumorosi con nuovi ad alto rendimento e basso impatto acustico.	300.000,00	249.615,11		
Lavori	Ospedale di Pavullo - Realizzazione di impianto di cogenerazione e intervento di efficientamento energetico su impianto di illuminazione.	275.000,00	272.785,80		
Lavori	Ospedale di Mirandola - intervento di efficientamento energetico ricompreso nel prog. D/02/16 interventi edilizi strutturali e impiantistici per la ristrutturazione del corpo 02.	428.000,00	642.000,00		
Lavori	Nuovo Ospedale Sassuolo - Manutenzioni Straordinarie indifferibili Spogliatoi + Amb. Chirurg. - Anno 2021				
Tecnologie_biomediche	Pavullo. Nuivo PS e SALE OPERATORIE (monitor (3), testa letto (4), passamalati	40.000,00			

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
	e un piano trasferibile) e sistemi sterilizzazione				
Tecnologie_biomediche	Centro Screening via del Pozzo-sostituzione tavolo stereotassico	150.000,00			
Tecnologie_biomediche	Carpi-Ecografi	70.000,00			
Tecnologie_biomediche	DSP- apparecchiature per igiene pubblica e medicina dello sport	20.000,00			
Tecnologie_biomediche	Modena-Attrezzature acquistate con donazioni (altre)	300.000,00			
Tecnologie_biomediche	Modena - Sostituzione fuori uso e piccole attrezzature (ottiche, aspiratori, pompe infusione, frigoriferi, pulsossimetri, ventilatori Bipap, ...)	120.000,00			
Tecnologie_biomediche	Vignola-TAC	600.000,00			
Tecnologie_biomediche	Mirandola-TAC	600.000,00			
Tecnologie_biomediche	Acceleratore lineare	300.000,00			
Tecnologie_biomediche	Emergenza Coronavirus - Anno 2021	650.000,00			
Tecnologie_biomediche	PS Carpi attrezzature per	568.800,00			
Tecnologie_biomediche	PS Mirandola, attrezzature per	146.400,00			
Tecnologie_biomediche	PS Pavullo, attrezzature per	146.400,00			
Tecnologie_biomediche	PS Vignola, attrezzature per	146.400,00			
Tecnologie_biomediche	Terapia Subintensiva Mirandola, attrezzature per	74.420,00			
Tecnologie_biomediche	Terapia Subintensiva Carpi, attrezzature per	74.420,00			
Tecnologie_informatiche	GRU - Progetto + manutenzione	10.936,43			
Tecnologie_informatiche	GAAC	26.541,78			
Tecnologie_informatiche	SW gestione dell'attività dei medici competenti delle Aziende Sanitarie della Regione	80.000,00	40.000,00	40.000,00	
Tecnologie_informatiche	DSM - Nuovo applicativo Regionale	300.000,00	300.000,00		
Tecnologie_informatiche	Ammodernamento tecnologie ICT - APB14 -	1.500.000,00			
Tecnologie_informatiche	Investimenti Sistemi Informatici Anno 2020-2021	700.000,00			

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Tecnologie_informatiche	Manutenzioni Straordinarie ed evolutive	180.000,00			
Tecnologie_informatiche	Intervento per bonifica AVR-RT	26.303,26			
Tecnologie_informatiche	Fondo FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)	749.981,08			
Tecnologie_informatiche	Attrezzature informatiche acquistate con commessa/donazioni - Anno 2021	100.000,00			
Tecnologie_informatiche	Emergenza Coronavirus - Anno 2021	100.000,00			

**PINV 2021-2023 – SCHEDA 2**

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	H Carpi Endoscopia e Chirurgia Multifunzionale (Donazioni Ordinanza 37 del 21-3-2013 e successive)	500.000,00	514.264,19		
Lavori	Ristrutturazione sedi attività distrettuali presso ex H Modena	476.127,94	1.000.000,00		
Lavori	Realizzazione Hospice Area Sud	200.000,00	1.300.000,00	1.300.000,00	
Lavori	Castelfranco Emilia – Casa della Salute	800.000,00			
Lavori	Realizzazione della Casa della Salute Polo Sud Ovest Modena.	1.500.000,00	1.500.000,00	2.110.000,00	
Lavori	Trasferimenti a seguito Piano Sedi MODENA e ridisegno sedi NPIA	1.000.000,00	726.594,16		
Lavori	Riassetto Sede Modena Soccorso per Centrale Operativa Unificata Trasporti Secondari (COUTS) 1° Step	500.000,00			
Lavori	H Carpi - Riassetto Neurologia	120.000,00			
Lavori	Realizzazione Hospice Area centro - Modena		2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00
Lavori	Miglioramenti e messa a norma corpi di fabbrica - Casa della Salute Castelfranco Emilia				
Lavori	Interventi di ristrutturazione per completamento Corpo di fabbrica 02 - Ospedale di Mirandola.				
Lavori	Adeguamento impiantistico e aggiornamento sistema monitoraggio Ospedale di Carpi. 4 ppII TSI	152.076,00	297.924,00		
Lavori	Adeguamento impiantistico e aggiornamento sistema di monitoraggio Ospedale di Mirandola. 4 ppII AC/AM	297.924,00			
Lavori	Ampliamento e riassetto PS Ospedale di Carpi	3.449.376,00			
Lavori	Riassetto distributivo PS Ospedale di Mirandola	1.783.980,00			
Lavori	Ampliamento e riassetto PS Ospedale di Vignola	1.000.000,00	577.725,68		
Lavori	Adeguamento PS provvisorio Ospedale di Pavullo nel Frignano	401.380,00			
Tecnologie_biomediche	Vignola-Pavullo - Strumenti endoscopia. Noleggio	-			
Beni_economali (*)	118- ambulanze (n.1 2021)	70.000,00			

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Tecnologie_biomediche	Modena-adeguamento SYRIUS superamento TGUARD (monitoraggio T frigo)	30.000,00			
Tecnologie_biomediche	Modena-Aggiornamento ENDOX e ampliamento BRONCOX (mirandola)	50.000,00			
Tecnologie_biomediche	Modena-Adeguamento MUSE e ECG collegati	40.000,00			
Tecnologie_biomediche	Modena-Adeguamento PACS a rilevazione dose RX (noleggio)	-	-	-	
Tecnologie_biomediche	CA-MI Apparecchiature oculistica	260.000,00			
Tecnologie_biomediche	Mirandola-ortopantomografo	40.000,00			
Tecnologie_biomediche	Modena-Attrezzature acquistate con commesse	50.000,00			
Tecnologie_biomediche	Modena - Apparecchiature indifferibili per territorio e/o domicilio (microinfusori per diabetici e diabetici pediatrici, pompe infusione, ...)	200.000,00			
Tecnologie_biomediche	Screening-Mirandola mmaografi (n.2) Noleggio				
Beni_economici	Arredi e attrezzature acquistate con commessa/donazioni				

### PINV 2021-2023 – SCHEDA 2BIS

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	Realizzazione nuovo centro di cure primarie presso H Finale Emilia adeguamenti impiantistici e messa a norma Intervento 746	1.500.000,00	4.787.000,00	2.022.000,00	710.363,51
Lavori	F/10/2014 H Mirandola_ Ospedale Santa Maria Bianca - Corpo 8 Intervento 747		1.000.000,00	1.000.000,00	200.000,00
Lavori	Centro Servizi Mirandola corpo O9 Intervento 750	200.000,00	211.644,40		
Lavori	Concordia ex Padiglione Muratori Intervento 752 - Progetto D/09/15	450.000,00	206.393,61		

### PINV 2021-2023 – SCHEDA 3

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Ordine di realizzazione ipotetico (*)	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	Ristrutturazione con adeguamento sismico, adeguamento prevenzione					

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Ordine di realizzazione ipotetico (*)	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
	incendi ed efficientamento energetico					
Lavori	Sede San Giovanni del Cantone - adeguamento percorsi esodo: nuova scala esterna					
Lavori	Sede San Giovanni del Cantone - Interventi vari per adeguamento sicurezza D.Lgs 81/2008					
Lavori	Edifici Distrettuali - Completamento interventi adeguamento antincendio DM 19/03/15					
Lavori	H Mirandola - Interventi edilizi, strutturali ed impiantistici per la ristrutturazione del Corpo 02 dell'Ospedale di Mirandola-integrazione per miglioramento sismico - Fase 2					3.428.000,00
Lavori	Casa della Salute di Cavezzo 2°stralcio		50.000,00	300.000,00		
Lavori	D4 _ Sede distrettuale - Adeguamento depositi e seminterrato					
Lavori	D4 _ Sede distrettuale - Migliorie in materia di sicurezza					
Lavori	Campogalliano – Adeguamento Piano Terra per Centro Prelievi					
Lavori	TV a pagamento – Realizzazione impianti					
Lavori	San Felice sul P. - Casa della Salute					
Lavori	Montese - Casa della Salute					
Lavori	H Carpi - Riorganizzazione interna del Reparto di Pediatria					
Lavori	H Carpi - Realizzazione area ambulatoriale Ostetricia Ginecologia	2				
Lavori	H Carpi - Realizzazione dell' area di Nefrologia	3				
Lavori	Modena - DSM - La fattoria - Riassetto del Corpo ex Laboratorio					
Lavori	Sassuolo Villa Fiorita – Casa della Salute					
Lavori	AOS - Casa della Salute di Zocca					
Lavori	AOS - D6 Casa della Salute di Castelnuovo Rangone					
Lavori	Nuovo Ospedale di Carpi (MO)					
Lavori	Cofinanziamento per realizzazione Hospice Modena Nord					
Lavori	Interventi per potenziamento e rifunzionalizzazione dell'Ospedale di Mirandola.					
Lavori	Realizzazione Casa della Salute e nuovo Ospedale di Comunità di Vignola.					
Lavori	Nuovo OS.CO Carpi					
Lavori	Nuovo OS.CO Sassuolo					
Lavori	Nuovo OS.CO Modena					
Lavori	Azienda - Manutenzione Straordinaria per urgenze e sostituzioni					
Lavori	Nuovo Ospedale Sassuolo - Manutenzioni impreviste e imprevedibili - Anno 2021					
Lavori	Covid/vaccini e costi relativi - Anno 2021					
Lavori	Servizi territoriali di Vignola					



Macroarea (*)	Titolo Intervento	Ordine di realizzazione ipotetico (*)	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	Interventi riutilizzo aree Ex Caserma Setti					
Lavori	Palazzina di Castelfranco					
Lavori	Spogliatoi Ospedale Vignola					
Lavori	CdS Castelfranco - nuova scala e rampa disabili corpo 01					
Lavori	Carpi - Ricollocazione del DSP in sede esterna dell'ospedale					
Lavori	San Felice s/P - Valutazioni per il riuso della ex RSA "Il Picchio"					
Lavori	San Felice s/P Comunità "Il Ponte" - Studio modifiche per autorizzazione centro diurno					
Lavori	Sassuolo - CSM Casa Valentini - Riassetto del piano terra					
Lavori	Ospedale di Mirandola - Realizzazione Middle Care Area					
Lavori	Centro Servizi Baggiovara - Completamento e riuso spazi					
Lavori	Baggiovara - SPDC Adeguamenti ai fini della sicurezza del Reparto					
Lavori	Casa della salute di Pavullo					
Lavori	Casa della salute di Pievepelago					
Lavori	Mirandola Corpo 8 - intervento sismico		200.000,00	1.960.000,00	1.960.000,00	5.880.000,00
Tecnologie_biomediche	Modena - Ammodernamento frigoriferi obsoleti		-	-	-	
Tecnologie_biomediche	USL Sostituzione ecografi obsoleti			300.000,00	500.000,00	
Beni_economali (*)	118- ambulanze (n.3 2022-23)			270.000,00	270.000,00	
Tecnologie_biomediche	Modena-Aggiornamento RIS-PACS e WS			150.000,00	300.000,00	
Tecnologie_biomediche	Modena-Sistemi per telemedicina a supporto della specialistica e case della salute. Mirandola, Modena e Sassuolo			100.000,00	100.000,00	
Tecnologie_biomediche	Modena-Adeguamento LIS e PAGODA			20.000,00		
Tecnologie_biomediche	Modena-Adeguamento MUSE e ECG collegati 2022-23			40.000,00	40.000,00	
Tecnologie_biomediche	Modena-Apparecchiature per riduzioni rischio movimentazione carichi del personale (sollevatori, lettini elevabili, letti degenza, ..)			120.000,00	60.000,00	
Tecnologie_biomediche	Modena-CAD Sistemi per distribuzione diretta dispositivi per diabetici	3	30.000,00			
Tecnologie_biomediche	Carpi-Celle Frigo per Camera Mortuaria			30.000,00		
Tecnologie_biomediche	Pavullo-telestroke allargato			50.000,00		
Tecnologie_biomediche	Modena -Sostituzione fuori uso e piccole attrezzature (ottiche, aspiratori, pompe infusione, frigoriferi, pulsossimetri, ventilatori Bipap, ...)			600.000,00	600.000,00	500.000,00
Tecnologie_biomediche	Modena - CAL Dialisi- software gestione dialisi (con AOU)			60.000,00		
Tecnologie_biomediche	Pavullo -talecomandato e ossea			210.000,00	90.000,00	
Tecnologie_biomediche	Mirandola - RMN			800.000,00		
Tecnologie_biomediche	Castelfranco-TAC			550.000,00		
Tecnologie_biomediche	Carpi-RMN				900.000,00	
Tecnologie_biomediche	Mammografi (n.4)				240.000,00	240.000,00
Tecnologie_biomediche	Rinnovo sistemi diagnostici radiologici (n.14)				1.100.000,00	1.100.000,00
Tecnologie_biomediche	Carpi - colonne videochirurgia (n.2)			200.000,00		
Tecnologie_biomediche	Carpi - portatile radioscopio per endoscopia (n.1)			160.000,00		
Tecnologie_biomediche	Carpi - cartella riannimazione			100.000,00		

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Ordine di realizzazione ipotetico (*)	Investimento da realizzare nel 2021 (€)	Investimento da realizzare nel 2022 (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Tecnologie_biomediche	CA-MI-VI-PV sistemi anestesia			300.000,00	200.000,00	
Tecnologie_biomediche	USL Defibrillatori			100.000,00	100.000,00	
Tecnologie_informatiche	Nuova cartella clinica provinciale	1	1.500.000,00			
Tecnologie_informatiche	Nuovo software sale operatorie provinciale		150.000,00	450.000,00		
Tecnologie_informatiche	Emergenza Coronavirus		100.000,00			
Tecnologie_informatiche	Finanziamento per DEA I Livello (infrastruttura e datacenter)		1.300.000,00			
Tecnologie_informatiche	Rinnovo tecnologico e integrazione della Rete assistenza territoriale		1.500.000,00			
Tecnologie_informatiche	Interventi straordinari 2021					
Tecnologie_informatiche	Ammodernamento Dossier e software di integrazione		1.000.000,00			
Beni_economali	Arredi	1				
Beni_economali	Emergenza Coronavirus - Anno 2021					

Indicatore	AUSL MO - 2018	AUSL MO - 2019	AUSL MO - 2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
Rispetto del Piano investimenti					
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni					
Investimenti in tecnologie informatiche					

## 5 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

### 5.1 Sistema di valutazione delle performance OIV-SSR

L'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna (OIV-SSR), con la DGR 819/2021 ha definito le Linee Guida per lo sviluppo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance delle Aziende e degli Enti del SSR, tracciando le direttive per la stesura del Piano della performance 2021-2023, identificando le Dimensioni/Area della performance e relativi indicatori di risultato.

L'Azienda USL di Modena, in linea con gli indirizzi regionali, inserisce come parte integrante del presente documento gli indicatori già presenti nel Sistema informativo InSiDER da utilizzare come strumento di misurazione delle performance e di benchmark con le altre aziende della Regione. Tali indicatori nascono da diversi dashboard di misurazione delle performance nazionali e contengono gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e del Programma Nazionale Esiti.

E' importante sottolineare che quasi tutti gli indicatori di risultato si caratterizzano per essere definiti da soggetti terzi rispetto alle Aziende e per essere rilevati in modo oggettivo sulla base dei sistemi informativi in essere all'interno del Sistema sanitario regionale e nazionale.

I suddetti indicatori, con gli orientamenti aziendali per il triennio 2021-2023 sono allegati al presente documento e sono pubblicati sul sito aziendale al seguente link: <https://www.ausl.mo.it/pianoperformance>

### 5.2 Sistema di valutazione della performance organizzativa

Gli obiettivi di performance organizzativa dell'Azienda USL di Modena riguardano obiettivi e risultati attesi assegnati alle strutture (centri di responsabilità – dipartimenti – UU.OO.) e ai processi produttivi (percorsi).

Le dimensioni sulle quali viene effettuata la valutazione riguardano le dimensioni seguenti:

1. Qualità, quantità e appropriatezza;
2. Sostenibilità;
3. Accesso;
4. Esiti;
5. Equità;
6. Customer experience.

La valutazione è supportata da un chiaro e trasparente processo di individuazione e comunicazione di obiettivi e connesse responsabilità. Gli obiettivi possono derivare dall'assegnazione di progetti di particolare rilevanza aziendale ed essere aggiornati in corso d'anno, anche in relazione all'approvazione di documenti di programmazione o di orientamento dell'azione aziendale.

I diversi obiettivi possono essere pesati, in base alla loro rilevanza strategica, assegnando agli stessi una diversa importanza necessaria ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato. La definizione di obiettivi e la conseguente valutazione riguardano sia il comparto che la dirigenza. Gli obiettivi riferiti alle strutture devono

essere condivisi con tutti i professionisti delle stesse, ove necessario specificando quali obiettivi sono condivisi tra area dirigenza e comparto e quali invece sono specifici.

Il processo di valutazione della performance organizzativa, basato sullo schema definito nel processo di budget, mette in evidenza la valutazione (in %) della performance realizzata nell'anno dalle varie articolazioni organizzative.

Unitamente alla scheda budget, i direttori dei dipartimenti dovranno compilare una scheda di auto valutazione dell'anno trascorso. Tale scheda è articolata in una versione per il direttore di dipartimento e in una versione più di dettaglio per i responsabili delle UOC afferenti che renderanno i risultati raggiunti, sia sotto un profilo quantitativo che qualitativo, al loro valutatore. Quest'ultimo sintetizza i risultati e li invia alla direzione aziendale.

Dalla valutazione della performance organizzativa deriva il riconoscimento della premialità, che si traduce in retribuzione variabile secondo le quote e le regole stabilite dagli accordi integrativi.

### 1.3 Sistema di valutazione della performance individuale

Gli obiettivi individuali sono riferibili a contributi e obiettivi assegnati ai singoli professionisti e specifici della UO di appartenenza. Quest'area di valutazione riguarda il raggiungimento di obiettivi strategici ma non esclusivamente declinati nelle schede di budget e conseguibili principalmente da uno o più professionisti.

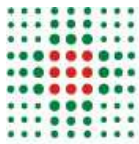
Questo sistema prevede l'assegnazione di obiettivi specifici ai professionisti, che poi saranno oggetto di valutazione e collegati al sistema premiante, come previsto negli accordi integrativi oppure a quali riconoscere un incentivo ulteriore rispetto alle quote base previste, recuperabili dalle "quote progetto specifiche" previste negli accordi integrativi.

In sede di valutazione, in questo ambito, trova espressione la valutazione del contributo individuale e dell'impegno agito per il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e/o individuali specifici.

## 6 COLLEGAMENTO CON ALTRI PIANI E DOCUMENTI

Il presente Piano è inserito ed è coerente con le previsioni di alcuni documenti puntuali di programmazione previsti dalle norme nazionali e regionali, di seguito elencati:

1. Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza;
2. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) – sezione dedicata (da pag. 94);
3. Piano Triennale Fabbisogno Personale;
4. Piano Triennale Azioni Positive;
5. Piano Investimenti;
6. Piano Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio 2020 – 2022 e integrazione Emergenza COVID-19;
7. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;
8. XI Legislatura Programma di Mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna.



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

# **Piano Organizzativo del Lavoro Agile**

**Sezione del Piano della Performance 2021 -  
2023**

## Sommario

1.	Premessa.....	96
2.	Il Piano Operativo Lavoro Agile (POLA) anno 2021 dell’Azienda USL di Modena.....	97
3.	La nostra esperienza .....	98
4.	Programma di sviluppo delle modalità di Lavoro Agile in Azienda USL di Modena .....	99
5.	Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile .....	99
6.	Riferimenti normativi .....	100

## 1. Premessa

Nel più ampio contesto delle politiche regionali di innovazione e qualificazione del SSR, l'Azienda Usl di Modena sta sviluppando alcune linee di azione orientate alla valorizzazione e allo sviluppo professionale del personale dipendente, anche attraverso la promozione di modalità organizzative di resa della prestazione lavorativa più flessibili, sia in relazione alle esigenze di innovazione delle modalità di organizzazione del lavoro delle aziende sanitarie, che al fine di migliorare la qualità del lavoro e il benessere organizzativo dei lavoratori, e di favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

In questo scenario la gestione delle misure emergenziali legate all'epidemia Covid-19 ha portato anche l'Azienda Usl di Modena ad introdurre lo strumento del Lavoro Agile – Smart Working, attraverso le modalità semplificate previste dalla legislazione di emergenza.

Questa fase di sperimentazione può quindi rappresentare una utile base di partenza al fine di favorire lo sviluppo di una ulteriore fase, di tipo progettuale, finalizzata alla diffusione, secondo le modalità ordinarie, dell'istituto in esame.

Come esplicitato nei paragrafi successivi, l'esperienza vissuta a partire dal mese di marzo 2020, consente l'Azienda USL di Modena di formulare alcune considerazioni che certamente orienteranno lo sviluppo futuro di nuovi approcci e regolamentazioni del Lavoro Agile.

In particolare l'aumentata complessità delle esigenze sociali e delle organizzazioni chiamate a rispondere ai bisogni delle persone porta necessariamente tutto il mondo del lavoro – anche nelle organizzazioni pubbliche – ad una visione dell'organizzazione del lavoro maggiormente orientata verso forme di flessibilità spazio – temporale delle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, e orientata maggiormente verso la definizione di obiettivi da raggiungere più che di attività da eseguire.

La sottolineatura della visione del lavoro come attività sociale e relazionale porta necessariamente a considerare il Lavoro Agile come modalità da alternare all'attività lavorativa svolta in presenza nelle sedi aziendali, per evitare il rischio dell'isolamento domestico e a considerare come prioritario l'investimento in tecnologie ICT che permettano di lavorare in modo più flessibile utilizzando meccanismi di coordinamento e di direzione diversi dal tradizionale controllo a vista basato sulla presenza fisica del dipendente.

Il graduale superamento delle rigidità tipiche della compresenza spazio-temporale dei lavoratori deve svilupparsi in un contesto diretto a sostenere azioni virtuose di cooperazione e condivisione costante delle informazioni tra i lavoratori, sempre più necessarie per raggiungere gli obiettivi propri di organizzazioni complesse, dinamiche e in continua evoluzione per rispondere ai bisogni del territorio regionale, quali sono le aziende sanitarie.

Su tali basi verrà sviluppato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile che è lo strumento di programmazione del Lavoro Agile, delle sue modalità di attuazione e di sviluppo.

Il Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce una delle sezioni del Piano della Performance Triennale di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.



In questo documento sono descritti sinteticamente i principi e le finalità del Lavoro Agile che nel triennio 2021-2023 sarà realizzato in modo graduale e progressivo, previa informativa con le OO.SS. di categoria e pieno coinvolgimento dei livelli decisionali.

## 2. Il Piano Operativo Lavoro Agile (POLA) anno 2021 dell'Azienda USL di Modena

Il POLA individua le modalità attuative del Lavoro Agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

Pertanto il POLA si configura come lo strumento di programmazione del Lavoro Agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza pluriennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

Ai fini della stesura del presente POLA per l'anno 2021 è necessario tenere conto delle disposizioni in materia di Lavoro Agile presso le amministrazioni pubbliche vigenti alla data di adozione del presente Piano della Performance 2021-2023 e che risentono delle modifiche apportate dal D.L. n. 56 del 30/04/2021 a quanto già previsto all'art. 263 del D.L. 19/05/2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

Nello specifico il suddetto impianto normativo prevede che le P.A., fino alla definizione della disciplina del Lavoro Agile da parte dei contratti collettivi e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, "in deroga alle misure di cui all'articolo 87, comma 3, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, organizzano il lavoro dei propri dipendenti e l'erogazione dei servizi attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro, rivedendone l'articolazione giornaliera e settimanale, introducendo modalità di interlocuzione programmata, anche attraverso soluzioni digitali e non in presenza con l'utenza, applicando il Lavoro Agile, con le misure semplificate di cui al comma 1, lettera b), del medesimo articolo 87, e comunque a condizione che l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini ed imprese avvenga con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.". Pertanto le suddette disposizioni hanno prorogato fino al 31 dicembre 2021 l'accesso al Lavoro Agile secondo le modalità semplificate proprie della fase emergenziale (quindi senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale) e superando il riferimento alla soglia minima del 50% in precedenza prevista (riferita al personale impiegato nelle attività che possono essere svolte con questa modalità).

Sulla base di quanto specificatamente indicato in merito nelle "Linee Guida per lo Sviluppo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nelle Aziende e negli enti del SSR" adottate con DGR nr. 132 del 01/02/2021, in fase di prima applicazione, le aziende ed enti del SSR nella stesura del POLA - quale sezione del Piano della Performance relativo al triennio 2021-2023 - focalizzano l'attenzione sulla programmazione del passaggio entro il 31/12/2021 della modalità di

Lavoro Agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in coerenza con le “Linee guida regionali per l’avvio di una sperimentazione per l’introduzione all’interno delle aziende ed enti del SSR dell’istituto del Lavoro Agile secondo modalità ordinarie” trasmesse con nota della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare prot. n. 68048 del 27 gennaio 2021, demandando in tal modo l’introduzione del Lavoro Agile secondo le modalità ordinarie a partire dall’anno 2022 e programmando per il 2021 l’avvio e il graduale completamento all’interno delle diverse articolazioni organizzative interne della mappatura delle attività, stabilendo anche i relativi criteri di priorità.

### 3. La nostra esperienza

Tutto ciò premesso si ritiene utile riportare brevemente l’esperienza che questa Azienda ha sviluppato sul tema del Lavoro Agile.

Tra ottobre e dicembre 2019 è stata presentata all’Organismo Paritetico per l’Innovazione di Area Comparto la prima stesura della proposta di regolamentazione aziendale in merito e si sono tenuti 2 incontri di confronto e discussione sul tema.

Dopodiché la gestione della fase emergenziale COVID-19 ha esponenzialmente e forzatamente accelerato la diffusione e praticabilità di forme di Lavoro Agile nell’ottica della promozione di modalità lavorative più flessibili, rispettose del principio di conciliazione tempi di vita e di lavoro e, in generale, del benessere organizzativo.

A partire dal mese di marzo 2020 l’attivazione delle modalità straordinarie di attivazione del Lavoro Agile ha progressivamente riguardato 750 operatori nella nostra Azienda, dato che va ovviamente valutato tenendo conto della tipicità delle prestazioni assistenziali rese da una organizzazione socio-sanitaria e della necessaria presenza fisica richiesta per l’erogazione della maggior parte di queste. L’esperienza COVID ci ha permesso tuttavia di sperimentare l’applicazione della Telemedicina anche nella cura a distanza o più in generale nella disponibilità di servizi all’utenza anche a distanza.

Dopo più di un anno, questa “sperimentazione del Lavoro Agile” ci ha consentito di mettere a fuoco alcuni aspetti essenziali la sua implementazione in via ordinaria in Azienda nonché per la definizione del POLA:

1. Lo sviluppo di forme di Lavoro Agile è un tema che riguarda le forme **di organizzazione del lavoro**, nel senso che il Lavoro Agile si sviluppa all’interno di modalità organizzative che lo riconoscono, sostengono e valorizzano. Da qui l’opportunità/necessità per i servizi di mettere a fuoco **modelli organizzativi e piani di lavoro coerenti e compatibili** con la realizzazione delle attività specifiche da una parte e la possibilità/opportunità offerte dal Lavoro Agile dall’altra.
2. Per gestire al meglio gli **aspetti relazionali (tra Responsabile e Collaboratori e all’interno del gruppo di lavoro)** l’opportunità del Lavoro Agile va attuata in modo equo, tenendo conto delle attività specifiche dei singoli operatori, delle necessità dei singoli e dell’equilibrio complessivo nel rapporto tra team di lavoro e attività da realizzare/obiettivi da raggiungere. Anche questo aspetto porta il focus sull’Organizzazione del Lavoro e sulla capacità di gestire le relazioni con e tra il team.
3. La necessità che vi sia un Servizio dell’organizzazione dedicato all’implementazione, sviluppo e monitoraggio del Lavoro Agile in Azienda con un ruolo di supervisione organizzativa e accompagnamento dei livelli gestionali nella messa in campo di strumenti relazionali e

organizzativi adeguati (Piani di Servizio, modalità di Team Work, strumenti di monitoraggio e feed-back, ecc.), in cui si inserisce l'opportunità/possibilità del Lavoro Agile.

Tali aspetti sono stati messi a fuoco anche tramite una survey interna tenuta nel mese di ottobre 2020 e rivolta ai Responsabili dei Servizi coinvolti dallo smartworking che ci ha consentito di mettere a fuoco le forme organizzative adottate per rispondere all'emergenza, le criticità emerse e le richieste per l'implementazione a regime.

Sulla base dell'esperienza vissuta durante la fase emergenziale, nonché delle "Linee guida regionali per l'avvio di una sperimentazione per l'introduzione all'interno delle aziende ed enti del SSR dell'istituto del Lavoro Agile secondo modalità ordinarie" il Servizio Sviluppo Organizzativo, Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane ha revisionato il testo di regolamento sull'istituto del Lavoro Agile a suo tempo condiviso con l'OPI di Area Comparto.

#### 4. Programma di sviluppo delle modalità di Lavoro Agile in Azienda USL di Modena

Questa la road map al 31.12.2021 per giungere all'implementazione in via ordinaria dell'istituto del Lavoro Agile sarà la seguente:

- **Agosto – Ottobre 2021** -> condivisione della regolamentazione aziendale in materia di Lavoro Agile con OPI e Rappresentanze Sindacali;
- **Ottobre 2021** -> adozione della regolamentazione aziendale;
- **Ottobre – Dicembre 2021** -> Incontri con i responsabili delle unità organizzative per la presentazione del regolamento e la definizione dei Piani Operativi delle Attività, degli accordi individuali da allegare ai contratti, dei sistemi di monitoraggio e verifica e dei sistemi di sicurezza e tutela da garantire. Allestimento dei dispositivi organizzativi necessari per assicurare l'attualizzazione e implementazione dello smartworking, compresa la comunicazione interna, la formazione, la messa in campo di strumenti di monitoraggio ed implementazione dei miglioramenti eventuali in risposta alle necessità aziendali.

#### 5. Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile

Di seguito si descrivono i principali attori coinvolti nel processo di organizzazione e monitoraggio del Lavoro Agile nell'Azienda USL di Modena:

- Dirigenti quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi del servizio di propria competenza, con una particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto, all'assicurazione di percorsi formativi e informativi per tutto il personale e, infine, al monitoraggio dei risultati ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa;
- Comitato Unico di Garanzia (CUG), seguendo le indicazioni della Direttiva n. 2/2019 che ne ha ulteriormente chiarito compiti e funzioni, verrà valorizzato il ruolo dei CUG che esprime pareri e

formula contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del Lavoro Agile ponendo particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alla promozione della parità di genere e al benessere organizzativo;

- Organismo Indipendente di Valutazione unico regionale (OIV) è coinvolto nel processo di definizione di una metodologia adeguata per l'attuazione delle misure organizzative volte alla programmazione del Lavoro Agile, in coerenza con le Linee di Indirizzo "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" adottate dal Ministero della Pubblica Amministrazione. L'OIV unico regionale definisce i tempi e i modi di implementazione e gli indicatori di misurazione del Piano Organizzativo per il Lavoro Agile (POLA) nelle aziende del SSR. All'Organismo di Supporto Aziendale (OAS), che ha funzioni di collegamento e garanzia tra l'azienda e l'OIV unico per il SSR, spetta il compito di monitorare l'attuazione in ciascuna azienda attraverso la verifica della presenza delle misure contenute nel POLA tra gli obiettivi di budget assegnati ai Responsabili/Strutture coinvolte;
- Servizio ICT ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell'Amministrazione e nell'individuazione di percorsi di evoluzione tecnologica volti alla semplificazione e abilitazione del Lavoro Agile in modalità ordinaria. Definisce gli standard di sicurezza informatica, agisce per il progressivo passaggio ad Azienda "paperless" con gestione documentale integralmente digitalizzata, nel rispetto degli standard di tenuta;
- Servizio Sviluppo Organizzativo Valutazione e Valorizzazione delle Risorse Umane: cura la programmazione e realizzazione dei piani di sviluppo del Lavoro Agile nelle diverse aree dell'organizzazione, cura la definizione dei progetti formativi necessari per l'implementazione del Lavoro Agile;
- OO.SS. vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del Lavoro Agile.

## 6. Riferimenti normativi

Il Lavoro Agile nella pubblica amministrazione trova il suo avvio nella Legge 7 agosto 2015, n.124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" che con l'art. 14 "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" stabilisce che *"le amministrazioni, ..., adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera"*.

La successiva Legge 22 maggio 2017, n.81, "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" disciplina, al capo II, il Lavoro Agile, prevedendone l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rendendo possibile svolgere la prestazione lavorativa *"in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva"*.

Attraverso la direttiva n. 3/2017, recante le linee guida sul Lavoro Agile nella PA, il Dipartimento della Funzione pubblica ha fornito indirizzi per l'attuazione delle predette disposizioni attraverso una fase di sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro e la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

Nei primi mesi del 2020, a causa della situazione connessa all'epidemia da COVID-19, il lavoro da remoto si è imposto come una delle misure più efficaci per affrontare l'emergenza. Le misure più significative riguardano:

- Prima previsione del superamento del regime sperimentale per il Lavoro Agile nella pubblica amministrazione (Art 18 co. 5 del DL 9 del 2 marzo 2020, che modifica l'articolo 14 della Legge n.124/2015);
- Previsione del Lavoro Agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, al fine di limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che si ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione (Art 87 co 1 e 2 del DL 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni);
- Introduzione del POLA: il Decreto Legge n. 34/2020, ha richiamato il Lavoro Agile, introducendo anche un nuovo documento, cd. Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che dovrà essere approntato in occasione della predisposizione del Piano della performance. Il POLA individua le modalità attuative del Lavoro Agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative;
- Indicazioni per le misure di organizzazione del lavoro pubblico in periodo emergenziale (Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19/10/2020);
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020 con cui si approvano le "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance";
- Decreto Legge n. 56 del 30/04/2021 che ha modificato l'art. 14 della Legge n. 124/2015 prevedendo che: Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del Lavoro Agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il Lavoro Agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. Le economie

derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica” e che ha prorogato fino al 31 dicembre 2021 l’accesso al Lavoro Agile secondo le modalità semplificate proprie della fase emergenziale e quindi senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale.

Dimensione	Sintesi	Indicatore	2018	2019	2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0137 - % abbandoni dal Pronto Soccorso	4,3	4,3	3,04	3,91	Mantenimento al di sotto del livello Regionale
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0228 - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	7,65	6,54	4,07	9,69	Mantenimento al di sotto del livello AUSL MO 2019
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0289 - % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	46,24	47,33	46,97	42,72	Miglioramento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,68	95,8	79,96	86,58	Miglioramento con ritorno a livelli pre covid
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,64	98,04	96,04	96,88	Miglioramento con ritorno a livelli pre covid
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0410 - Tasso std di accessi in PS	421,12	420,56	292,08	270,92	Mantenimento della riduzione
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0765 - Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg		88,57	88,78	84,98	Miglioramento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0766 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg		96,3	87,5	86,58	Miglioramento con tendenziale ritorno ai livelli pre covid
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0767 - Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata		97,03	88,5	81,02	Mantenimento/Miglioramento con tendenziale ritorno ai livelli pre-Covid
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0775 - % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi					
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0776 - % accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi	87,92	86,47	89,88	92,05	Miglioramento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0782 - Indice di filtro del PS	13,77	13,48	14,5	22,82	Mantenimento/Miglioramento con tendenziale ritorno a livelli pre - Covid
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0787 - % prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo	67,26	70,91	76,54	80,36	Miglioramento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0789 - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	77,06	90,35	81,69	83,66	Miglioramento con tendenziale ritorno a livelli pre - Covid
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0795 - Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	53,8	91,51	86,02	91,44	Miglioramento con tendenziale ritorno a livelli pre - Covid
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0807 - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	70,62	68,59	79,49	83,13	Miglioramento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0830 - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - NSG					
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0841 - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG	133,57	131,94	109,06	110,51	Mantenimento a livelli inferiori alla media regionale
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0861 - % ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte			97,12	96,67	Mantenimento/Miglioramento
UTENTE	Integrazione	IND0236 - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	26,33	21,53	20,39	24,62	Mantenimento/Miglioramento
UTENTE	Integrazione	IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	230,39	222,77	191,93	182,65	Miglioramento rispetto al valore AUSL MO 2018
UTENTE	Integrazione	IND0311 - % IVG medica sul totale IVG	41,69	46,26	55,74	47,06	Mantenimento/Miglioramento
UTENTE	Integrazione	IND0542 - % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	14,73	18,13	27,59	19,12	Miglioramento con progressiva riduzione e ritorno a performance degli anni precedenti
UTENTE	Integrazione	IND0656 - % ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni			14,65	25,53	Mantenimento/Miglioramento
UTENTE	Integrazione	IND0673 - % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	10,65	10,46	10,57	9,51	Miglioramento rispetto al valore AUSL MO 2019
UTENTE	Integrazione	IND0783 - Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG	75,31	69,64	42,45	42,03	Miglioramento rispetto al valore AUSL MO 2019

Dimensione	Sintesi	Indicatore	2018	2019	2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
UTENTE	Integrazione	IND0828 - Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG	366,85	338,19	264,4	266,84	Mantenimento al di sotto del livello Regionale
UTENTE	Integrazione	IND0829 - Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	123,56	103	45,04	50,58	Mantenimento al di sotto del livello Regionale
UTENTE	Integrazione	IND0836 - % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	4,95	6,09	6,05	6,34	Miglioramento con progressivo avvicinamento ai livelli 2018
UTENTE	Integrazione	IND0837 - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG	28,8	30,6	40,3	47,6	Miglioramento
UTENTE	Integrazione	IND0856 - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - NSG	101,77	143,08	81,1	87,58	Mantenimento al di sotto del livello Regionale
UTENTE	Integrazione	IND0859 - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG	86,17	84,9	81,22	89,72	Miglioramento progressivo incremento
UTENTE	Integrazione	IND0860 - N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG	43,01	43,75	36,58	38,56	Miglioramento e progressivo ritorno a livelli pre-Covid
UTENTE	Integrazione	IND0862 - Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	1,04	1,11	0,97	9,87	Mantenimento
UTENTE	Integrazione	IND0866 - Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	23,28	24,2	21,92	26,41	Miglioramento con tendenziale ritorno a valori pre-Covid
UTENTE	Esiti	IND0271 - Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	81,72	86,75	82,4	82,8	Miglioramento con progressivo avvicinamento ai livelli pre covid
UTENTE	Esiti	IND0275 - Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0,57	0	0,59	1,58	Miglioramento
UTENTE	Esiti	IND0276 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1,01	1,4	1,52	1,74	Miglioramento
UTENTE	Esiti	IND0389 - Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	5,91	8,75	11,35	8,74	Miglioramento con progressivo avvicinamento ai livelli pre covid
UTENTE	Esiti	IND0390 - Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	18,98	18,58	18,21	48,72	Miglioramento tendenziale aumento
UTENTE	Esiti	IND0391 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10,25	9,71	13,89	12,57	Miglioramento con progressivo avvicinamento ai livelli pre covid
UTENTE	Esiti	IND0392 - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni					NON APPLICABILE
UTENTE	Esiti	IND0393 - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,76	9,72	10,47	10,86	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
UTENTE	Esiti	IND0394 - Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	<del>1,49</del>	<del>1,87</del>	<del>1,53</del>	<del>1,45</del>	NON APPLICABILE
UTENTE	Esiti	IND0395 - BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	9,5	9,51	10,46	13,44	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
UTENTE	Esiti	IND0396 - Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	99,21	82,91	43,77	65,62	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
UTENTE	Esiti	IND0397 - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	87,61	99,48	99,32	92,99	Mantenimento
UTENTE	Esiti	IND0398 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	1,94	4,48	8,74	5,34	Miglioramento tendenziale ritorno al valore AUSL MO 2019
UTENTE	Esiti	IND0399 - Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni					NON APPLICABILE
UTENTE	Esiti	IND0400 - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	0	33,33	8,33	5,01	Miglioramento
UTENTE	Esiti	IND0401 - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	2,8	3,23	4,2	3,89	Miglioramento
UTENTE	Esiti	IND0402 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,69	0,51	0,7	1,04	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
UTENTE	Esiti	IND0403 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	2,62	2,44	1,23	1,31	Mantenimento/Miglioramento
UTENTE	Esiti	IND0404 - Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	3	2	2	2	Mantenimento/Miglioramento
UTENTE	Esiti	IND0772 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	65,4	80,41	76,09	74,21	Miglioramento tendenziale ritorno a valori anche superiori a pre - Covid
UTENTE	Esiti	IND0846 - % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	12,25	12,07	10,28	13,82	Mantenimento



Dimensione	Sintesi	Indicatore	2018	2019	2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
UTENTE	Esiti	IND0847 - % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	8,57	9,67		16,81	NON APPLICABILE
UTENTE	Esiti	IND0867 - Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici	2,03	2,34	1,69	2,79	Mantenimento/Miglioramento con ulteriore riduzione
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0868 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	90,09	90,23	90,05	79,87	Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0869 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	6,05	6,24	6,48	8,72	Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0870 - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	3,86	3,53	3,47	11,41	Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0871 - Indice di case mix degenza ordinaria	0,95	0,94	0,95		Miglioramento/Incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0872 - Indice comparativo di performance	0,92	0,92	0,91		mantenimento soitto media regionale soprattutto in chirurgia
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0224 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	20,23	20,27	18,27	18,32	Mantenimento/Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0225 - Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	94,96	100,41	68,37	56,72	Miglioramento progressivo avvicinamento al valore pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0226 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	9,18	9,82	7,51	8,06	Miglioramento progressivo avvicinamento al valore pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0310 - % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	56,44	58,22	60,57	56,88	Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0317 - % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	8,52	10,43	9,19	6,19	Miglioramento progressivo avvicinamento al valore pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0499 - Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,28	0,28	0,28	0,35	Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0661 - % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	59,8	61,9	32,95	42,52	Miglioramento incremento a valori pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0662 - % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	26,03	23,48	13,11	16,41	Miglioramento incremento a valori pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0171 - Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	94,3	95,95	97,26	84,17	Mantenimento/Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0172 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA			71,84	70,24	Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0175 - Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	93,79	94,16	95,42	91,21	Mantenimento/Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0177 - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,75	96,8	97,99	95,23	Mantenimento/Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0185 - % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,5	9,01	6,32	7,3	Miglioramento incremento a valori pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0187 - % cantieri ispezionati	25,76	23,48	14,37	13,15	Miglioramento incremento a valori pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0761 - % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	73,69	71,26	62,98	63,74	Miglioramento e tendenziale ritorno a valori anche superiori al pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0762 - % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	68,36	68,81	68,73	60,71	Miglioramento e tendenziale ritorno a valori anche superiori al pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0763 - % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	53,86	52,89	48,57	47,17	Miglioramento e tendenziale ritorno a valori anche superiori al pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0850 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG					Miglioramento

Dimensione	Sintesi	Indicatore	2018	2019	2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0851 - Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale					Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0333 - % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	20,23	20,71	21,51	23,5	Miglioramento con importante riduzione (atteso sarebbe < 5%) vd deprescrizione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	860,45	857,9	439,34	404,9	Miglioramento con ulteriore riduzione per avvicinarsi a media RER
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0505 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	13,26	13,69	10,12	8,94	Miglioramento con tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0506 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	4,33	3,32	4,1	4,6	Miglioramento con tendenziale riduzione e ritorno a valori pre - Covid
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0621 - Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,67	4,19	11,92	8,43	Miglioramento con riduzione e ritorno a valore pre-Covid
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0622 - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,14	1,82	4,73	4,46	Miglioramento con tendenziale riduzione e ritorno a valore pre-Covid
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0843 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario - NSG	0,18	0,15	0,12	0,15	Mantenimento/Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0857 - Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	1,32	1,06	1,26	1,85	Mantenimento/Miglioramento per tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0858 - Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	31	26,47	14,46	23,5	Mantenimento/Miglioramento per tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0863 - Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	607,7	600,82	407,29	409,98	Miglioramento/mantenimento in linea con RER
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0864 - Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	776,72	760,8	581,91	592,04	Miglioramento/mantenimento in linea con RER
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0865 - Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	57,34	63,85	58,8	58,31	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	Organizzazione	IND0873 - % referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale			115,7	123,29	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	Organizzazione	IND0874 - % referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale			99,63	57,9	Miglioramento
PROCESSI INTERNI	Organizzazione	IND0875 - % referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale			109,94	115,03	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	Organizzazione	IND0876 - % lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale			54,88	86,53	Miglioramento (incremento)
PROCESSI INTERNI	Organizzazione	% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori	GRU (da attivare a partire dal 2022)				tendenziale aumento
PROCESSI INTERNI	Organizzazione	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	GRU (da attivare				tendenziale aumento

Dimensione	Sintesi	Indicatore	2018	2019	2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
			a partire dal 2022)				
PROCESSI INTERNI	Organizzazione	% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali	GRU (da attivare a partire dal 2022)				tendenziale aumento
PROCESSI INTERNI	Anticorruzione- Trasparenza	IND0405 - % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	100	100	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	Anticorruzione- Trasparenza	IND0818 - % centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	72,24	73,78	78	59	Miglioramento (aumento)
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Ricerca e Didattica	Numero medio di pubblicazioni per ricercatore					Monitoraggio
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Ricerca e Didattica	Impact Factor normalizzato					Monitoraggio
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Ricerca e Didattica	N. trial clinici approvati dal CE					Monitoraggio
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Ricerca e Didattica	N. studi osservazionali approvati dal CE					Monitoraggio
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Ricerca e Didattica	N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)					Monitoraggio
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Ricerca e Didattica	N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)					Monitoraggio
SOSTENIBILITA'	Investimenti	Rispetto del Piano investimenti					
SOSTENIBILITA'	Investimenti	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni			74	47	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	Investimenti	Investimenti in tecnologie informatiche					
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-20	-15,2	-22,6		Mantenimento/Miglioramento
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0363 - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	96,5	92,35	79,26	89,64	Miglioramento (aumento)
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0365 - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	84,86	85,43	86,58	87,45	Miglioramento (aumento)
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0732 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	162,16	167,03	170,36	169,37	Miglioramento (riduzione) e comunque < della RER
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0877 - Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)			14,49	16,5	Miglioramento (riduzione)
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0878 - Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)			46,45	31,02	Miglioramento (riduzione)
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0879 - Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)			7,42	10,31	Mantenimento al di sotto del livello Regionale

Dimensione	Sintesi	Indicatore	2018	2019	2020	RER 2020	Trend atteso nel Triennio 2021-2023
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0880 - Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)			28,89	37,3	Mantenimento al di sotto del livello Regionale